



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**PSICOLOGÍA Y SALUD**

**OBESIDAD: ESTIGMATIZACIÓN Y PREOCUPACIÓN POR LA APARIENCIA FÍSICA**

**TESIS**  
**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**  
**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**  
**BLANCA ELIZABETH JIMÉNEZ CRUZ**

<b>TUTOR PRINCIPAL</b>	<b>DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ</b> <b>FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM</b>
<b>TUTOR ADJUNTO</b>	<b>DR. RIGOBERTO LEÓN SÁNCHEZ</b> <b>FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM</b>
<b>TUTOR EXTERNO</b>	<b>DR. BERNARDO HERNÁNDEZ PRADO</b> <b>PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO</b> <b>EN PSICOLOGÍA</b>
<b>JURADO A</b>	<b>DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA</b> <b>FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM</b>
<b>JURADO B</b>	<b>DRA. LAURA ACUÑA MORALES</b> <b>FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM</b>

**MÉXICO, D.F., NOVIEMBRE 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*A mi madre, mujer valiente.*

*Con todo mi amor.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi segundo hogar desde hace ya muchos años, por ofrecerme un mundo lleno de posibilidades.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca No. 223217 otorgada para la obtención del grado.

Al Prof. Manuel Quintero, por el apoyo brindado para acceder a la población de niños y mamás, que a su vez hicieron posible este trabajo.

A los miembros de mi Comité Tutor, cuyas voces y consejos encierra esta tesis:

A la Dra. Cecilia Silva, por hacer que las cosas pasen. Ceci, toda mi gratitud por guiarme con infinita paciencia y entusiasmo desde mis primeritos pasos por este camino, y por alentarme, en no pocas ocasiones, para llegar hasta aquí.

Al Dr. Rigoberto León Sánchez, por todo el apoyo y la generosidad concedidos a lo largo de este trayecto y, en especial, por convencerme a mirar más allá de las fronteras.

Al Dr. Bernardo Hernández Prado por haber estado siempre en la mejor disposición para ayudar. Siempre paciente, optimista y respetuoso de las ideas.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, quien en definitiva se divierte con lo que hace. Por transmitir de manera sencilla y entusiasta su pasión por la investigación.

A la Dra. Laura Acuña, por sus observaciones y el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

¡A mi querida familia! Por confiar en mí, por quererme y por estar conmigo incondicionalmente. Especialmente, agradezco a tres personas sin quienes -estoy segura-, concluir esta etapa hubiera sido prácticamente imposible:

A mi madre, mi cómplice de aventuras y de sueños. Gracias por estar tan pendiente y regalarme tus consejos cuando más los he necesitado a lo largo de toda la vida. Toda mi gratitud y reconocimiento para ti por ganar las batallas más complicadas. Eres mi mejor ejemplo. Te adoro.

Y a mis tías Adelita y Blanquita (por orden de aparición), quienes no pierden oportunidad para recordarme con sus actos lo que es realmente importante en la vida, y a quienes no tengo cómo agradecerles todo el apoyo que me brindaron en los momentos difíciles. Más que mis tías, son mis angelitos. Las quiero mucho.

A mis amigos necesito agradecerles su buena memoria y capacidad imaginativa para no olvidarme con el paso del tiempo a pesar de que casi siempre “tenía que hacer la tesis”.

Ara, debes saber que admiro enormemente tu coraje y resolución para vencer cada reto. Gracias por el ejemplo, por las largas horas de historias compartidas, por comprenderme tan bien y por estar siempre. Te quiero mucho.

Manuel, por tu incondicionalidad y tu cariño. Te agradezco infinitamente que salieras al rescate en los momentos más críticos de la vida y de la tesis; estoy en deuda contigo.

Mau, el amigo más alegre y positivo que se pueda tener. Gracias por tu amistad y cariño.

César y Edgar, por su gran paciencia para escuchar mis “tragedias”, por las palabras mágicas con las que lograban hacerme sentir que habría solución y que no pasaba nada grave (a excepción de cuando me preguntaban cómo iba la tesis) y por alegrarse casi tanto como yo con cada buena noticia.

Toño Galán, ¡lo logré! Aún recuerdo cuando desde el proceso de admisión me dijiste convencido que este momento llegaría. Gracias por la confianza.

Al equipo COE, en especial a la Dra. Angélica, a quien admiro y agradezco tanto. A Martha y a Kari, gracias por su amistad.

A Mecho, mi pequeñita diecisieteañera, porque no hay nada mejor que la sutil compañía de unos suaves ronroneos y una respiración tibia y apacible bajo un arsenal de pelos, para sentarse a escribir la tesis.

A la vida misma, por permitirme concluir otro ciclo.

Y a todas las personas que, sabiéndolo o no, de alguna manera contribuyeron a que yo diera un paso más en este camino.

A todos, infinitas gracias.

*Dziękuję bardzo!*

## ÍNDICE

	Página
Resumen.....	12
Abstract.....	13
I. Antecedentes.....	14
1.1. Obesidad.....	14
1.1.1. Definición y evaluación de la obesidad.....	14
1.1.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad.....	15
1.1.3. Consecuencias y costos de la obesidad.....	18
1.2. Estigmatización de la obesidad.....	19
1.2.1. Definición y generalidades de la estigmatización de la obesidad.....	19
1.2.2. Expresión sutil de la estigmatización de la obesidad.....	22
1.2.3. Expresión abierta de la estigmatización de la obesidad.....	28
1.2.4. Consecuencias de la estigmatización de la obesidad.....	37
1.2.5. Aparición y desarrollo de la estigmatización de la obesidad.....	38
1.2.6. Fuentes de transmisión de las creencias sobre la obesidad y la delgadez.....	40
1.3. Actitudes y conductas relacionadas con el control del peso corporal.....	48
1.3.1. Estigmatización de la obesidad y actitudes y conductas relacionadas con el control del peso corporal.....	58
1.4. Preocupación por la apariencia física.....	60
1.4.1. Estigmatización de la obesidad y preocupación por la apariencia física.....	61

	Página
II. Método.....	62
2.1. Planteamiento del problema.....	62
2.2. Pregunta de investigación.....	64
2.3. Objetivo general.....	64
2.4. Objetivos específicos.....	64
2.5. Variables.....	65
2.6. Tipo de estudio.....	69
2.7. Participantes.....	70
2.8. Instrumentos.....	73
2.9. Procedimiento.....	109
2.10. Análisis estadísticos.....	110
III. Resultados.....	111
3.1. Objetivo 1.....	112
3.2. Objetivo 2.....	120
3.3. Objetivo 3.....	142
3.4. Objetivo 4.....	152
IV. Discusión.....	156
V. Limitaciones del estudio.....	170
VI. Conclusiones y sugerencias para futuras investigaciones.....	172
VII. Referencias.....	176
Apéndices.....	202



## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### Tablas

	Página
Tabla 1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en los años 2006 y 2012.....	17
Tabla 2. Categorización del IMC de los niños de acuerdo a los puntos de corte establecidos por la OMS (WHO, 2007).....	72
Tabla 3. Categorización del IMC de los niños de acuerdo a los puntos de corte establecidos por la IOTF (Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz, 2000).....	72
Tabla 4. Instrumentos utilizados para evaluar al grupo de madres.....	74
Tabla 5. Organización factorial y consistencia interna del cuestionario sobre la forma de control alimentario ejercido hacia los hijos.....	82
Tabla 6. Organización factorial y consistencia interna del Inventario de esquemas sobre la apariencia.....	87
Tabla 7. Organización factorial y consistencia interna del Cuestionario sobre preocupación por la apariencia física del hijo.....	88
Tabla 8. Organización factorial y consistencia interna del Cuestionario sobre verbalizaciones acerca del peso corporal y la apariencia física.....	89
Tabla 9. Instrumentos utilizados para evaluar al grupo de niños.....	92
Tabla 10. Reactivos del cuestionario para niños sobre estigmatización de la obesidad a partir de las observaciones del piloteo.....	96
Tabla 11. Reactivos modificados de la sub-escala presión para comer del KCFQ.....	100
Tabla 12. Descripción de los participantes según escuela de procedencia.....	111

	Página
Tabla 13. Actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sí mismas y hacia sus hijos.....	112
Tabla 14. Correlaciones parciales entre las actitudes que las madres dirigen hacia sí mismas y hacia sus hijos, controlando peso corporal, edad y sexo.....	114
Tabla 15. Correlaciones parciales entre las actitudes de las madres y las conductas que dirigen hacia el control del peso corporal y la apariencia física de sus hijos, controlando peso corporal, edad y sexo.....	116
Tabla 16. Correlaciones parciales entre las actitudes maternas y las verbalizaciones dirigidas hacia los hijos, controlando peso corporal, edad y sexo.....	117
Tabla 17. Correlaciones parciales entre las conductas maternas y las verbalizaciones dirigidas hacia los hijos, controlando peso corporal, edad y sexo.....	119
Tabla 18. Diferencias en la realización de actividades para control de peso entre madres de niños que percibieron que ellas realizan actividades para bajar de peso, y niños que no lo percibieron.....	122
Tabla 19. Diferencias en la realización de actividades para control de peso entre madres de niños que percibieron que ellas realizan actividades para aumentar la musculatura, y niños que no lo percibieron.....	123
Tabla 20. Comparación entre niñas y varones en las figuras corporales elegidas como real y como ideal, así como en satisfacción corporal.....	128
Tabla 21. Predictores de la satisfacción corporal de los niños.....	132

	Página
Tabla 22. Comparación entre los niños que realizaron y los que no realizaron actividades para bajar de peso, en cuanto a las actividades llevadas a cabo por sus madres en relación con el control del peso corporal.....	135
Tabla 23. Comparación entre los niños que realizaron y los que no realizaron actividades para bajar de peso, en cuanto a su percepción acerca del control alimentario y las verbalizaciones maternas.....	136
Tabla 24. Comparación entre los niños que realizaron y los que no realizaron actividades para aumentar musculatura, en cuanto a las actividades llevadas a cabo por sus madres en relación con el control del peso corporal.....	138
Tabla 25. Comparación entre los niños que realizaron y los que no realizaron actividades para aumentar musculatura, en cuanto a su percepción acerca del control alimentario y las verbalizaciones maternas.....	139
Tabla 26. Predictores de la preocupación por la apariencia física de los niños.....	141
Tabla 27. Correlaciones de Pearson entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por las madres y sus actitudes y conductas acerca de su propio peso corporal y apariencia física.....	145
Tabla 28. Correlaciones parciales entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por las madres y sus actitudes y conductas acerca de su propio peso corporal y apariencia física, controlando su peso corporal.....	146
Tabla 29. Correlaciones de Pearson entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por las madres y sus actitudes y conductas acerca del peso corporal y apariencia física de sus hijos.....	147

	Página
Tabla 30. Correlaciones parciales entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por las madres y sus actitudes y conductas acerca del peso corporal y apariencia física de sus hijos, controlando el sexo, la edad y el peso corporal de los niños.....	148
Tabla 31. Correlaciones de Pearson entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por los niños y su percepción acerca de las conductas maternas.....	149
Tabla 32. Correlaciones parciales entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por los niños y su percepción acerca de las conductas maternas, ajustadas por el sexo, la edad y el peso corporal de los niños.....	150
Tabla 33. Predictores de la estigmatización de la obesidad de los niños.....	153

## **Figuras**

Figura 1. Media y desviación estándar de las figuras elegidas como real y como ideal, por niñas y varones.....	127
Figura 2. Media del puntaje obtenido en cada adjetivo en la evaluación de las figuras corporales de mujeres adultas normopeso, delgada y obesa.....	143
Figura 3. Media del puntaje obtenido en cada adjetivo en la evaluación de las figuras corporales de niños(as) normopeso, delgado(a) y obeso(a).....	144

## Resumen

Algunas investigaciones han mostrado asociaciones positivas entre la estigmatización de la obesidad, el control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física en mujeres adultas. Dado que las madres son quienes suelen encargarse del cuidado del cuerpo y la apariencia física de los niños, se ha sugerido que la estigmatización de la obesidad podría ser transmitida de madres a hijos. Con la finalidad de explorar si las actitudes y conductas maternas acerca del control del peso corporal y preocupación por la apariencia física se relacionan con la estigmatización de la obesidad en los niños, se reunió a un total de 168 diadas madre-hijo. Se evaluaron las actitudes y conductas de las madres respecto al control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física de ellas mismas y de sus hijos de entre 7 y 11 años. En el grupo de niños se evaluó su percepción acerca de las conductas maternas y las actitudes y conductas que ellos dirigen hacia el control de su propio peso corporal y la preocupación por su propia apariencia física. Tanto en las madres como en los niños se evaluó la estigmatización de la obesidad. Los resultados mostraron que las actitudes y conductas maternas respecto del control del peso corporal y de la apariencia física no se relacionan con la estigmatización de la obesidad que realizan los niños; en cambio, la estigmatización de la obesidad en los niños se asoció positivamente con la edad de ellos y negativamente con la percepción de presión para comer. Se discute la posibilidad de que los niños no hayan establecido asociaciones entre las conductas maternas y sus opiniones acerca de la gente obesa debido al momento de desarrollo cognitivo en el que se encontraban, y se considera la posibilidad de que en esta edad sean otros factores los que favorezcan que los niños estigmaticen la obesidad, como sus pares, especialmente conforme la edad de los niños aumenta.

**PALABRAS CLAVE:** Estigmatización, Obesidad, Prácticas alimentarias, Preocupación por la apariencia, Madres e hijos.

## **Abstract**

Some studies have shown positive associations between stigmatization of obesity, weight control and concern about physical appearance in adult women. Since mothers are often responsible for the care of the body and physical appearance of their children, there has been suggested that the stigmatization of obesity could be transmitted from mother to child. In order to explore whether maternal attitudes and behaviors about the weight control and concern for physical appearance relate to the stigmatization of obesity in children, it was gathered a total of 168 dyads mother-children. Mothers' attitudes regarding weight control and concerns about the physical appearance of themselves and their seven-to 11-aged children were evaluated. In the group of children their perception of maternal behaviors and the attitudes and behaviors that they directed towards themselves in order to control their own body weight and concern about their own physical appearance were evaluated. Stigmatization of obesity was evaluated in both mothers and children. The results showed that maternal attitudes and behaviors regarding the control of body weight and physical appearance concern are not related to the stigmatization of obesity by children; however, the stigma of obesity in children is positively associated with their age and negatively with perceived pressure to eat. It is possible that children had not established any association between their mother's behaviors and their opinions about the obese person, because of their cognitive development. Also, there are considered another factors that could be encouraging children to stigmatize obesity, for example their peers, especially as the age of children increases.

**KEY WORDS:** Stigmatization, Obesity, Feeding practices, Concern about appearance, Mothers and children

## I. Antecedentes

### 1.1. Obesidad

**1.1.1. Definición y evaluación de la obesidad.** La obesidad se define como una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo a grado tal que puede afectar negativamente la salud del individuo (Basdevant, 2008; Perri, Nezu y Viegner, 1992). De acuerdo con Schwartz y Brownell (2004) una persona es considerada obesa toda vez que su grasa corporal rebasa el 25% de su peso total en el caso de los hombres, o el 30% en el caso de las mujeres.

Existen distintas formas para evaluar la cantidad de grasa en el cuerpo. En el ámbito médico se utilizan, por ejemplo, la medición de los pliegues cutáneos, métodos de conductancia eléctrica, métodos isotópicos (como la estimación del potasio corporal total) y métodos electromagnéticos (como la tomografía computarizada, la resonancia y el ultrasonido) (García-Camba, 2001). Estos procedimientos suelen ser costosos, implican mucho tiempo y son poco prácticos para utilizarse en la investigación con poblaciones grandes. Por esa razón, en la investigación se utilizan parámetros más sencillos de estimación de la obesidad como la medición de la circunferencia de la cintura y la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC). Este índice se obtiene dividiendo el peso del individuo entre

su estatura elevada al cuadrado ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ). El IMC correlaciona con la cantidad de grasa corporal en la mayoría de la gente, aunque ocasionalmente pudiera confundirse con una cantidad elevada de masa muscular (James, 2004; Stein y Colditz, 2004).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés, 2000), para la población mayor de 19 años de edad, se considera sobrepeso cuando el IMC es igual o mayor a 25, y obesidad cuando el IMC es igual o mayor a 30. Para determinar el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes, el Grupo Internacional de Trabajo sobre Obesidad (International Obesity Task Force, IOTF, 2000; Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz, 2000) y la OMS (WHO, 2007) han establecido puntos de corte distintos para cada sexo y edad, debido a que el IMC cambia sustancialmente dependiendo de estas variables durante la época de crecimiento.

**1.1.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad.** En los últimos 30 años, el incremento de la obesidad ha llevado a que se le considere un problema de salud pública de carácter epidémico (Oliva, González, Labeaga y Álvarez, 2008). En Estados Unidos se registró un aumento del 110% (del 14.5% al 30.5%) de la prevalencia de obesidad entre los periodos 1976-1980 y 1999-2000 (Stein y Colditz, 2004). Entre 1970 y los últimos años de la década de los noventa, se duplicó o triplicó la prevalencia de obesidad en



niños preescolares y escolares en países como Canadá, Estados Unidos, Brasil, Chile, Australia, Japón, Finlandia, Alemania, Grecia, España y Reino Unido (Wang y Lobstein, 2006).

En países como México, Brasil y Colombia (igualados por tasa de mortalidad infantil y expectativa de vida) se han registrado tasas elevadas de sobrepeso y obesidad tanto en la población femenina (cerca del 40% con sobrepeso y 25% con obesidad) como en la masculina (aproximadamente el 35% con sobrepeso y 15% con obesidad) (James, 2004).

En México, los datos obtenidos mediante la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1999 indicaron que cerca del 20% de los niños de entre 5 y 11 años de edad presentaban sobrepeso u obesidad, es decir, uno de cada cinco niños en edad escolar. Los datos de dicha encuesta mostraron que la obesidad en las mujeres adultas alcanzaba niveles de carácter epidémico, siendo uno de los mayores aumentos de obesidad a nivel mundial (Rivera et al., 2001). En comparación con la ENN de 1999, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006 los datos indicaron que, mientras que la anemia disminuyó a través del tiempo (1988-2006), el sobrepeso y la obesidad continuaron en aumento, situándose su prevalencia entre los primeros lugares del mundo (Shamah-Levy, Villalpando-Hernández y Rivera-Dommarco, 2007).

Comparaciones entre la ENSANUT de 2006 y la ENSANUT de 2012 (Gutiérrez et al., 2012) indicaron que en ese periodo no se registraron

cambios en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños mexicanos con edades entre 5 y 11 años. En ese mismo periodo se registró un aumento del 5% de sobrepeso y obesidad para los adolescentes (7% para las mujeres y 3% para los hombres); y en adultos de 20 años en adelante se registró un descenso del 5.1% en el sobrepeso y un aumento del 2.9% en la obesidad. En la Tabla 1 se presenta la prevalencia de sobrepeso y obesidad observada en hombres y en mujeres en las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición de los años 2006 y 2012.

Tabla 1

*Prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en los años 2006 y 2012*

	ENSANUT 2006		ENSANUT 2012	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
5 a 11 años				
Sobrepeso	19.7%	20.8%	20.2%	19.5%
Obesidad	12.6%	16.6%	11.8%	17.4%
Total	32.3%	37.4%	32.0%	36.9%
12 a 19 años				
Sobrepeso	22.5%	20.0%	23.7%	19.6%
Obesidad	10.9%	13.0%	12.1 %	14.5%
Total	33.4%	33.0%	35.8%	34.1%
20 a más de 80 años				
Sobrepeso	37.4%	42.5%	35.5%	42.6%
Obesidad	34.5%	24.2%	37.5%	26.8%
Total	71.9%	66.7%	73.0%	69.4%

**1.1.3. Consecuencias y costos de la obesidad.** El incremento en la proporción de personas con sobrepeso y obesidad resulta alarmante debido a que estas condiciones físicas acrecientan el riesgo de enfermedad y de muerte prematura (Basdevant, 2008; Hill, 2005). Entre los padecimientos físicos altamente relacionados con el exceso de grasa en el cuerpo se encuentran las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, endocrinas (como diabetes Tipo 2, cuyas complicaciones pueden incluir ceguera, enfermedades renales y cardiovasculares), gastrointestinales, musculoesqueléticas, diferentes tipos de cáncer (por ejemplo, de mama, colon, riñón, esófago y endometrio), enfermedades cerebrovasculares, cálculos biliares, osteoartritis, apnea del sueño, cataratas, irregularidades menstruales y complicaciones en el embarazo (Kushner y Roth, 2005; Stein y Colditz, 2004).

La obesidad representa altos costos a diferentes niveles: directos, indirectos y personales (Seidell, 1999). Los costos directos, es decir, el desvío de recursos que dedica la sociedad para el tratamiento de la obesidad y para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades directamente relacionadas con la misma, ha sido estimado entre el 2% y el 8% de los recursos destinados a la salud en diferentes países, por ejemplo en Estados Unidos, Australia y Francia (Friedman et al., 2005). Los costos indirectos, también llamados costos sociales, se relacionan con la pérdida de productividad de los individuos, la cual puede deberse al ausentismo

laboral, a la necesidad de pensiones por discapacidad y la muerte prematura. Todos esos problemas son más frecuentes a medida que la grasa corporal de las personas aumenta (Hernán, 2002). Finalmente, los costos personales que enfrenta el individuo obeso son diversos. Por una parte, estos individuos enfrentan serias dificultades para realizar actividades físicas (por ejemplo, caminar una o varias cuadras, subir escaleras, flexionarse, e incluso, bañarse y vestirse), y dificultades para utilizar los espacios y artículos frecuentemente pensados para las personas no obesas, como el mobiliario y la vestimenta (Friedman et al., 2005). Por otra parte, enfrentan dificultades personales relacionadas con la estigmatización de la obesidad (Puhl y Brownell, 2001; Puhl y Latner, 2007).

## **1.2. Estigmatización de la obesidad**

### **1.2.1. Definición de la estigmatización de la obesidad.**

Socialmente, la obesidad es considerada un atributo profundamente desacreditador, lo cual la convierte en un estigma (Goffman, 1963). Algunas definiciones que se han ofrecido del término estigmatización de la obesidad son “una inclinación a formar juicios no-razonados basados en el peso de una persona” (Washington, 2001, p.1.); “una actitud negativa hacia (disgusto por), creencia sobre (estereotipo), o conducta en contra de (discriminación) la gente percibida como ‘gorda’” (Daníelsdóttir, O’Brien y Ciao, 2010, pp. 47-

48) y las “actitudes y creencias negativas relacionadas con el peso, que se manifiestan a través de estereotipos, sesgos, rechazo y prejuicios, dirigidos hacia [las personas] por el hecho de ser obesas o tener sobrepeso” (Puhl y Latner, 2007, p. 558).

Las tres definiciones coinciden en que se trata de la formación de juicios no razonados (estereotipos), de carácter negativo, respecto de la gente obesa. Asimismo, dos de estas definiciones agregan el desagrado por la gente obesa (prejuicios, actitudes negativas) y la expresión abierta de rechazo (discriminación).

Algunos investigadores han sugerido que la estigmatización de la obesidad es socialmente aceptada con base en dos creencias: (a) si a la gente obesa se le estigmatiza, entonces se le hará sentir avergonzada por su peso, y como resultado se sentirá motivada para adelgazar, y (b) la gente que falla en la pérdida de peso es debido a una inadecuada auto-disciplina o insuficiente fuerza de voluntad (Crandall, 1994; Washington, 2011).

Contrario a la primera creencia, se ha observado que las personas obesas que perciben la posibilidad de ser evaluadas con base en estereotipos negativos se sienten más ansiosas, menos auto-eficaces para realizar dietas y hacer ejercicio, y más propensas a realizar atracones, todo lo cual provoca que suban aún más de peso (Neumark-Sztainer et al., 2002; Puhl y Latner, 2007; Schwartz y Puhl, 2003; Seacat y Mickelson, 2009); además, si saben que podrán ser observadas al hacer ejercicio, prefieren no

hacerlo para evitar ser blanco de burlas, lo cual también obstaculiza su pérdida de peso (Zabinski, Saelens, Stein, Hayden-Wade y Wilfley, 2003).

La segunda creencia se basa en la culpabilización de las personas obesas por su condición. A diferencia de otros rasgos corporales (como la estatura o el color de la piel), es muy común que la gente piense que la obesidad (y el peso corporal en general) se encuentra bajo el control personal (Klaczynski, Daniel y Keller, 2009). Al asumir que bajar de peso depende exclusivamente de la voluntad del individuo o de su motivación para bajar de peso (Anesbury y Tiggemann, 2000; Barry, Brescoll, Brownell y Schlesinger, 2009; Wang, Brownell y Wadden, 2004), se le resta importancia a otros elementos que también pueden ser causantes de la obesidad, como serían los factores biológicos (Basdevant, 2008; Bray, 2005; Gesta, Tseng y Kahn, 2007; Hebebrand, Sommerlad, Geller, Görg y Hinney, 2001), psicológicos (Harvard Medical School, 2004) y ambientales (Bustos, Amigo, Fernández y Herrero, 2009; Gutiérrez-Fisac, Royo-Bordonada y Rodríguez-Artalejo, 2006). De acuerdo con Crandall (2000), las personas que culpan a las personas obesas por su condición, pueden considerar el rechazo hacia la gente obesa como una conducta inevitable, e incluso necesaria.

La estigmatización de la obesidad puede ser expresada de manera sutil a través de estereotipos, o de manera abierta, a través de maltrato verbal (por ejemplo, apodar, criticar o burlarse de), intimidación física (por

ejemplo, golpear, patear o empujar), y/o victimización relacional (por ejemplo, ignorar, evitar, excluir socialmente, o hacer de la gente obesa un blanco de rumores) (Puhl y Latner, 2007).

**1.2.2. Expresión sutil de la estigmatización de la obesidad.** En diversos estudios se ha encontrado que niños, adolescentes y adultos consideran que las personas obesas tienen características personales negativas (Brylinsky y Moore, 1994; Cramer y Steinwert, 1998; Davison y Birch, 2004; Kraig y Keel, 2001; Brylinsky y Moore, 1994; Davison y Birch, 2004; Greenleaf, Chambliss, Rhea, Martin y Morrow, 2006; Hebl y Turchin, 2005; Kraig y Keel, 2001; Silva y Jiménez, 2008; Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlins y Jeyaram, 2003). En un estudio realizado con niños de tres a cinco años de edad, se encontró que al leerles una historia y posteriormente pedirles que eligieran entre un niño delgado, un niño de peso normal y un niño obeso, quién había sido el personaje bueno y quién el personaje malo, los niños eligieron con mayor frecuencia al niño delgado o al niño de peso normal como personaje bueno y al niño obeso como personaje malo (Cramer y Steinwert, 1998).

En estudios en los cuales se les ha pedido a niños escolares y adolescentes describir a una persona obesa, a una persona normopeso y/o a una persona delgada a partir de un listado de adjetivos, se ha encontrado que a la persona obesa se le describe como más ruidosa, desordenada,

débil, enfermiza, cobarde, perezosa, triste, sucia, desagradable, solitaria, deshonesto, poco inteligente, menos bonita, más motivo de burla y con menos amigos, que a las personas normopeso y/o delgada (Brylinsky y Moore, 1994; Davison y Birch, 2004; Kraig y Keel, 2001).

Investigaciones realizadas con personas adultas muestran respuestas similares a las de los niños y adolescentes. A la persona obesa se le describió con menos características positivas: menos bonita, inteligente, valiosa, feliz y elegante; y con más características negativas: perezosa, repulsiva, desagradable, fudonga, lenta, insegura y descuidada, que a las figuras normopeso y/o delgada (Davison y Birch, 2004; Greenleaf et al., 2006; Hebl y Turchin, 2005; Silva y Jiménez, 2008; Teachman et al., 2003). Los participantes de esas investigaciones también expresaron que las personas obesas tienen pocos amigos, comen mucho y son motivo de burla.

Algunos estereotipos que se asocian con la obesidad también parecen ir en sentido positivo. Por ejemplo, niños de nueve y diez años de edad, a diferencia de niños más pequeños (de cinco a ocho años), consideraron que los niños obesos tenían menos habilidades atléticas (correr, jugar tenis y squash) que los niños delgados, pero iguales habilidades académicas (en deletreo, matemáticas y escritura) y artísticas (tocar el piano, dibujar y ser el personaje principal en una obra de teatro de la escuela), e incluso más habilidades sociales (manifestadas al compartir juguetes y crayones e invitando a otros niños a una fiesta), que los niños



delgados (Penny y Haddock, 2007a). De manera similar, un grupo de hombres universitarios consideraron que las mujeres obesas usualmente tenían buen carácter, eran amigables, poco vanidosas y poco presumidas (Silva y Jiménez, 2008). Sin embargo, todos los estudios mencionados (aún aquellos en los que aparecen algunos estereotipos positivos), muestran una clara estigmatización de la obesidad, por lo menos en un dominio (en las habilidades atléticas en el estudio de Penny y Haddock, 2007a).

En los estudios en los que la estigmatización de la obesidad se evalúa contrastando las opiniones de la gente respecto de tres morfologías corporales (delgada, normopeso y obesa), la figura obesa suele ser evaluada más negativamente que la figura normopeso, pero no siempre más negativamente que la figura delgada. Incluso, Carels y Musher-Einzenman (2010) observaron en su estudio que aunque las personas atribuyeron más características positivas de personalidad a los individuos delgados ( $IMC \leq 18.5$ ), no por ello reportaron más agrado hacia éstos.

En un estudio realizado por Davison y Birch (2004) se encontró que las personas con mayores ingresos económicos y con mayor educación estigmatizaron más la obesidad, y se ha planteado la posibilidad de que existan diferencias en la estigmatización de la obesidad que expresan diferentes grupos raciales, grupos etarios, hombres y mujeres, y personas obesas y no-obesas.

***Diferencias en estigmatización de la obesidad entre grupos raciales.*** En estudios en los que se han comparado las creencias de individuos de raza blanca y de raza negra acerca de las personas obesas, se ha encontrado que las personas de raza negra expresan menos estereotipos negativos que las personas de raza blanca. Ambos grupos prefieren a las personas no-obesas, y en general tienen creencias poco favorables respecto del desempeño laboral, la inteligencia, la satisfacción en las relaciones interpersonales, la felicidad y la popularidad de las personas con sobrepeso; sin embargo, las personas de raza negra muestran actitudes favorables tanto hacia los cuerpos delgados como hacia los cuerpos normopeso, en tanto que las personas de raza blanca muestran más actitudes favorables hacia las personas delgadas que hacia las personas normopeso (Hebl y Turchin, 2005; Latner, Stunkard y Wilson, 2005).

***Diferencias en estigmatización de la obesidad entre grupos etarios.*** Al comparar la estigmatización de la obesidad que realizan niños de mayor y de menor edad, o grupos de niños, adolescentes y/o adultos, algunas investigaciones han mostrado que los grupos de mayor edad expresan más estereotipos negativos acerca de la obesidad, que los grupos de menor edad (Brylinsky y Moore, 1994; Lerner y Korn, 1972); en cambio otras investigaciones muestran que la gente de mayor edad estigmatiza menos que la gente de menor edad (Latner et al., 2005; Penny y Haddock

2007a). En coincidencia con éstas últimas, un estudio en el que se exploró cuáles morfologías corporales consideraban socialmente aceptables los niños, los adolescentes y los adultos, se encontró que si bien los tres grupos mostraron poca aceptación de los cuerpos muy delgados y de los cuerpos obesos, los adolescentes y los adultos mostraron aceptación por un rango más amplio de morfologías corporales, que los niños (Rand y Wright, 2000).

***Diferencias en estigmatización de la obesidad entre hombres y mujeres.*** En diferentes estudios se ha encontrado que tanto hombres como mujeres estigmatizan a las personas obesas (Cramer y Steinwert, 1998; Kraig y Keel, 2001; Latner y Stunkard, 2003), y que existe una tendencia a evaluar más positivamente a las personas del mismo sexo, que a las personas del sexo opuesto (Hebl y Turchin, 2005; Kraig y Keel, 2001). No obstante, algunos estudios muestran diferencias en las creencias de hombres y mujeres acerca de las personas obesas. En un estudio llevado a cabo con niños y niñas de siete a nueve años de edad, se encontró que mientras que los varones evaluaron positivamente tanto a la figura delgada como a la figura normopeso (en contraposición con la figura obesa), las niñas tendieron a evaluar positivamente sólo a la figura delgada, en tanto que a las figuras normopeso y obesa las evaluaron negativamente (Kraig y Keel, 2001). En otro estudio, en el cual se les pidió a hombres y mujeres universitarios señalar a quién preferían en primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto lugar, de entre una persona sana de peso normal,

cuatro personas con discapacidades o marcas físicas, y una persona obesa (todas del mismo sexo que el participante), las mujeres eligieron en penúltimo lugar a la mujer obesa (en último eligieron una mujer con una cicatriz en la cara), mientras que los hombres eligieron en último lugar al hombre obeso (Latner et al., 2005).

***Diferencias en estigmatización de la obesidad entre personas obesas y no-obesas.*** A diferencia de otras estigmatizaciones, en las cuales se conforman grupos para la defensa de la gente que comparte el atributo estigmatizado (Goffman, 1963), en el caso de la obesidad y el sobrepeso, en algunos estudios se ha encontrado que con independencia del peso corporal de quien emite el juicio, hay una tendencia a evaluar negativamente a la figura corporal obesa y positivamente a las figuras corporales delgadas y normopeso (Cramer y Steinwert, 1998; Davison y Birch, 2004; Kraig y Keel, 2001; Lerner y Korn, 1972). Holub, Tan y Patel (2011) encontraron en su estudio que aunque las personas obesas o con sobrepeso también albergaron actitudes anti-obesidad, las personas normopeso lo hicieron en mayor medida. Se ha sugerido que el peso corporal real de quien emite el juicio no predice la estigmatización de la obesidad, sino el peso corporal percibido, especialmente a edades muy tempranas, antes de que la figura corporal percibida se aproxime a la figura corporal real; en este sentido, Holub (2008) encontró que los niños que se

percibieron como obesos estigmatizaron menos la obesidad que los niños que se percibieron como delgados o normopeso.

**1.2.3. Expresión abierta de la estigmatización de la obesidad.** Las personas que estigmatizan la obesidad tienden a expresar escasa disposición de relación con las personas obesas, sea en actividades de tipo personal, académico o recreativo (Bell y Morgan, 2000; Greenleaf et al., 2006; Silva y Jiménez, 2008), posibilitando que las personas obesas perciban dicha estigmatización (Andreyeva, Puhl y Brownell, 2008; Puhl, Andreyeva y Brownell, 2008).

En una investigación realizada en Estados Unidos para conocer el grado en el que hombres y mujeres entre 35 y 74 años de edad sentían que eran discriminados debido a su peso corporal, raza, discapacidades físicas, orientación sexual, edad y sexo, se utilizaron las Encuestas Nacionales de Desarrollo de la Adulthood Media en los Estados Unidos (National Survey of Midlife Development in the United States, MIDUS) aplicadas tanto en 1995-1996 (N = 1826) como en 2004-2006 (N = 1136). Entre la primera y la segunda encuesta se observó un aumento significativo en la percepción de discriminación por el peso tanto en las mujeres (del 10% en 1995-1996, al 15.5% en 2004-2006), como en los hombres (del 4.1% al 8.1%). Los hombres percibieron discriminación por su peso a partir de un IMC igual o superior a 35, mientras que las mujeres comenzaron a percibir

discriminación a partir de un IMC igual o superior a 27 (Andreyeva et al., 2008; Puhl et al., 2008). De manera similar, en un estudio realizado con adolescentes se encontró que aquellos que padecían obesidad dijeron ser molestados por sus compañeros de 6 a 9 veces más que sus pares de peso normal (58.3% de los hombres y 63.2% de las mujeres), y por su familia de 3 a 4 veces más que sus pares de peso normal (34% de los hombres y 47.2% de las mujeres) (Neumark-Sztainer et al., 2002).

Puhl, Moss-Racusin, Schwartz y Brownell (2007) investigaron la fuente de estigmatización que perciben con mayor frecuencia las personas obesas, y el contexto en el que ello ocurre. La fuente que las personas obesas mencionaron con mayor frecuencia fueron los pares, seguida de los amigos, los padres, personas desconocidas, la pareja, otros miembros de la familia, los profesionales de la salud, el jefe y los proveedores de servicios. La estigmatización percibida se produjo en escenarios tan diversos como la casa, lugares públicos (tiendas, restaurantes, teatros, parques), la escuela y el trabajo, lo cual incide principalmente en tres importantes áreas: la educación, el empleo y el cuidado de la salud (Puhl y Brownell, 2001).

***Estigmatización de la obesidad en el contexto escolar.*** Se ha encontrado que los niños obesos son blanco de ofensas verbales (reciben apodos, comentarios despectivos y burlas), ofensas físicas (son golpeados, pateados y/o empujados) y exclusión social (son ignorados o evitados, excluidos de actividades grupales y motivos de rumores), con mayor

frecuencia que los niños no-obesos (Janssen, Craig, Boyce y Pickett, 2004; Puhl, 2006). De acuerdo con un estudio realizado por Annis, Cash y Hrabosky (2004), las experiencias de estigmatización vividas durante la niñez y la adolescencia tienen un mayor efecto sobre la disminución de la calidad de vida y un aumento en los niveles de ansiedad y depresión de las personas obesas adultas, en comparación con las experiencias de estigmatización enfrentadas durante la adultez.

Los niños suelen evaluar más positivamente a un niño normopeso o a un niño delgado, que a un niño obeso; y, consecuentemente, se muestran más dispuestos a elegir a los dos primeros como compañeros de juego, como mejores amigos, e incluso a ofrecerles ayuda en labores cotidianas (Patel y Holub, 2011; Sagone y De Caroli, 2013). Asimismo, se ha mostrado que no sólo los niños obesos son estigmatizados, sino también los niños delgados o normopeso que se sitúan cerca de ellos (Penny y Haddock, 2007b). A este efecto se le llamó de proximidad y, de acuerdo con Penny y Haddock (2007b), podría explicar al menos en parte el hecho de que los niños obesos sean evitados por sus compañeros no obesos.

Se ha encontrado que los profesores también tienden a estigmatizar la obesidad. Greenleaf y Weiller (2005) reportaron expectativas negativas, por parte de un grupo de profesores de educación física, respecto de las habilidades físicas (menor flexibilidad, menor coordinación y menor fortaleza

física) y psicológicas de los niños obesos, y positivas respecto de los niños normopeso.

***Estigmatización de la obesidad en el contexto laboral.*** En la Encuesta Nacional de Desarrollo de la Adulthood Media en los Estados Unidos (MIDUS) de 1995 se encontró que el 0.7% de los hombres y mujeres normopeso con edades entre 35 y 74 años consideraban que debido a su peso corporal habían sido despedidos de un empleo alguna vez, no habían sido contratados, o no habían sido promovidos. Lo mismo pensaban el 2.7% de las personas con sobrepeso (2% de los hombres y 4.1% de las mujeres), el 6.6% de las personas obesas (4.1% de los hombres y 9.6% de las mujeres) y el 22.4% de las personas muy obesas (12.1% de los hombres y 27.7% de las mujeres; Roehling, Roehling y Picher, 2007). También en Estados Unidos, el escenario laboral es el que las personas obesas adultas reportan con mayor frecuencia cuando se les pregunta en dónde han percibido discriminación debida a su peso corporal (Puhl et al., 2008; Puhl y Brownell, 2006).

Swami, Chan, Wong, Furnham y Tovée (2008) realizaron una investigación en la que exploraron si el peso corporal era un factor determinante para que una persona fuera elegida para ocupar o no un puesto laboral. A un grupo de 30 hombres les presentaron una serie de 50 imágenes de mujeres emaciadas, delgadas, normopeso, con sobrepeso y obesas, y les preguntaron qué tan probable sería que ellos contrataran a



cada una de esas personas para el puesto de gerente de ventas. Las mujeres obesas fueron las últimas en ser elegidas, seguidas de las mujeres con sobrepeso y de las mujeres emaciadas, mientras que las mujeres delgadas y de peso normal fueron a quienes eligieron en primer lugar. Otros estudios han mostrado que los empleadores tienden a percibir a las personas obesas como perezosas, carentes de auto-disciplina y menos competentes que a las personas delgadas (Paul y Townsend, 1995; en Puhl y Brownell, 2003).

Según un estudio realizado por Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen y Lahelma (2004), en comparación con personas no-obesas de similares habilidades intelectuales y contexto social, las personas obesas frecuentemente obtienen ingresos económicos inferiores, lo que pudiera ser un efecto tanto de la estigmatización, como de los problemas de salud y discapacidad asociados con la obesidad.

***Estigmatización de la obesidad en el contexto de la salud.*** Las personas obesas frecuentemente se enfrentan a los prejuicios de los profesionales de la salud (Hebl y Xu, 2001), incluso de aquellos que dedican su labor específicamente a la atención del paciente obeso, como médicos, nutriólogos, farmacéuticos, epidemiólogos, psicólogos y enfermeros. Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair y Billington (2003) reportaron que dichos especialistas expresaron más actitudes positivas en favor de las personas delgadas y más actitudes negativas en contra de las personas

obesas, a quienes consideraron como menos buenas, menos motivadas y más perezosas, más estúpidas y más inútiles que a las personas delgadas. Teachman y Brownell (2001) también reportaron estigmatización de la obesidad entre un grupo de profesionales de la salud pero, en comparación con la población general, los profesionales de la salud estigmatizaron menos la obesidad. En un estudio en el que se le preguntó a un grupo de 122 médicos acerca de la atención que brindarían a pacientes obesos y no obesos, los médicos respondieron que dedicarían menos tiempo a la atención del paciente obeso que a la atención del paciente no obeso; mencionaron que la atención del paciente obeso representaría una pérdida de tiempo, y que se sentirían irritados y menos satisfechos con su profesión (Hebl y Xu, 2001). De acuerdo con Fontaine, Faith, Allison y Cheskin (1998), la estigmatización de la obesidad por parte de los profesionales de la salud podría ayudar a explicar por qué, en comparación con las mujeres delgadas y de peso normal, las mujeres obesas tienden a posponer con más frecuencia sus exámenes ginecológicos.

En diversos estudios se ha encontrado que cuando las personas obesas percibieron ser objeto de estigmatización, realizaron con mayor frecuencia conductas no saludables para bajar de peso (como vomitar o realizar ayunos prolongados), tuvieron menor disposición para realizar actividades físicas y reportaron sintomatología de índole psicológico, como ansiedad, depresión, baja autoestima e ideación suicida (Neumark-Sztainer

et al., 2002; Puhl, 2006; Zabinski, Saelens, Stein, Hayden-Wade y Wilfley, 2003).

La percepción de las críticas hacia el peso corporal, más que el IMC en sí mismo, se ha relacionado con la insatisfacción corporal de los individuos, distrés, preocupación por el peso corporal, creencias disfuncionales acerca de la apariencia física y realización de conductas poco saludables para bajar de peso (Lunner et al., 2000; Milkewicz, Cash y Hrabosky, 2004).

En un estudio en el que se indagaron las creencias de las personas obesas respecto de los estereotipos que socialmente suelen asociarse con la obesidad, se encontró que el 63% consideraron que los estereotipos eran falsos, el 30% opinaron que en ocasiones eran ciertos y en ocasiones falsos, y el 7% pensaron que los estereotipos eran verdaderos (Puhl, Moss-Racusin y Schwartz, 2007). Quienes consideraron que los estereotipos acerca de la obesidad eran ciertos, tendieron a llevar a cabo dietas no saludables y atracones con mayor frecuencia que las personas obesas que consideraron que los estereotipos acerca de la obesidad eran falsos. De acuerdo con Seacat y Mickelson (2009), cuando un individuo obeso percibe la posibilidad de ser evaluado con base en un estereotipo negativo (amenaza de estereotipo), se siente menos autoeficaz para realizar dietas y hacer ejercicio y, por tanto, tiene menos intenciones de llevar a cabo esas actividades.

Matthews, Salomon, Kenyon y Zhou (2005) encontraron una relación entre la percepción de trato desigual debido al peso corporal y el nivel de presión arterial en un grupo de adolescentes estadounidenses, aún después de controlar estadísticamente por otros factores que pudieron haber causado la elevación de la presión arterial, como el IMC, el sexo, la actividad física, el estado de ánimo y la percepción de trato desigual debido a la raza.

Se ha observado que no sólo las personas obesas o con sobrepeso enfrentan las consecuencias de la estigmatización, sino también las personas que han padecido sobrepeso u obesidad en otro momento de su vida. Annis et al. (2004) compararon a un grupo de mujeres obesas con un grupo de mujeres que llevaban por lo menos dos años consecutivos manteniéndose en un peso normal (pero que en algún momento de su vida habían padecido sobrepeso u obesidad, mínimo durante seis meses). Los resultados mostraron que quienes habían bajado de peso y se habían mantenido con peso normal por lo menos durante dos años estaban más satisfechas actualmente con su cuerpo que quienes presentaban obesidad al momento del estudio. Sin embargo, tanto las mujeres obesas como las mujeres normopeso se preocuparon por su apariencia física y por su peso corporal, creyeron que su peso tenía gran influencia en su vida, y uno y otro grupo reportaron experiencias similares de estigmatización de la obesidad. Annis et al. Argumentaron que es posible que la amenaza de ganar peso y

las experiencias de adversidad social sufridas en el pasado no se disipan completamente, aunque las mujeres que en otro momento tuvieron sobrepeso u obesidad actualmente se sientan satisfechas con su peso corporal.

***Estigmatización de la obesidad en las relaciones interpersonales diarias.*** Puhl et al. (2008) llevaron a cabo un estudio en el que indagaron las situaciones en las que hombres y mujeres obesos percibían estigmatización debido su peso corporal. Los participantes de dicho estudio reportaron tratos irrespetuosos y poco corteses en sus relaciones interpersonales diarias (incluso en sus relaciones más cercanas); percibieron bajas expectativas por parte de las personas que los rodeaban (por ejemplo, percibieron que eran considerados como menos inteligentes), y dijeron ser apodados o insultados debido a su peso corporal. En otros estudios las personas obesas han reportado trato desigual en tiendas y restaurantes, en los cuales les fueron negados algunos servicios o proporcionados con menor calidad (Puhl et al., 2008; Puhl y Brownell, 2006). Jiménez (2007) mostró que un grupo de hombres universitarios prefirieron mujeres normopeso como parejas románticas, pero no mujeres obesas, a quienes prefirieron como amistades. En un estudio realizado por Chen y Brown (2005) se encontró que las personas obesas fueron menos preferidas como parejas románticas que las personas con discapacidades

físicas, enfermedades mentales o con historia de enfermedades de transmisión sexual.

#### **1.2.4. Consecuencias de la estigmatización de la obesidad.**

Diversos investigadores han mostrado relación entre la percepción de estigmatización de la obesidad y sintomatología de índole psicológico, como baja autoestima, depresión, ansiedad social y poca satisfacción con la vida (Annis et al., 2004; Friedman et al., 2005; Melnyk et al., 2006; Puhl et al., 2007). En lo que refiere a la depresión en particular, se ha planteado la posibilidad de que el sobrepeso por sí mismo no se asocie con la depresión (Ross, 1994). De acuerdo con Ross, la relación sobrepeso-depresión se explica por insatisfacción corporal y por la percepción de tener una pobre salud física; ambas condiciones (insatisfacción corporal y carencia de salud) se asocian con sintomatología depresiva, independientemente del peso corporal del individuo. Ross encontró que tener sobrepeso resultó más angustiante para las mujeres con un alto nivel educativo (en su estudio encontró pocas mujeres con sobrepeso dentro del grupo de mayor nivel educativo), en comparación con mujeres que tienen un menor nivel educativo, pero también en comparación con los hombres que contaban con un alto nivel educativo. Ross señaló la posibilidad de que la estigmatización del sobrepeso (y también la asociación sobrepeso-depresión) ocurra casi

únicamente en grupos en los que el sobrepeso no es muy común, como lo fue, en su estudio, el grupo de las mujeres con alto nivel educativo.

#### **1.2.5. Aparición y desarrollo de la estigmatización de la obesidad.**

La aparición y el desarrollo de la estigmatización de la obesidad han sido tratados de explicar por la teoría del desarrollo cognitivo, por la teoría de la atribución y por la teoría del aprendizaje social.

***Teoría del desarrollo cognitivo.*** De acuerdo con Aboud (2003), el prejuicio que manifiestan los niños hacia el exogrupo (Aboud estudió el prejuicio hacia la raza negra en un grupo niños caucásicos de tres a seis años de edad) tiende a modificarse con el desarrollo cognitivo. Aboud encontró que los niños caucásicos más pequeños mostraron una marcada preferencia por el endogrupo, al cual evaluaron positivamente, en contraposición con el exogrupo, a quienes evaluaron negativamente. En cambio, los niños mayores fueron capaces de evaluar de manera similar a uno y a otro grupo. Aboud explicó que el niño construye y evalúa categorías de tal forma que, en edades muy tempranas, la categorización estaría gobernada por el miedo hacia lo desconocido, o poco familiar, y por apego a lo familiar, pero que el desarrollo cognitivo permite a los niños adquirir la habilidad para evaluar de manera similar a dos objetos o personas que pertenezcan a categorías distintas, reconociendo que ambos pueden poseer

características positivas y negativas a la vez, lo cual, de acuerdo con Aboud, explicaría una menor estigmatización en edades posteriores.

En el campo de la estigmatización de la obesidad, Penny y Haddock (2007a) evaluaron las actitudes hacia la obesidad de un grupo de niños entre cinco y diez años de edad, y encontraron que los niños de cinco a ocho años consideraron que los niños obesos tenían menos habilidades atléticas, académicas, artísticas y sociales, mientras que los niños de nueve y diez años consideraron que los niños obesos tenían menos habilidades atléticas, iguales habilidades académicas y artísticas, y mejores habilidades sociales que los niños delgados. Penny y Haddock explicaron sus resultados con base en la teoría del desarrollo cognitivo propuesta por Aboud (2003) en el campo de la estigmatización de la raza, dado que los niños reconocieron tanto aspectos positivos como aspectos negativos en niños delgados y en niños obesos; no obstante, otros estudios han mostrado asociación positiva entre la estigmatización de la obesidad y la edad de los individuos (Brylinsky y Moore, 1994; Lerner y Korn, 1972).

**Teoría de la atribución.** La teoría de la atribución de Weiner y Graham (1984) señala que cuando los individuos atribuyen la causa de una condición negativa a los individuos que la poseen, como resultado tienden a experimentar emociones negativas hacia ellos y a rechazarlos. En el caso de la obesidad, aunque ésta puede ser el resultado de factores genéticos, fisiológicos, psicosociales y nutricionales (Caroli y Lagravinese, 2002),



socialmente se considera que proviene de cuestiones internas tales como la fuerza de voluntad, y se le percibe como un signo de pérdida de control, ausencia de mesura y una ofensa en contra de los ideales estéticos (Warschburger, 2005). Mientras más culpabilidad se le atribuye a la persona obesa por su condición, más se le estigmatiza (Anesbury y Tiggemann, 2000).

***Teoría del aprendizaje social.*** Plantea que los patrones de conducta se adquieren a través de la experiencia directa, o bien, a través de la observación de la conducta de otros (Bandura, 1971). Bajo este enfoque, el origen de la estigmatización de la obesidad se encuentra en el entorno social de los niños, de tal forma que las ideas que asocian con las diferentes morfologías corporales las van conformando en función de lo que observan (asociación entre la forma del cuerpo y la conducta de las personas) y de las creencias que su medio les trasmite. Por ejemplo, si su entorno les dice que una persona con sobrepeso no es atractiva y que carece de fuerza de voluntad (o bien, si ellos observan dicha relación), entonces será más probable que ellos rechacen a las personas que posean esta característica física (Cramer y Steinwert, 1998).

**1.2.6. Fuentes de transmisión de las creencias sobre la obesidad y la delgadez.** Dentro de las fuentes de transmisión de los ideales

corporales se encuentran la familia, los pares y los medios masivos de comunicación (Harrison y Hefner, 2006).

Ricciardelli, McCabe, Holt y Finemore (2003) investigaron la percepción de los niños acerca de la presión ejercida por los medios de comunicación, sus padres y su mejor amigo, para ganar musculatura y para perder peso corporal. En el estudio de Ricciardelli et al. participaron 237 niños y 270 niñas con edades entre los 8 y los 11 años, a quienes se les preguntó qué tan importantes eran para ellos su peso corporal y el tamaño de sus músculos. Además, se les preguntó qué tan frecuentemente se sentían presionados por su padre, su madre, su mejor amigo y los medios de comunicación, tanto para perder peso, como para ganar músculo, por ejemplo: “¿Tu padre te anima a perder peso?” y “¿Tu padre te anima a ganar músculo?”. Se les aplicó el Cuestionario de Cambio Corporal para Niños, para conocer sus estrategias para perder peso y ganar músculo. Los resultados obtenidos mostraron que para los varones fue más importante ganar músculo y que percibieron una mayor presión para ganar músculo que las niñas; pero no se observaron diferencias en la importancia que le dieron a la pérdida de peso corporal, ni en la presión percibida al respecto. Asimismo, se encontró que el mejor predictor de la insatisfacción corporal y de las creencias y conductas relacionadas con la pérdida de peso fue la presión percibida para perder peso; y, de manera similar, el mejor predictor de la importancia que los niños y las niñas le dieron a los músculos y al

establecimiento de estrategias para incrementarlos, fue la presión percibida para incrementar la musculatura. Por último, en este estudio no se encontraron diferencias entre la presión que los niños y las niñas percibieron de cada una de las fuentes por separado: madre, padre, mejor amigo y medios de comunicación. La primera explicación que propusieron los autores fue que los niños internalizan los ideales de delgadez y musculatura propuestos por la sociedad en su conjunto (en donde se encontrarían la familia, los pares y los medios de comunicación), y que no diferencian entre la “presión” ejercida por cada uno de esos agentes. La segunda explicación propuesta por Ricciardelli et al. (2003), no muy diferente de la primera, es que los niños están recibiendo consistentemente los mismos mensajes por parte de las diferentes fuentes.

***Los medios de comunicación.*** La televisión, las revistas y el cine son medios masivos de comunicación en los que el número de personas obesas representadas se encuentra muy por debajo de la proporción real de obesidad entre la población, en tanto que la cantidad de personas delgadas (especialmente mujeres) que aparecen en ellos sobre-representa a las personas delgadas que existen en la población general (Polivy y Herman, 2002). Diversas investigaciones han mostrado que la exposición frecuente a revistas de moda y espectáculos y a programas de televisión tales como las telenovelas y los videos musicales se relaciona, en las mujeres, con insatisfacción corporal y con conductas inapropiadas para bajar de peso

(Tiggemann y McGill, 2004; Utter, Neumark, Wall y Story, 2003; Vaughan y Fouts, 2003). De igual manera, estudios en los que se expone a mujeres jóvenes a imágenes de mujeres delgadas, muestran que existe una estrecha relación entre la observación del “ideal” de delgadez y la ansiedad social, el ánimo deprimido, y las creencias y emociones negativas asociadas con el propio cuerpo (Jiménez, 2007; Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel y Stuckless, 1999; Wegner, Hartmann y Geist, 2000). Jiménez (2007) encontró que cuando a un grupo de mujeres se le presentaron imágenes de mujeres obesas que aparecían publicadas en revistas de moda y espectáculos, las mujeres que participaron en el estudio tendieron a sentirse mejor respecto de su propio cuerpo, en comparación con un grupo de mujeres a quienes se les mostraron imágenes de mujeres delgadas que también aparecían publicadas en revistas de moda y espectáculos.

**Los pares.** Se ha encontrado una relación positiva entre el IMC de los adolescentes y la propensión para ser el blanco de conductas de intimidación por parte de los pares (Janssen et al., 2004). Zabinski et al. (2003) evidenciaron que un grupo de niños con sobrepeso se sintieron observados por sus pares al hacer ejercicio, dijeron ser molestados durante las actividades físicas y reportaron que sus pares realizaron sólo esporádicamente actividades físicas con ellos.

En un estudio en el que se indagó la relación entre el IMC de los niños y sus índices de popularidad y atracción, mostró que niñas de 9 y 10

años de edad consideraron más atractivas a sus compañeras de peso normal, que a las niñas que tuvieron sobrepeso u obesidad (Phillips y Hill, 1998).

Davison y Birch (2004) encontraron que los comentarios entre pares respecto del peso corporal y la apariencia física (entre niñas de 9 años de edad) se relacionaron con la estigmatización de la obesidad, específicamente, con la asignación de adjetivos negativos a las figuras corporales obesas, y positivos a las figuras corporales delgadas. Estos resultados concuerdan con el mantenimiento de la estigmatización de la obesidad en los niños a través del paso del tiempo. Richardson, Goodman, Hastorf y Donrnbusch (1961) realizaron una investigación en la que les presentaron seis imágenes a un grupo de niños y niñas de 10 y 11 años de edad. Dichas imágenes representaban a seis niños: un niño normopeso sano, un niño obeso, un niño con muletas y una pierna enyesada, un niño a quien le faltaba la mano izquierda y un niño con desfiguración en un costado de la boca. A cada niño se les presentaron las imágenes de niños de su mismo sexo y se les preguntó quién de los niños les gustaba más; eliminando en cada ocasión las imágenes que ya habían elegido, se les continuó haciendo la misma pregunta hasta agotar las seis figuras. Se encontró que tanto las niñas como los niños prefirieron al niño normopeso sano en primer lugar, mientras que al niño obeso se le tendió a asignar el último lugar. Cuatro décadas más tarde, en dos réplicas de este estudio se

obtuvo la misma tendencia en los resultados (Bacardi-Gascón, León-Reyes y Jiménez-Cruz, 2007; Latner y Stunkard, 2003).

**La familia.** La familia es el contexto social primario para la socialización temprana (Abramovitz y Birch, 2000; Ricciardelli et al., 2003) y, al actuar como tal, desempeña un papel importante en la transmisión de prejuicios y valores culturales referidos al peso corporal y a la apariencia física (Birch y Fisher, 2000; Hill y Franklin, 1998; Wertheim, Mee y Paxton, 1999).

En repetidas ocasiones se ha reportado que las madres ejercen una mayor influencia que los padres, posiblemente debido a que ellas son quienes se encargan con mayor frecuencia de la alimentación y el cuidado de la apariencia física de sus hijos (Abramovitz y Birch, 2000; Birch y Fisher, 2000; Brown y Ogden, 2004; Canals, Sancho y Arijá, 2009; Linville, Stice, Gau y O'Neil, 2011; Neumark-Sztainer et al., 2010; van Strien y Bazelier, 2007).

Adams, Hicken y Salehy (1988) realizaron un estudio en el que le solicitaron a un grupo de madres de niños en edad preescolar que les relataran a sus hijos tres historias, sobre tres niños que acudían por primera vez a una escuela nueva: una que trataba sobre un niño de peso normal, otra sobre un niño obeso, y otra sobre un niño discapacitado a quien le faltaba una parte de un brazo. Adams et al. encontraron que en el 20% de las historias que las madres construyeron acerca de un personaje obeso,

éste fue descrito con algún tipo de problema que, de no resolverlo, podía causarle problemas mentales, sociales o emocionales. En comparación con el niño de peso normal y con el niño discapacitado, el niño obeso fue descrito con una autoestima más baja y un autoconcepto más negativo; en la mayoría de las narraciones se encontró que el personaje obeso fue mal recibido por sus nuevos compañeros de escuela y que ningún adulto tendía a brindarle asistencia. A diferencia de las historias sobre el niño de peso normal (quien fue presentado como capaz de librar cualquier obstáculo) y sobre el niño con discapacidad física (quien al final solía ser feliz), la mayoría de las historias acerca del niño obeso tuvieron un final ambiguo, es decir, no les fue posible a los investigadores determinar si el personaje era feliz o infeliz al final del relato. Así, se constató que las madres pueden transmitir ideas estigmatizantes acerca de la obesidad al conversar con sus hijos.

Algunas investigaciones han mostrado que no existe relación entre la estigmatización de la obesidad que llevan a cabo los niños y sus madres (Davison y Birch, 2004, Holub et al., 2011), mientras que otros estudios han mostrado que sí la hay (Holub et al., 2011; O'Bryan, Fishbein y Ritchey, 2004). Holub et al. (2011) encontraron relación entre la estigmatización que expresaron los niños y sus madres respecto de figuras corporales de niños obesos y hallaron que el miedo a engordar por parte de las madres predijo la estigmatización de la obesidad entre sus hijos. Los autores sugieren la

posibilidad de que las madres que tienen miedo a engordar discutan su preocupación por el peso o lleven a cabo conductas dietarias en frente de sus hijos. O'Bryan et al. encontraron relación entre los prejuicios de un grupo de adolescentes y los prejuicios de sus madres acerca de las personas obesas, pero no se encontró relación con los prejuicios que expresaron los padres; lo mismo sucedió respecto de los prejuicios de los adolescentes, sus madres y sus padres acerca del VIH. O'Bryan et al. sugirieron que podría deberse a que los adolescentes platican más con sus madres respecto de temas relacionados con la salud, como se ha observado con el tema de las adicciones.

En un estudio realizado en México, Bacardi-Gascon, León-Reyes y Jiménez-Cruz (2007) encontraron similitud en las respuestas que dieron un grupo de niños y sus madres cuando se les pidió ordenar seis figuras corporales (una normopeso, una obesa, tres con discapacidades físicas y una con una cicatriz en la cara) de acuerdo a quién preferirían como amigo (en el caso de los niños), o como amigo de sus hijos (en el caso de las madres). Tanto los niños como sus madres prefirieron al niño normopeso, luego a los niños con distintas discapacidades físicas, y por último al niño que tenía una cicatriz en la cara o al niño obeso.

En el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria, en varios estudios se ha explorado la influencia de las madres sobre la internalización del ideal de la delgadez en sus hijos, y sobre el control del peso corporal



que los propios niños llevan a cabo (Lowe y Tiggemann, 2003; Sands y Wardle, 2003; Wertheim et al., 1999; Yamazaki y Omori, 2011). Las investigaciones coinciden en que la influencia de la madre ocurre tanto a través de sus verbalizaciones acerca del peso corporal y la apariencia física, como a través del control alimentario que llevan a cabo consigo mismas y con sus hijos. Lo anterior lleva a considerar la posibilidad de que la transmisión de la estigmatización de la obesidad ocurra de manera similar (Davison y Birch, 2004).

### **1.3. Actitudes y conductas relacionadas con el control del peso corporal.**

De acuerdo con Fulkerson et al. (2002), las actitudes relacionadas con el control del peso corporal incluyen la insatisfacción con el peso corporal, la preocupación por controlarlo, los pensamientos acerca de ser más delgado, la preocupación por la ganancia de peso, la importancia que se le da al peso o a la figura corporal, así como la percepción del propio peso corporal.

Las personas que se perciben alejadas del ideal corporal que han internalizado suelen sentirse insatisfechas con su cuerpo (Austin y Smith, 2008; Levine y Piran, 2004; Sands y Wardle, 2003; Thompson y Stice, 2001), lo cual puede motivarles para realizar actividades dirigidas a la

modificación de su peso corporal (Stice y Shaw, 2002), ya sea mediante el uso de métodos saludables (por ejemplo hacer ejercicio, incrementar el consumo de frutas y verduras, y disminuir el consumo de alimentos altos en grasas y/o azúcares) o mediante el uso de métodos no saludables (por ejemplo ayunar, “saltarse” comidas, ingerir pocos alimentos, tomar laxantes, diuréticos o vomitar) (Fulkerson et al., 2002).

Por medio del modelamiento de conductas, las verbalizaciones y el control alimentario que llevan a cabo las madres pueden influir sobre las actitudes y conductas alimentarias de los niños (Birch y Fisher, 2000; Brown y Ogden, 2004; Hill y Franklin, 1998; Wertheim, Mee y Paxton, 1999; Schur, Sanders y Steiner, 2000).

**Modelamiento de conductas y verbalizaciones.** En diversos estudios se ha encontrado relación entre la insatisfacción corporal de las madres y la insatisfacción corporal de sus hijos e hijas (Benedikt, Wertheim y Love 1998; Keery, Eisenberg, Boutelle, Neumark-Sztainer y Story, 2006), y se ha mostrado cómo las actividades que las madres llevan a cabo para bajar de peso en ocasiones son percibidas, aprendidas y/o puestas en práctica por sus hijos (Abramovitz y Birch, 2000; Benedikt et al., 1998; Keery et al., 2006; Schur et al., 2000).

Keery et al. (2006) encontraron que los adolescentes que percibieron que sus madres realizaban actividades para bajar de peso, también tendían a llevar a cabo ellos mismos actividades para bajar de peso; en cambio, los

adolescentes que no lo percibieron (aunque sus madres reportaron la realización de una o más actividades para bajar de peso) no realizaron actividades que llevaran ese fin.

Otros estudios sugieren que las verbalizaciones maternas acerca del peso corporal tienen una mayor influencia que el modelamiento de conductas sobre las actitudes y las conductas que los hijos llevan a cabo. Fulkerson et al. (2002) investigaron en un grupo de adolescentes de qué manera influía en su conducta alimentaria el hecho de que sus madres realizaran dietas y/o los motivaran para bajar de peso. De acuerdo con los resultados, el 33.8% de las madres motivaban a sus hijos y el 40.4% a sus hijas para que realizaran dietas; las madres que motivaron a sus hijos para bajar de peso tuvieron un IMC más elevado que aquellas madres que no los motivaron. Los adolescentes que fueron motivados para bajar de peso se preocuparon significativamente más acerca de ganar peso, reportaron haber tenido más atracones el año anterior y realizaron más actividades para bajar de peso (tanto saludables como no saludables), en comparación con los adolescentes que no fueron motivados por sus madres para hacer dietas. Cabe mencionar que de los adolescentes a quienes se les motivaba para bajar de peso, sólo cerca del 50% tenían sobrepeso, mientras que el resto tenían peso normal o bajo peso. Fulkerson et al. no encontraron relación entre la realización de dietas para bajar de peso por parte de las madres y la conducta alimentaria de los adolescentes.

Wertheim et al. (1999) también encontraron relación entre las verbalizaciones de las madres y la conducta alimentaria de sus hijos, pero no entre las conductas que ellas realizaban para bajar de peso, y la conducta alimentaria de sus hijos. Wertheim et al. sugirieron la posibilidad de que las verbalizaciones inicialmente funjan como un estímulo para que los adolescentes realicen actividades para bajar de peso y, posteriormente, como un reforzador a manera de comentarios positivos sobre la apariencia y el peso corporal de los hijos una vez que han bajado de peso. De acuerdo con los autores, el reforzamiento de la restricción alimentaria podría resultar más poderoso que el aprendizaje observacional.

Por su parte, Benedikt et al. (1998) hallaron relación entre las verbalizaciones de las madres para que sus hijas adolescentes bajaran de peso, y la insatisfacción corporal y un mayor número de intentos saludables para bajar de peso por parte de las hijas. Asimismo, encontraron relación entre el modelamiento de actividades no saludables para bajar de peso (como probar dietas rápidas o ayunar) por parte de las madres, y la realización de las mismas conductas por parte de las hijas. Los autores señalaron que las actividades no saludables para bajar de peso pueden ser más evidentes, y por lo tanto bastaría con el modelamiento para influir sobre la conducta de las hijas.

Neumark-Sztainer et al. (2010) mostraron que las adolescentes que realizaron más actividades para bajar de peso (tanto saludables como no

saludables) y llevaron a cabo más atracones, fueron aquellas que percibieron que sus madres hablaban sobre su propio peso corporal, realizaban dietas para bajar de peso y además las motivaban para bajar de peso; adicionalmente, las adolescentes expresaron que recibían comentarios negativos respecto de su imagen corporal por parte de algún miembro de su familia.

**Control alimentario madre-hijo.** Otra manera en la que las madres influyen sobre las actitudes y la conducta alimentaria de sus hijos es a través del control que ejercen sobre la alimentación, ya sea presionando a sus hijos para comer, o restringiéndoles el acceso a ciertos alimentos (Birch et al., 2001; Ogden, Reynolds y Smith, 2006). Algunos estudios han mostrado que las madres, especialmente aquellas que presentan un IMC elevado y/o se encuentran preocupadas por el peso corporal (Musher-Eizenman, Holub, Hauser y Young, 2007) o por la salud de sus hijos (Johannsen, Johannsen y Specker, 2006), tratan de controlar la alimentación de sus hijos para mantener o mejorar la salud de ellos, o para prevenirlos de volverse obesos (Birch, Fisher y Davison, 2003; Musher-Eizenman et al., 2007).

Cierto nivel de control parental sobre la alimentación de los hijos es necesario para cubrir los requerimientos nutrimentales saludables, asimismo, la reducción de la ingesta total de energía es central en el

tratamiento de la obesidad; sin embargo, un control excesivo sobre la alimentación puede dar como resultado una mayor ingesta en el caso de la restricción alimentaria o una menor ingesta en el caso de la presión para comer (Faith, Scanlon, Birch, Francis y Sherry, 2004).

***Presión para comer.*** Implica presionar a los niños para que coman más (generalmente alimentos que la madre considera saludables) incluso cuando los niños dicen que ya no tienen hambre (Brown, Ogden, Vögele y Gibson, 2008; Johannsen et al., 2006). En algunos estudios se ha encontrado que a los niños delgados o normopeso se les presiona más para comer que a los niños con sobrepeso (McKenzie et al., 1991; Roemmich, White, Paluch y Epstein, 2010). En cambio, en otros estudios no se ha hallado relación entre la presión para comer y el peso corporal de las madres o de los niños (May et al., 2007; Wardle, Sanderson, Guthrie, Rapoport y Plomin, 2002). Otro grupo de estudios ha mostrado que, más que con el peso corporal real del niño, la presión para comer se asocia con una mayor preocupación de las madres acerca de la posibilidad de que sus hijos pudieran presentar sobrepeso (Keller, Pietrobelli, Johnson y Faith, 2006; May et al., 2007).

La presión para comer que las madres ejercen se ha asociado con una mayor ingesta entre sus hijos ante señales externas y emocionales (van Strien y Bazelier, 2007), con neofobia (falta de voluntad para probar nuevos alimentos), con una mayor ingesta de refrigerios no saludables (altos en

contenido energético y bajos en nutrientes), y con la disminución de la ingesta de aquellos alimentos que se les obliga a los niños a comer, como pueden serlo las frutas y las verduras (Brown et al., 2008).

***Restricción alimentaria.*** Implica restringir el acceso de los niños a alimentos chatarra y restringir la cantidad total de comida que ingieren (Brown et al., 2008; Johannsen et al., 2006). En un estudio se encontró una asociación positiva entre la restricción alimentaria y el peso corporal de los niños, siendo mayor la restricción alimentaria que se ejerció sobre los niños con sobrepeso, que sobre los niños normopeso (Roemmich et al., 2010). En otros estudios, en cambio, no se ha encontrado relación entre el peso corporal de los niños y la restricción que los padres ejercen sobre la alimentación (Johannsen et al., 2006; May et al., 2007; Wardle et al., 2002).

La restricción que se ejerce sobre la alimentación de los niños también se ha relacionado con el peso corporal de las madres. Wardle et al. (2002) encontraron que las madres obesas ejercieron menos restricción alimentaria que las madres normopeso o delgadas, fueron más complacientes con la elección de comida que hicieron sus hijos, y más propensas a comprar los productos que sus hijos les solicitaron al momento de aparecer esos productos anunciados en la televisión. May et al. (2007) mostraron que las madres más preocupadas por el hecho de que sus hijos pudieran presentar sobrepeso tendieron a restringirles más la alimentación.

En un estudio realizado por van Strien y Bazelier (2007), se encontró que los niños obesos reportaron una mayor percepción de restricción alimentaria y una mayor realización de prácticas restrictivas sobre su propia alimentación, que los niños normopeso.

La restricción excesiva de la alimentación puede ocasionar que los niños consuman una mayor cantidad de los alimentos que usualmente se les restringen, debido a que se incrementan las propiedades reforzantes de tales alimentos (Birch et al., 2003; Brown y Ogden, 2004; Faith et al., 2004; Fisher y Birch, 1999a, 1999b; Fisher y Birch, 2000). Asimismo, cuando el control alimentario proviene del exterior, en este caso, de la decisión materna de restringir o presionar al niño para comer, se comprometer la habilidad de los niños para auto-regular su ingesta a partir de las señales propias de hambre y saciedad, lo que en última instancia puede favorecer un incremento de la ingesta y repercutir en una mayor cantidad de grasa corporal en los niños (Brown y Ogden, 2004; Faith, Scanlon, Birch, Francis y Sherry, 2004; Johannsen et al., 2006).

Se ha encontrado (Birch y Fisher, 2000; Fisher y Birch, 1999a, 1999b; Kröller, Jahnke y Warschburger, 2013) que el control materno sobre la alimentación de los hijos puede ocasionar en el niño un elevado autocontrol de la ingesta de comida (restricción alimentaria) o, por el contrario, falta de control para dejar de comer (desinhibición alimentaria) ante situaciones emocionales (por ejemplo, comer en respuesta a la sensación de



aburrimiento, enojo o tristeza) o externas (por ejemplo, comer como respuesta a la presencia de comida o de otras personas que se encuentran comiendo), obedeciendo así a señales distintas a las de hambre y saciedad, dado lo cual algunos investigadores han sugerido que la restricción parental sobre la ingesta de los niños mina el control interno del niño sobre la ingesta de comida. Carper, Fisher y Birch (2000) encontraron, entre niñas de cinco años de edad, que aquellas que percibieron mayor presión materna para comer presentaron una mayor ingesta ante la experimentación de emociones desagradables (desinhibición emocional) y ante señales externas, como ver a alguien comiendo (desinhibición externa), que las niñas que percibieron menor presión para comer, mostrando una relativa falta de atención a sus señales internas de hambre y saciedad.

Rhee et al. (2009) realizaron un estudio con 789 niños, a los que evaluaron en una primera ocasión a los cuatro o a los siete años de edad, y en una segunda ocasión a los siete y a los nueve años de edad, respectivamente. A los niños se les pesó y midió, y a las madres se les preguntó si permitían que sus hijos comieran lo que quisieran (a manera de indicador de restricción alimentaria). Rhee et al. encontraron una relación positiva entre el incremento en el peso corporal de las niñas y la restricción alimentaria ejercida por las madres. En el caso de los varones no se encontró esta relación. En otras investigaciones (Brown y Ogden, 2004; Faith et al., 2004; Johannsen et al., 2006) se ha sugerido que la restricción

alimentaria ejercida por las madres favorece el aumento del peso corporal en los niños; Rhee et al., en cambio, sugirieron la posibilidad de que la restricción alimentaria sea posterior al aumento de peso de los niños.

El control alimentario puede ejercerse de manera abierta o encubierta (Ogden et al., 2006). El control alimentario abierto consiste en instrucciones firmes y explícitas por parte de los padres respecto a qué, cuándo, dónde y cuánto deben comer sus hijos, por lo cual es una forma de control que puede ser detectada por los niños. Se relaciona positivamente con la presión alimentaria y lleva como fin, básicamente, la promoción del consumo de alimentos saludables (Ogden et al., 2006). Se ha sugerido que el control alimentario abierto es más utilizado por las madres de niveles socioeconómicos elevados, posiblemente debido a que denota preocupación por la alimentación (y por el cuidado en general) de los hijos (Ogden et al., 2006).

El control alimentario encubierto es una aproximación mucho más sutil y menos directa para el manejo de la conducta alimentaria de los niños, e implica la evitación de situaciones donde los niños podrían consumir alimentos considerados engordantes (como no acudir a cierto tipo de restaurantes o no llevar cierto tipo de alimentos a casa). Se asocia positivamente con la restricción alimentaria, y suele realizarse con el objetivo de evitar el consumo de alimentos considerados no saludables (Ogden et al., 2006). La realización de control alimentario encubierto por

parte de las madres se ha asociado con una menor ingesta de alimentos poco saludables, menor neofobia, y una mayor ingesta de frutas y verduras por parte de los niños (Brown et al., 2008). Con base en su estudio, Brown et al. (2008) sugirieron que las formas directas del control de la alimentación son las que con mayor facilidad podrían resultar en el efecto paradójico de incrementar la ocurrencia de la conducta que se busca evitar, mientras que formas más sutiles de control de la alimentación podrían evitar dicho efecto paradójico.

**1.3.1. Estigmatización de la obesidad y actitudes y conductas relacionadas con el control del peso corporal.** Magallanes, Jauregui-Lobera, Ruiz-Prieto y Santed (2013) realizaron una investigación para conocer si existían diferencias en la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por personas diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria, y personas sin tales trastornos. Los autores encontraron una mayor estigmatización de la obesidad entre las pacientes con trastornos alimentarios, y la explicación que ofrecen es que las pacientes posiblemente esperan que las demás personas lleven a cabo, como ellas, actividades para controlar su peso corporal y, al no hacerlo, son estigmatizadas. En estudios realizados con población no clínica, Holub et al. (2011) encontraron relación entre el miedo a engordar y la estigmatización de la obesidad. Hansson y Rasmussen (2010) encontraron que el control que las madres

llevan a cabo sobre la alimentación de sus hijos podría ser interpretado por los niños como miedo a la gordura, lo que –de acuerdo con los autores- los haría más proclives a estigmatizar a la gente obesa.

Musher-Eizenman et al. (2007) investigaron la relación entre la estigmatización de la obesidad por parte de las madres y la restricción alimentaria que ejercen hacia sus hijos (tanto si lo hacen por razones de salud, como por razones estéticas). Musher-Eizenman et al. Encontraron una asociación positiva significativa entre la estigmatización de la obesidad y las prácticas restrictivas. Las madres que más creyeron que el peso corporal era controlable y que dicho control dependía de la fuerza de voluntad de los individuos -creencia ligada frecuentemente con la estigmatización de la obesidad (Tiggemann y Anesbury, 2000)- tendieron a restringir la alimentación de sus hijos motivadas tanto por cuestiones estéticas como por salud. Las madres que expresaron un menor desagrado por la gente obesa dijeron que restringían la alimentación de sus hijos sobre todo por cuestiones de salud.

Davison y Birch (2004) realizaron un estudio con 178 niñas de nueve años de edad y ambos padres de cada niña. En el caso de las madres y los padres, Davison y Birch encontraron una relación positiva entre la estigmatización de la obesidad y la idealización de la delgadez. En el caso de las niñas, la estigmatización de la obesidad se asoció positivamente con la idealización de la delgadez, con sus actitudes negativas hacia el peso y la

alimentación, y con la percepción de las niñas acerca de qué tan preocupadas estaban sus madres porque ellas fueran delgadas.

#### **1.4. Preocupación por la apariencia física**

La preocupación por la apariencia física está determinada por la importancia, el significado y la influencia que una persona considera que tiene en su vida la manera en que se ve (Cash y Labarge, 1996).

Cash (2003) distingue entre una importancia motivacional y una importancia auto-evaluativa de la apariencia física. La importancia motivacional se refiere a una preocupación normal por el cuidado de la apariencia física (Cash, Melnyk y Hrabosky, 2004; Tiggemann, y Lacey, 2009); la importancia auto-evaluativa se refiere a una preocupación excesiva por la apariencia física y se caracteriza por la comparación frecuente con otras personas, y por la creencia de que la autoestima y las relaciones, tanto personales como laborales, dependen en gran medida de la apariencia física de la persona. La importancia auto-evaluativa de la apariencia física se ha asociado positivamente con la internalización de los ideales estéticos que presentan los medios de comunicación, insatisfacción corporal, experimentación de emociones disfóricas en ciertos contextos sociales, alteraciones de la conducta alimentaria, y una mayor realización

de actividades encaminadas a mejorar la apariencia física (Cash et al., 2004; Cash y Labarge, 1996).

Al igual que ocurre con las actitudes y conductas relacionadas con el control del peso corporal, la preocupación por la apariencia física puede transmitirse de madres a hijos a través del modelamiento de actividades, o bien, a través de verbalizaciones respecto de lo bien o mal que se ven las madres mismas, o los niños (Herbozo y Thompson, 2006).

**1.4.1. Estigmatización de la obesidad y preocupación por la apariencia física.** Se han realizado pocos estudios hasta el momento para explorar la relación entre la estigmatización de la obesidad y la preocupación por la apariencia física; sin embargo, algunos estudios han mostrado asociación entre la tendencia a compararse con otras personas (un elemento de la preocupación por la apariencia física) y la estigmatización de la obesidad (Davison y Birch, 2004; O'Brian, Hunter, Halberstadt y Anderson, 2007; O'Brien, Latner, Ebner y Hunter, 2012). La explicación que ofrecen O'Brien et al. (2007), es que las personas que están más preocupadas por su apariencia física y que realizan más actividades para verse bien, esperan que otros hagan lo mismo que ellas, dando como resultado la estigmatización de quienes ellos consideran que no lo hacen.

En otro estudio, se halló asociación positiva entre la estigmatización de la obesidad y la tendencia a comparar la apariencia física propia con la

de personas cuyos atributos estuvieran en desventaja (como podrían serlo las personas obesas), pero no se halló asociación entre la estigmatización de la obesidad y la tendencia a compararse con personas que tuvieran una mejor apariencia física que la propia (O'Brian et al. 2009). De acuerdo con la Teoría de la Comparación Social (Festinger, 1954), la cual indica que la autoevaluación ocurre en función de la comparación con otras personas, al realizar dicha comparación tomando como referencia a una persona cuyos atributos están en desventaja con respecto a los propios, mejora la concepción de la apariencia física de la persona que hace la comparación.

## **II. Método**

### **2.1. Planteamiento del problema**

Diversas investigaciones han mostrado que los niños, incluso desde edades muy tempranas (Cramer y Steinwert, 1998), perciben negativamente a los niños obesos y pueden llegar a evitar relacionarse con ellos o a rechazarlos abiertamente (Patel y Holub, 2011; Puhl y Latner, 2007; Sagone y De Caroli, 2013). Los niños obesos que son blanco de burlas, apodos, rechazo y discriminación como consecuencia de la estigmatización a la que están sujetos, son más proclives que los niños normopeso a presentar sintomatología ansiosa o depresiva, a ingerir mayores cantidades de

alimento, a negarse a realizar actividad física y, de manera alarmante, corren un mayor riesgo de cometer suicidio (Janssen et al., 2004; Puhl, 2006).

Algunos estudios han mostrado asociación entre la estigmatización de la obesidad en los niños y las actitudes y conductas maternas relacionadas con el control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física (Davison y Birch, 2004; Musher-Eizenman et al., 2007; O'Brian et al., 2007, 2009). Al ser las madres quienes frecuentemente se encargan de alimentar y cuidar la apariencia física de sus hijos, constituyen un factor importante en la transmisión de actitudes relacionadas con el peso corporal y la apariencia física (Birch y Fisher, 2000; Hill y Franklin, 1998; Wertheim et al., 1999). Dado lo anterior, se ha sugerido que la estigmatización de la obesidad podría ser transmitida de madres a hijos, y que ello pudiera ocurrir a través de actividades maternas que denoten actitudes negativas acerca del peso corporal o de la apariencia física, tanto propia como de los hijos (Davison y Birch, 2004; Holub et al., 2011); sin embargo, aún se desconoce si ocurre dicha transmisión, y de ser así, cuáles son las actitudes y conductas maternas específicas que generan que los niños estigmaticen la obesidad.

La importancia de identificar las actitudes y conductas maternas que generan estigmatización de la obesidad en los niños es poder diseñar, en un futuro, intervenciones que promuevan actitudes y conductas maternas relacionadas con el control del peso corporal y la apariencia física que no



favorezcan la estigmatización de la obesidad en los niños sino que, incluso, favorezcan su disminución.

## **2.2. Pregunta de investigación**

¿Las actitudes y conductas de las madres acerca del control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física de ellas y de sus hijos, se relacionan con la estigmatización de la obesidad en sus hijos acerca de otros niños?

## **2.3. Objetivo general**

Averiguar si el que una madre realice actividades para controlar su propio peso y el de su hijo, así como si se preocupa por su propia apariencia física y la de su hijo, se relaciona con el número de adjetivos negativos que un niño asigna a un niño obeso.

## **2.4. Objetivos específicos**

1. Indagar si existe relación entre las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia su propio peso corporal y apariencia física, y las actitudes y

conductas que dirigen hacia el peso corporal y la apariencia física de sus hijos.

2. Indagar si los niños perciben las conductas maternas de control del peso corporal y la apariencia física, y si existe relación entre tales conductas y las actitudes y conductas que los niños dirigen hacia su propio peso corporal y apariencia física.
3. Indagar si la estigmatización de la obesidad se relaciona con las actitudes y conductas de control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física de las madres y los niños.
4. Conocer si las actitudes y conductas maternas relacionadas con el control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física de ellas y de sus hijos, se relacionan con la estigmatización de la obesidad en sus hijos hacia otros niños.

## **2.5. Variables**

**Variable dependiente: Estigmatización de la obesidad.**

### ***Definición conceptual.***

“Actitudes y creencias negativas relacionadas con el peso, que se manifiestan a través de estereotipos, sesgos, rechazo y prejuicios, dirigidos

hacia [las personas] por el hecho de ser obesas o tener sobrepeso” (Puhl y Latner, 2007, p. 558).

***Definición operacional.***

- Madres: El puntaje obtenido en el Cuestionario para mujeres adultas sobre estigmatización de la obesidad.
- Niños: El puntaje obtenido en el Cuestionario para niños sobre estigmatización de la obesidad.

**Variables independientes:**

**1) Actitudes y conductas relacionadas con control del peso corporal.**

***Definición conceptual.***

a) Actitudes y conductas que las madres y los niños dirigen hacia su propio peso corporal. Las actitudes incluyen la in/satisfacción con el peso, la preocupación por controlar el peso corporal, los pensamientos acerca de la delgadez, la preocupación por la ganancia de peso, la importancia que se le da al peso o a la figura corporal y la percepción del peso corporal actual. Entre las conductas encaminadas al control de peso se incluyen métodos saludables y métodos no saludables (Fulkerson et al., 2002).

b) Actitudes y conductas que las madres dirigen hacia el control del peso corporal de sus hijos: Actividades que son llevadas a cabo por las madres para restringir el acceso de sus hijos a alimentos poco saludables, o para lograr que ingieran más comida (Brown et al., 2008; Johannsen et al., 2006).

***Definición operacional.***

a) Actitudes y conductas que las madres y los niños dirigen hacia su propio peso corporal:

- Madres: Los puntajes obtenidos en el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI) y en el Cuestionario sobre actividades relacionadas con el control del peso corporal propio.
- Niños: Los puntajes obtenidos en el Continuo de figuras corporales de niños para evaluar insatisfacción corporal y en el Cuestionario para evaluar las actividades que llevan a cabo los niños para controlar su propio peso.

La percepción de los niños acerca de las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia su propio peso corporal fue el puntaje obtenido en el Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de las conductas relacionadas con el control del peso corporal de la madre.

b) Actitudes y conductas que las madres dirigen hacia el control del peso corporal de sus hijos:

- Madres: Los puntajes obtenidos en el Cuestionario de alimentación infantil y en el Cuestionario sobre la forma de control alimentario ejercido hacia los hijos.
- Niños: Puntaje obtenido en el Cuestionario de alimentación infantil para niños.

## **2) Preocupación por la apariencia física.**

### ***Definición conceptual.***

a) Hasta qué punto el individuo considera que su apariencia física influye en sus experiencias sociales y emocionales. Puede reflejarse en la inversión de esfuerzos para el cuidado de la apariencia física y/o en la comparación constante con la apariencia física de otras personas (Cash et al., 2004).

b) Hasta qué punto las madres consideran que la apariencia física de sus hijos influye en sus experiencias sociales y emocionales. Se refleja en esfuerzos para cuidar la apariencia física de sus hijos y/o en la comparación constante de la apariencia física de sus hijos con la de otros niños.

### ***Definición operacional.***

En las madres, los puntajes obtenidos en:

- El Inventario de esquemas sobre la apariencia.
- El Cuestionario sobre la preocupación por la apariencia física del hijo
- El Cuestionario sobre verbalizaciones acerca del peso corporal y la apariencia física.

En los niños, los puntajes obtenidos en:

- El Cuestionario sobre la preocupación de los niños acerca de su propia apariencia física
- El Cuestionario sobre la percepción acerca de la preocupación de sus madres por la apariencia física de ellas mismas.
- El Cuestionario sobre su percepción acerca de la preocupación de sus madres por la apariencia física de ellos
- El Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de las verbalizaciones maternas respecto del peso corporal y la apariencia física.

### **2.6. Tipo de estudio**

Estudio no experimental, transversal, de muestras relacionadas.

## **2.7. Participantes**

**Descripción del grupo de niños:** Como criterio de inclusión para participar en el estudio se consideró una edad mínima de siete años, ya que a esa edad los niños ya comprenden el efecto de la nutrición sobre el organismo y son capaces de diferenciar consistentemente conceptos como masa muscular, nutrición, obesidad y delgadez (León-Sánchez y Barrera, 2009); y una edad máxima de 11 años, porque durante la adolescencia tiende a disminuir el monitoreo que ejercen las madres sobre sus hijos (Hartup, 1989) y, de acuerdo con la OMS, la adolescencia considera como el periodo que va de los 12 a los 19 años de edad (WHO, 2002).

Se gestionó el acceso a dos escuelas primarias, una particular y una pública, de la misma zona escolar. Se solicitó y obtuvo el consentimiento por parte de los directivos para aplicar los instrumentos a los estudiantes de 2º a 5º grados. Se entregó la carta de consentimiento informado a 385 niños y niñas, para que las entregaran a sus madres y las devolvieran firmadas. La carta de consentimiento informado se muestra en el Apéndice A. Un total de 284 alumnos devolvieron la carta de consentimiento firmada: 237 con autorización para participar en el estudio, y 47 sin autorización. En la carta de consentimiento informado las madres autorizaron la participación en el estudio tanto suya como de sus hijos. Un total de 185 madres devolvieron los instrumentos completamente contestados. Nueve de estas madres únicamente contaban con escolaridad de primaria, y dado que se tiene

evidencia de que algunos de los cuestionarios aplicados son difícilmente comprendidos por personas con escolaridad inferior a secundaria (Álvarez y Franco, 2001), no se tomaron en consideración para este estudio. Asimismo, en ocho de los cuestionarios, por los patrones de respuesta obtenidos, se hizo evidente que las madres lo habían contestado al azar y por esa razón se decidió no utilizarlos. Por lo tanto, finalmente fueron tomados en cuenta 168 cuestionarios de las madres para ser analizados.

El grupo de participantes se conformó por 168 niños (94 niñas y 74 niños) con edades entre 7 y 11 años ( $M = 8.93$  años,  $DE = 1.3$ ), que al momento del estudio cursaban entre segundo y quinto grados de primaria. El 44% (41 niñas y 33 niños) de los participantes estudiaban en una escuela primaria pública, y el 56% (53 niñas y 41 niños) en una escuela primaria particular, ambas ubicadas en la misma zona escolar dentro de la Delegación Benito Juárez del Distrito Federal.

Se obtuvo el IMC de los niños utilizando los datos de peso y talla medidos y reportados por los profesores de educación física de cada una de las escuelas de procedencia. Se utilizaron las tablas de la OMS y de la IOTF para determinar las categorías de peso correspondientes. En la Tabla 2 se observa que, bajo los criterios de la OMS, cerca del 50% de los niños presentaron sobrepeso u obesidad.



Tabla 2

*Categorización del IMC de los niños de acuerdo a los puntos de corte establecidos por la OMS (WHO, 2007)*

Categoría de peso	Todos los niños		Niñas		Varones	
	n	%	n	%	n	%
Delgadez extrema	2	1.2	2	2.1	0	0
Delgadez	10	6.0	8	8.5	2	2.7
Peso normal	78	46.4	45	47.9	33	44.6
Sobrepeso	42	25.0	21	22.3	21	28.4
Obesidad	36	21.4	18	19.1	18	24.3

En la Tabla 3 se reporta la frecuencia de sobrepeso y obesidad de acuerdo con la IOTF.

Tabla 3

*Categorización del peso de los niños de acuerdo a los puntos de corte establecidos por la IOTF (Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz, 2000)*

Categoría de peso	Todos los niños		Niñas		Varones	
	n	%	n	%	n	%
Sobrepeso	44	26.2	24	25.5	20	27
Obesidad	19	11.3	9	9.6	10	13.5
Total	63	37.5	33	35.1	30	40.5

**Descripción del grupo de madres.** El grupo de participantes se conformó por las 168 madres de los niños que participaron en el estudio. El rango de edad de las madres se ubicó entre los 25 y los 52 años ( $M = 38.05$ ,  $DE =$

5.83). La mayoría de ellas contaba con estudios de licenciatura (41.7%) o bachillerato (35.1) y una minoría con estudios de secundaria (10.1%) o posgrado (13.1%).

Se calculó el IMC de las madres a partir de su autorreporte de peso y talla. Debido a que dos participantes no reportaron estos datos, se obtuvo el IMC de 166 madres. El IMC de las madres se encontró entre 16.53 y 37.89 ( $M = 25.46$ ,  $DE = 4.28$ ). De acuerdo con los puntos de corte establecidos por la OMS (WHO, 2007) para determinar la categoría de peso corporal de la población adulta, el 3.6% de las madres presentaron bajo peso, 48.8% normopeso, 34.3% sobrepeso y 13.3% obesidad.

## **2.8. Instrumentos**

**A) Instrumentos para evaluar al grupo de madres.** Para evaluar las actitudes y conductas de las madres acerca del control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física, se consideraron tanto las actitudes y conductas que dirigen hacia sí mismas, como las que dirigen hacia sus hijos. En la tabla 4 se enlistan los instrumentos utilizados para evaluar al grupo de madres, y en el Apéndice B pueden consultarse.

Tabla 4

*Instrumentos utilizados para evaluar al grupo de madres.*

Variables	Instrumentos
Estigmatización de la obesidad	Se conformó un cuestionario para mujeres adultas sobre estigmatización de la obesidad utilizando las figuras de Collins (1991).
Actitudes y conductas relacionadas con el control del peso corporal	<p>Para evaluar las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sí mismas</p> <p>Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI; Garner, Olmsted y Polivy, 1983; validado en México por Álvarez y Franco, 2001)</p> <p>Cuestionario sobre actividades relacionadas con el control del peso corporal propio (ex profeso).</p> <p>Para evaluar las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sus hijos</p> <p>Cuestionario de alimentación infantil (CFQ; Birch et al., 2001).</p> <p>Cuestionario sobre la forma de control alimentario ejercido hacia los hijos (ex profeso).</p>
Preocupación por la apariencia física	<p>Para evaluar las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sí mismas</p> <p>Inventario de esquemas sobre la apariencia (ASI-R; Cash, 2003)</p> <p>Para evaluar las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sus hijos</p> <p>Cuestionario sobre la preocupación por la apariencia física del hijo (ex profeso).</p> <p>Cuestionario sobre verbalizaciones acerca del peso corporal y la apariencia física (ex profeso).</p>

**Cuestionario para mujeres adultas sobre estigmatización de la obesidad.** Este instrumento se construyó ex profeso. Consta de una figura corporal delgada, una normopeso y una obesa, y un listado de adjetivos con los cuales se evalúa a cada figura corporal. Dichas figuras son la segunda, la cuarta y la sexta del continuo de siete figuras corporales diseñadas por Collins (1991). Las figuras miden 7 cm. de altura, y se presentaron en hojas separadas. Debajo de cada figura se preguntó: “¿Cuáles cree usted que serían las características que tendría esta persona si existiera de verdad?”. Debajo de la pregunta se presentó un listado de adjetivos conformado con base en las características que se reportan más frecuentemente en la literatura sobre estigmatización de la obesidad (Brylinsky y Moore, 1994; Greenleaf et al., 2006; Kraig y Keel, 2001; Silva y Jiménez, 2008): atractiva, enfermiza, ordenada, insegura, amigable, lenta, valiente, bonita, perezosa, feliz, cuidadosa, inteligente y débil. Dicho listado se presentó en un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: no en lo absoluto, un poco, bastante, mucho. Se les solicitó a las participantes que marcaran con una X su respuesta para cada uno de los adjetivos que se les presentaron. El instrumento se piloteó con un grupo de 29 mujeres con edades entre 24 y 58 años ( $M = 38.2$ ,  $DE = 7.5$ ). Al analizar los datos, se encontró que el adjetivo amigable correlacionó bajo con el total ( $r = .054$ ), pero debido a que en investigaciones sobre la estigmatización de la obesidad se ha

encontrado que de la persona obesa suele creerse que tendría pocos amigos, lo que se hizo fue cambiar amigable por cuántos amigos tendría. La calificación de cada Reactivo se realizó otorgando el puntaje más alto a la opción de respuesta que denotara estigmatización. Por esta razón, los adjetivos que se referían a características negativas se puntuaron directamente (1 = no en lo absoluto; 2 = un poco; 3 = bastante; 4 = mucho), mientras que los adjetivos que se referían a características positivas se puntuaron a la inversa (4 = no en lo absoluto; 3 = un poco, 2 = bastante; 1 = mucho). De esta forma, a mayor puntaje obtenido, mayor estigmatización. La consistencia interna del instrumento fue de .894.

**Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (Eating Disorders Inventory, EDI).** Este instrumento fue diseñado por Garner et al. (1983) para evaluar la presencia de sintomatología propia de los trastornos de la conducta alimentaria. En México fue validado y confiabilizado por Álvarez y Franco (2001). En este estudio se utilizaron las sub-escalas de insatisfacción corporal y de motivación para adelgazar. La sub-escala de insatisfacción corporal está constituida por nueve Reactivos y evalúa la inconformidad con el aspecto físico en general o con algunas partes del cuerpo (por ejemplo, cadera, muslos y piernas). La sub-escala de motivación para adelgazar consta de seis Reactivos y evalúa el deseo de perder peso y/o el miedo a ganarlo, además de la preocupación por la dieta

y por el peso corporal. Las opciones de respuesta son tipo Likert, de seis puntos: nunca, rara vez, en ocasiones, frecuentemente, casi siempre y siempre. Las tres opciones de respuesta que, de acuerdo con el Reactivo, indican menor insatisfacción corporal o menor motivación para adelgazar, se califican con cero. Las tres opciones de respuesta que indican mayor insatisfacción corporal o mayor motivación para adelgazar, se califican de uno a tres. La consistencia interna de fue de  $\alpha = .868$  para la sub-escala de insatisfacción corporal, y de  $\alpha = .897$  para la sub-escala de motivación para adelgazar.

**Cuestionario sobre actividades relacionadas con el control del peso corporal propio.** Este cuestionario se creó ex profeso con la finalidad de conocer la frecuencia con la cual las madres realizan actividades para controlar su propio peso corporal. Consta de un listado de 17 actividades para controlar el peso corporal que de acuerdo con Fulkerson et al. (2002) pueden ser consideradas saludables (por ejemplo hacer ejercicio, comer frutas y verduras, y evitar el consumo de dulces y de comida alta en grasas) o poco saludables (por ejemplo ayunar, comer poca comida o tomar diuréticos). El formato del instrumento fue tipo Likert de cuatro puntos en función de la frecuencia de realización de las actividades: nunca, una o dos veces al mes, una vez a la semana, y más de una vez a la semana (con valores de 1 a 4, de nunca a más de una vez a la semana). Se realizó un

piloteo en el cual participaron 29 madres con edades entre 24 y 58 años de edad ( $M = 38.2$ ;  $D.E. = 7.5$ ), a quienes se les presentó dos veces el listado de actividades, cada uno con una instrucción distinta: (1) “¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades con la finalidad de bajar de peso o mantenerse en su peso actual?” y (2) “¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades por otras razones que no sean bajar de peso ni mantenerse en su peso actual (por ejemplo para estar saludable o sentirse con más energía, etc.)?”. Con los resultados del piloteo se realizaron pruebas  $t$  para muestras relacionadas para comparar las respuestas de las participantes para cada Reactivo en una y en otra versión del instrumento. Se realizó el ajuste de Bonferroni para el nivel de significancia, quedando en .003 para 17 comparaciones. No se encontraron diferencias significativas entre las respuestas dadas a las dos preguntas, por lo cual se decidió dejar una sola: “¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades?” ante las 17 actividades relacionadas con el control del peso corporal. Se probó la consistencia interna del instrumento con los datos de las 168 madres que participaron en el estudio, obteniéndose un  $\alpha = .604$  para la sub-escala de realización de actividades saludables, y de  $\alpha = .559$  para la sub-escala de realización de actividades poco saludables. Se obtiene un puntaje total sumando los puntajes de todos los Reactivos, de tal forma que a mayor puntaje mayor realización de actividades relacionadas con el control del peso corporal.

**Cuestionario de alimentación infantil (Child Feeding Questionnaire, CFQ).** Diseñado por Johnson y Birch (1994), y validado y publicado por Birch et al. (2001), este instrumento se utilizó con el propósito de evaluar la preocupación de las madres por el peso de sus hijos, así como el control alimentario (restricción alimentaria y presión para comer) que llevan a cabo. El instrumento consta de siete factores (responsabilidad percibida, peso percibido del padre, peso percibido del hijo, preocupación por el peso del hijo, restricción alimentaria, presión para comer y monitoreo). Dados los objetivos del estudio, se utilizaron las sub-escalas de preocupación por el peso del hijo, restricción alimentaria y presión para comer. La sub-escala de preocupación por el peso del hijo consta de tres Reactivos en formato tipo Likert de cuatro puntos: nada preocupada, un poco preocupada, preocupada, y muy preocupada. Las sub-escalas de presión para comer y de restricción alimentaria están conformadas por cuatro y cinco Reactivos, respectivamente; ambas se presentaron en formato tipo Likert de cuatro puntos: total desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3 y total acuerdo = 4. En un primer momento, un grupo de cinco expertos en el área de psicología y alimentación tradujo el cuestionario del inglés al español. Posteriormente, el instrumento se piloteó con 29 mujeres con edades comprendidas entre 24 y 58 años de edad ( $M = 38.2$ ;  $DE = 7.5$ ); todas ellas madres de al menos un hijo en edad escolar (entre 7 y 11 años de edad). A las participantes se les pidió responder el cuestionario y, adicionalmente,



informar si habían tenido dificultades para responder algún Reactivo. No se encontraron dificultades en la comprensión del instrumento. Con los datos obtenidos en el piloteo se obtuvo una consistencia interna de  $\alpha = .81$  para la sub-escala de preocupación por el peso del hijo;  $\alpha = .68$  para la sub-escala de restricción alimentaria, y  $\alpha = .67$  para la sub-escala de presión para comer, por lo cual se conservaron todos los Reactivos. Se probó la consistencia interna del instrumento con los datos de las 168 madres que participaron en el estudio, obteniéndose valores Alfa de Cronbach de .83, .74 y .66, para las sub-escalas de preocupación por el peso del hijo, restricción alimentaria y presión para comer, respectivamente. Se obtiene un puntaje para cada sub-escala sumando los puntajes de los Reactivos pertenecientes a cada una, de tal forma que a mayor puntaje mayor restricción alimentaria o presión para comer.

**Cuestionario sobre la forma de control alimentario ejercido hacia los hijos.** Este cuestionario se creó ex profeso a partir de los indicadores que proponen Ogden et al. (2006) sobre las formas de control alimentario abierto y encubierto que ejercen las madres sobre sus hijos. Se diseñaron ocho Reactivos tipo Likert (cuatro de control abierto y cuatro de control encubierto) con opciones de respuesta nunca o casi nunca, en ocasiones, frecuentemente y casi siempre o siempre. El instrumento se piloteó con 29 mujeres con edades entre 24 y 58 años de edad ( $M = 38.2$ ;  $DE = 7.5$ ), todas

ellas madres de al menos un hijo en edad escolar. En la sub-escala de control alimentario abierto se obtuvo un  $\alpha = .78$ , y en la sub-escala de control alimentario encubierto se obtuvo un  $\alpha = .82$ . Posteriormente, con los datos de la presente investigación se realizó un análisis factorial exploratorio ( $KMO = .845$ ; comunalidades  $\geq .566$ ) en el que se introdujeron los ocho Reactivos del instrumento. Se formaron dos factores que en conjunto explicaron el 66.54% de la varianza. Se probaron rotaciones ortogonal y oblicua, y dado que se obtuvo una  $r = .530$  entre ambos factores, se utilizó rotación oblicua mediante el método direct oblmin. Los Reactivos se organizaron de la manera en la que se planeó teóricamente: cuatro Reactivos conformaron el factor de control abierto, y cuatro Reactivos el factor de control encubierto de la alimentación. Los Reactivos, cargas factoriales, varianza explicada y consistencia interna de cada factor se presentan en la Tabla 5. Se obtiene un puntaje para cada sub-escala sumando los puntajes de los Reactivos de cada una, de tal forma que a mayor puntaje mayor control abierto o control encubierto de la alimentación.

Tabla 5

*Organización factorial y consistencia interna del cuestionario sobre la forma de control alimentario ejercido hacia los hijos.*

Factor	Variable	Carga factorial
I. Control encubierto 52.21% de la varianza explicada $\alpha = .85$	Procuro no llevar alimentos <i>chatarra</i> a casa (por ejemplo papitas, dulces, etc.)	.966
	Evito ir con mi hijo(a) a restaurantes en donde él/ ella podría consumir alimentos “chatarra”	.796
	Evito comprar algunos alimentos “chatarra” que a mí se me antojan, con tal de que mi hijo(a) no los consuma	.747
	Procuro no comer alimentos “chatarra” cuando mi hijo(a) está cerca	.734
II. Control abierto 14.33% de la varianza explicada $\alpha = .80$	Mi hijo sólo tiene permiso de comer los alimentos que yo le indico	.858
	Mi hijo(a) sólo tiene permiso de comer ciertas cantidades de alimentos	.774
	Mi hijo(a) sólo tiene permiso de comer a ciertas horas o en ciertos momentos del día	.750
	Mi hijo(a) sólo tiene permiso de comer en ciertos lugares	.725

**Inventario de esquemas sobre la apariencia (Appearance Schemas Inventory, ASI-R).** Se utilizó para evaluar la preocupación de las madres por la apariencia física propia. Fue diseñado por Cash (2003) para evaluar las creencias que tienen los individuos acerca de la importancia, significado

e influencia que tiene la apariencia física en su vida. El instrumento está conformado por 20 Reactivos tipo Likert de cuatro puntos (1 = total desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = total acuerdo) y consta de dos factores: (a) Importancia motivacional de la apariencia, que se refiere a una preocupación normal por el cuidado de la apariencia física, y (b) Importancia auto-evaluativa de la apariencia, que se refiere a una preocupación excesiva por la apariencia física. Se obtiene un puntaje total sumando los puntajes de todos los Reactivos, de tal forma que a mayor puntaje mayor preocupación por la apariencia física propia. Traduje este instrumento del inglés al español, y posteriormente por medio de un jueceo con expertos en el área de psicología y alimentación se verificó que los Reactivos fueran claros y que el contenido de éstos se mantuviera conforme a la versión original en inglés. Se realizó un piloteo con 29 mujeres con edades entre 24 y 58 años de edad ( $M = 38.2$ ;  $D.E. = 7.5$ ); en esta aplicación se encontró que 12 de los 20 Reactivos correlacionaron con valores bajos ( $r < .30$ ) con el total del instrumento. Se consideró la posibilidad de que ello se hubiese debido a la incomprensión de Reactivos que incluían dobles negativos (por ejemplo “Vestirme bien no es una prioridad para mí”). Esos Reactivos se modificaron cuidando que quedaran en sentido afirmativo (por ejemplo “Vestirme bien es una prioridad para mí”). Se conservaron todos los Reactivos, excepto el ítem número 15 (“Si cierto día no me gusta cómo me veo, es difícil que me sienta feliz en otros

aspectos”), el cual se eliminó porque al quitar la negación éste quedaba idéntico al ítem número 8. Una vez modificado el instrumento, se aplicó a 46 mujeres con edades comprendidas entre 24 y 58 años ( $M = 39.8$ ,  $DE = 9.3$ ). Con los datos de este segundo piloteo se encontró que el Reactivo “Tengo estándares altos cuando se trata de mi apariencia física” correlacionó bajo ( $r = .08$ ) con el puntaje de la sub-escala a la cual pertenecía (importancia auto-evaluativa), por lo cual se eliminó del instrumento. Se probó la organización factorial del instrumento y su consistencia interna con los datos de las 168 madres que participaron en el estudio, para lo cual se realizó un análisis factorial exploratorio ( $KMO = .817$ , comunalidades  $\geq .452$ ) en el que se introdujeron los 18 Reactivos del instrumento. Se formaron cuatro factores que en conjunto explicaron el 57.88% de la varianza. Se probaron rotaciones ortogonal y oblicua, y dado que se encontraron correlaciones con valores  $r < .30$  entre los factores, se utilizó una rotación ortogonal mediante el método Varimax. Se eliminaron los Reactivos 1 y 8 porque fueron los únicos que se agruparon en un cuarto factor con cargas superiores a .40. También se eliminaron los Reactivos 12 y 13, porque sus cargas factoriales fueron mayores a .50 en dos factores a la vez. El primer factor se denominó importancia motivacional (constituido por seis Reactivos); el segundo se denominó comparación de la apariencia física (cuatro Reactivos); y el tercero se denominó Influencia social y emocional (tres Reactivos). En conjunto, los tres factores explicaron el 59.58% de la varianza. Los

Reactivos, cargas factoriales, varianza explicada y consistencia interna de cada factor se presentan en la Tabla 6. Se obtiene un puntaje para cada sub-escala sumando los puntajes de los Reactivos de cada una, de tal forma que a mayor puntaje mayor importancia motivacional, comparación de la apariencia física e influencia de la apariencia física para eventos sociales y emocionales.

### **Cuestionario sobre la preocupación por la apariencia física del hijo.**

Este instrumento se construyó ex profeso, basado en el ASI-R (Cash, 2003), que mide la preocupación del individuo por su propia apariencia física, anteriormente descrito. Los 20 Reactivos que componen al ASI-R se modificaron dirigiendo el contenido hacia la preocupación por la apariencia física del hijo, en vez de hacia la apariencia física propia (por ejemplo, “La apariencia física de mi hijo es responsable de mucho de lo que me ha pasado en la vida”). El instrumento tiene formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (1 = total desacuerdo, 2 = desacuerdo, 3 = acuerdo y 4 = total acuerdo); se obtiene un puntaje total con la suma de todos los Reactivos, de tal forma que a mayor puntaje mayor es la preocupación materna por la apariencia física del hijo. El instrumento se piloteó con 29 mujeres con edades entre 24 y 58 años ( $M = 38.2$ ;  $D.E. = 7.5$ ), todas ellas con al menos un hijo en edad escolar. A partir de los resultados obtenidos en el piloteo, se conservaron únicamente 13 de los 20 Reactivos iniciales

por ser los que obtuvieron correlaciones ítem-total superiores a .30 (entre .34 y .76), y en conjunto presentaron un  $\alpha = .86$ . Se probó la consistencia interna y la organización factorial del instrumento con los datos de las 168 madres que participaron en el estudio. Se encontró que cuatro Reactivos correlacionaban bajo ( $<.20$ ) con el puntaje total del instrumento, por lo cual se eliminaron. Se realizó un análisis factorial ( $KMO = .828$ ). Se eliminó un Reactivo más por presentar una comunalidad de .320. Con los ocho Reactivos restantes se realizó el análisis factorial ( $KMO = .818$ , comunalidades  $\geq .507$ ) con rotación ortogonal mediante el método varimax (se probó la rotación oblicua mediante el método direct oblmin, pero la correlación entre factores fue baja,  $r = .22$ ). Se obtuvieron dos factores, que en conjunto explicaron el 57.67% de la varianza; el primero se denominó influencia sobre eventos sociales y emocionales, y el segundo comprobación constante de la apariencia física. En la Tabla 7 se reportan los Reactivos que conformaron cada factor, la varianza explicada y el alfa de Cronbach correspondiente. Se obtiene un puntaje para cada sub-escala sumando los puntajes de los Reactivos de cada una, de tal forma que a mayor puntaje mayor influencia de la apariencia sobre eventos sociales y emocionales y mayor frecuencia de comprobación de la apariencia física del hijo.

Tabla 6

*Organización factorial y consistencia interna del Inventario de esquemas sobre la apariencia.*

Factor	Variable	Carga factorial
I. Importancia motivacional  34.68% de la varianza explicada $\alpha = .81$	3 Trato de verme lo más bonita que puedo	.784
	4 Presto mucha atención a la forma en que me veo	.759
	15 Antes de salir de casa me aseguro de verme tan bien como puedo	.748
	16 La forma en que me veo es una parte importante de la persona que soy	.660
	6 Frecuentemente me veo en el espejo para asegurarme de que me veo bien	.597
	11 Vestirme bien es una prioridad para mí	.594
II. Comparación de la apariencia física  19.27% de la varianza explicada $\alpha = .79$	5 Frecuentemente comparo mi apariencia física con la de otras personas que veo	.863
	7 Cuando algo me hace sentir bien o mal respecto a mi apariencia física, tiendo a pensar mucho en ello	.726
	2 Cuando encuentro gente que se ve bien, me pregunto qué tan bien me veo yo	.715
	14 Fantaseo acerca de cómo sería yo si mi apariencia física fuera mejor	.697
III. Influencia sobre eventos sociales y emocionales  11.54% de la varianza explicada $\alpha = .73$	18 Mi apariencia física es la responsable de mucho de lo que me ha pasado en la vida	.837
	17 Controlando mi apariencia física puedo controlar muchos de los eventos sociales y emocionales de mi vida	.763
	10 Mi apariencia física ha tenido mucha influencia en mi vida	.692



Tabla 7

*Organización factorial y consistencia interna del Cuestionario sobre preocupación por la apariencia física del hijo.*

Factor	Variable	Carga factorial
I. Influencia sobre eventos sociales y emocionales  34.89% de la varianza explicada $\alpha = .790$	8 En mi vida diaria pasan muchas cosas que me hacen pensar acerca de cómo se ve mi hijo(a)	.770
	9 Si cierto día no me gusta cómo se ve mi hijo(a), es difícil que me sienta feliz en otros aspectos	.765
	12 Controlando la apariencia física de mi hijo(a) puedo controlar muchos de los eventos sociales y emocionales de mi vida	.761
	11 La forma en que se ve mi hijo(a) es una parte importante de la persona que soy	.668
	5 Si cierto día me gusta cómo se ve mi hijo(a), entonces es fácil sentirme feliz en otros aspectos	.634
II. Comprobación constante de la apariencia física  22.78% de la varianza explicada $\alpha = .565$	4 Frecuentemente compruebo que mi hijo(a) se vea bien	.786
	1 Empleo poco tiempo ocupándome de la apariencia física de mi hijo(a)	.716
	2 Trato de que mi hijo(a) se vea tan atractivo físicamente como se pueda	.638

**Cuestionario sobre verbalizaciones acerca del peso corporal y la apariencia física.** Este cuestionario se creó ex profeso con la finalidad de evaluar la transmisión directa de creencias maternas acerca del peso corporal y la apariencia física. Consta de 13 Reactivos cuyo contenido incluye verbalizaciones acerca de los cuerpos delgados y obesos, de la apariencia física de otras personas, y de la apariencia física del hijo. El contenido y el diseño de los Reactivos fueron sometidos al jueceo de un grupo de cinco expertos en el área de psicología y alimentación. El formato de respuesta de los Reactivos es tipo Likert de cuatro puntos (nunca o casi nunca = 1, en ocasiones = 2, frecuentemente = 3 y casi siempre o siempre = 4); se obtiene un puntaje con la suma de todos los Reactivos, de tal forma que a mayor puntaje mayor es la frecuencia de verbalizaciones maternas acerca del peso corporal y la apariencia física. El instrumento se piloteó con 29 mujeres con edades entre 24 y 58 años de edad ( $M = 38.2$ ;  $DE = 7.5$ ), para verificar que los Reactivos fueran comprendidos por las participantes. Con los datos del piloteo se obtuvieron correlaciones ítem-total con valores entre .45 y .86, y un  $\alpha = .89$ . Se probó la organización factorial y la consistencia interna del instrumento con los datos de las 168 madres que participaron en el estudio, para lo cual se realizó un análisis factorial exploratorio ( $KMO = .860$ ). Se eliminó el Reactivo uno, debido a que su comunalidad fue  $< .45$ . Con los 12 Reactivos restantes el valor de las comunalidades fue  $\geq .551$ . Se probaron las rotaciones oblicua y ortogonal, y

se decidió emplear rotación ortogonal con el método varimax, debido a que la correlación entre factores fue baja ( $< .30$ ). Se obtuvieron tres factores que en conjunto explicaron el 70.56% de la varianza. El primer factor se denominó verbalizaciones sobre la apariencia física de otras personas; el segundo verbalizaciones sobre la musculatura; y el tercero verbalizaciones sobre el peso corporal y la apariencia física del hijo. En la tabla 8 se reportan los Reactivos que conformaron cada factor, la varianza explicada y el alfa de Cronbach correspondiente. Se obtiene un puntaje para cada sub-escala sumando los puntajes de los Reactivos de cada una, de tal forma que a mayor puntaje mayor frecuencia de verbalizaciones acerca de la apariencia física en general, de la musculatura, y de la apariencia física del hijo.

Tabla 8

*Organización factorial y consistencia interna del Cuestionario sobre verbalizaciones acerca del peso corporal y la apariencia física.*

Factor	Variable	Carga factorial
I. Sobre la apariencia física de otras personas  34.89% de la varianza explicada	8 Comento con mi hijo(a) acerca de lo bien o mal que se ven los cuerpos obesos	.818
	12 Le digo a mi hijo(a) que es importante tener una buena apariencia física	.768
	11 Platico con mi hijo(a) sobre la importancia de tener cierto peso corporal	.725
	6 Comento con mi hijo(a) acerca de lo bien o mal que se ven los cuerpos delgados	.681
	9 Platico con mi hijo(a) acerca de métodos para bajar de peso	.519
II. Sobre la musculatura	3 Motivo a mi hijo(a) para que él(ella) gane musculatura	.877
	5 Le expreso a mi hijo(a) que él(ella) se vería mejor si ganara musculatura	.816
	10 Platico con mi hijo(a) acerca de métodos para ganar musculatura	.733
III. Sobre el peso y la apariencia física del hijo	2 Motivo a mi hijo(a) para que él(ella) baje de peso	.845
	4 Le expreso a mi hijo(a) que él(ella) se vería mejor si bajara de peso	.837
	13 Le llamo la atención a mi hijo(a) si se desarregla en su vestimenta	.557

**B) Instrumentos para evaluar al grupo de niños.** Para evaluar las actitudes y conductas de los niños acerca del control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física, se consideraron las actitudes y conductas que dirigen hacia sí mismos, y las conductas que perciben que llevan a cabo sus madres. En la tabla 9 se enlistan los instrumentos utilizados para evaluar al grupo de niños, y en el Apéndice C pueden consultarse.

Tabla 9

*Instrumentos utilizados para evaluar al grupo de niños.*

Variables	Instrumentos
Estigmatización de la obesidad	Se conformó un cuestionario para mujeres adultas sobre estigmatización de la obesidad utilizando las figuras de Collins (1991).
Actitudes y conductas relacionadas con el control del peso corporal	<p>Para evaluar las conductas maternas que los niños perciben</p> <p>Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de las conductas relacionadas con el control del peso corporal de las madres (ex profeso).</p> <p>Cuestionario de alimentación infantil para niños (KCFQ; Carper et al., 2000).</p> <p>Para evaluar las actitudes y conductas que los niños dirigen hacia sí mismos</p> <p>Continuo de figuras corporales de niños para evaluar satisfacción corporal (Collins, 1991).</p> <p>Cuestionario para evaluar las actividades que llevan a cabo los niños para controlar su propio peso corporal (ex profeso).</p>

Tabla 9

*Instrumentos utilizados para evaluar al grupo de niños (Continuación)*

Variables	Instrumentos
Preocupación por la apariencia física	<p>Para evaluar las conductas maternas que los niños perciben</p> <p>Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de la preocupación de sus madres por la apariencia física de ellas mismas (ex profeso).</p> <p>Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de la preocupación de sus madres por la apariencia física de ellos (ex profeso).</p> <p>Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de las verbalizaciones maternas respecto del peso corporal y la apariencia física (ex profeso).</p> <p>Para evaluar las actitudes y conductas que los niños dirigen hacia sí mismos</p> <p>Cuestionario sobre la preocupación de los niños acerca de su propia apariencia física (ex profeso).</p>

**Cuestionario para niños sobre estigmatización de la obesidad.** Este instrumento se diseñó ex profeso con el objetivo de evaluar la estigmatización de la obesidad en los niños. Consta de tres figuras corporales procedentes de los conjuntos de figuras diseñadas por Collins (1991) para evaluar insatisfacción corporal; se utilizaron las figuras correspondientes a las representaciones de cuerpos de niños y niñas y, al igual que con el instrumento para las madres, se utilizaron la segunda, la cuarta y la sexta figuras de cada continuo para representar a los niños delgado(a), normopeso y obeso(a), respectivamente. Cada figura se

presentó en una tarjeta con dimensiones de 17.5 cm de altura x 10.5 cm de ancho.

En un primer momento se utilizó el mismo listado de adjetivos que se empleó en el Cuestionario sobre estigmatización de la obesidad para mujeres adultas (diseñado también para este estudio). La pregunta que se planteó fue: "Si este niño existiera de verdad, ¿qué tan (cada uno de los adjetivos) sería?". Las opciones de respuesta fueron nada, un poco, bastante y mucho. Para facilitar la comprensión de las opciones de respuesta, así como para que pudieran recordarlas, a los niños se les mostró una tarjeta en la cual aparecían cuatro barras sombreadas en diferente grado para representar cada una de las opciones de respuesta. Los niños podían responder verbalmente o señalar la barra que representara su respuesta. En el piloteo del instrumento participaron 33 niños (18 niñas y 15 niños), con edades entre 7 y 11 años de edad ( $M = 8.5$ ;  $DE = 1.4$ ). A los participantes se les presentó cada una de las figuras de su mismo sexo, y se les preguntó: "¿Cómo te imaginas que sería este(a) niño(a) si existiera de verdad?". Tras lo cual se les mencionó cada uno de los adjetivos para que evaluaran a la figura. Con la finalidad de verificar que los términos fueran comprendidos, se les preguntó a los niños el significado de cada uno de los adjetivos. Si se encontraba que algún adjetivo no era comprendido, se empleaba un sinónimo. Finalmente, se les preguntó a los niños si tener cada una de esas características era bueno (positivo) o malo

(negativo). En la Tabla 10 se presentan los adjetivos tal como se les mencionaron inicialmente a los niños, la calificación positiva o negativa que los niños le asignaron a cada uno de los adjetivos, así como la forma final de cada Reactivo, que fue la manera en la cual todos los niños comprendieron el significado de los adjetivos –se modificaron los adjetivos atractivo, enfermizo, inseguro y honesto; el adjetivo perezoso se presentó como perezoso o lento, debido a que algunos niños comprendían una forma, pero no la otra; el adjetivo lento se dividió en dos Reactivos debido a que varios niños preguntaban si se hacía referencia a ser lento para la escuela o lento para los deportes.

Cada Reactivo se puntúa de 1 a 4, otorgándole el mayor puntaje a la opción e respuesta que denota mayor estigmatización. El puntaje de todos los Reactivos se suma para obtener un puntaje total del instrumento, de tal forma que a mayor puntaje mayor es la estigmatización de la figura corporal evaluada. Se probó la consistencia interna del instrumento con los datos de los 168 niños que participaron en el estudio, obteniéndose un  $\alpha = .802$ .



Tabla 10

*Reactivos del cuestionario para niños sobre estigmatización de la obesidad a partir de las observaciones del piloteo*

Adjetivo	Forma final del Reactivo	Calificación
Atractivo(a)	¿Qué tan bien se vería?	Positivo
Enfermizo(a)	¿Qué tanto se enfermaría?	Negativo
Ordenado(a)	¿Qué tan ordenado(a) sería?	Positivo
Inseguro(a)	¿Qué tanta confianza tendría en sí mismo(a)?	Positivo
Lento(a)	¿Qué tan lento(a) sería para los deportes?	Negativo
	¿Qué tan lento(a) sería para la escuela?	Negativo
Valiente	¿Qué tan valiente sería?	Positivo
Bonita/guapo	¿Qué tan bonita/guapo sería?	Positivo
Perezoso(a)	¿Qué tan perezoso(a) o flojo(a) sería?	Negativo
Feliz	¿Qué tan feliz sería?	Positivo
Cuidadoso(a)	¿Qué tan cuidadoso(a) sería?	Positivo
Inteligente	¿Qué tan inteligente sería?	Positivo
Fuerte	¿Qué tan fuerte sería?	Positivo
Honesto(a)	¿Qué tanto diría la verdad?	Positivo
Número de amigos	¿Qué tantos(as) amigos(as) tendría?	Positivo

**Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de las conductas relacionadas con el control del peso corporal de las madres.** Se crearon dos preguntas para conocer si los niños percibían las actividades que sus madres llevaban a cabo para controlar su propio peso corporal, ya fuera para bajar de peso o para aumentar musculatura. Las preguntas que se les

hicieron a los niños, fueron: (a) ¿Tú sabes si tu mamá hace o ha hecho algo para bajar de peso? y (b) ¿Tú sabes si tu mamá hace o ha hecho algo para aumentar el tamaño de sus músculos? Las opciones de respuesta fueron sí = 2 y no = 1, y en caso de responder afirmativamente se les preguntó qué había hecho su mamá para bajar de peso y/o aumentar el tamaño de sus músculos.

Esas dos preguntas se pilotearon con la finalidad de constatar que fueran comprendidas por los niños, y conocer el tipo de respuesta que daban a la pregunta abierta acerca de cuáles eran las actividades que realizaban sus madres. En el piloteo participaron 33 niños (18 niñas y 15 niños), con edades entre 7 y 11 años de edad ( $M = 8.5$ ;  $DE = 1.4$ ). Doce niñas y siete varones dijeron que sus madres habían hecho algo para bajar de peso, y las actividades mencionadas fueron la realización de ejercicio, ingesta de frutas y verduras, consumo de agua, evitación de dulces y de grasas, realización de ayunos, omisión de una comida al día, uso de laxantes y uso de productos que se anuncian en la televisión (sin mencionar cuáles). Asimismo, dos niñas y tres varones mencionaron que sus madres realizaban ejercicio o comían frutas, verduras o carne, con la finalidad de aumentar su musculatura. En el formato final del instrumento, para registrar las actividades específicas que mencionaran los niños, se enlistaron las mismas actividades que se incluyeron en el cuestionario sobre actividades relacionadas con el control del peso corporal aplicado a las madres.

**Cuestionario de alimentación infantil para niños (Kids Child Feeding Questionnaire, KCFQ).** Este instrumento fue construido por Carper et al. (2000) para evaluar la percepción de los niños acerca del control alimentario que sus padres ejercen hacia ellos. Para la construcción de los Reactivos de este instrumento se tomaron como base los Reactivos de las subescalas de restricción alimentaria y presión para comer del Cuestionario de Alimentación Infantil (CFQ, por sus siglas en inglés), que en este estudio se utilizó con el grupo de madres para evaluar el control alimentario que ejercen hacia sus hijos. Consta de 16 Reactivos con opciones de respuesta no = 0, a veces = 1 y sí = 2. Para esta investigación, el instrumento fue traducido del inglés al español, y posteriormente fue sometido a jueceo por un grupo de cinco expertos en el área de psicología y alimentación, con la finalidad de corroborar que los Reactivos mantuvieran el sentido original de la versión en inglés. El cuestionario ya traducido se piloteó con 33 niños (18 niñas y 15 niños), con edades entre 7 y 11 años de edad ( $M = 8.5$ ;  $DE = 1.4$ ). Con los datos del piloteo se encontró que dos Reactivos pertenecientes a la sub-escala de restricción alimentaria (“¿Tu mamá te da permiso de que dejes comida en tu plato?” y “Si estás con tu mamá, y le dices que quieres algo de comer, ¿te deja escoger la comida que tú quieras?”) correlacionaron bajo ( $r < .30$ ) con el puntaje total del instrumento, por lo cual se eliminaron, quedando así siete Reactivos para evaluar la percepción de los niños acerca de la restricción alimentaria que ejercen sus

madres hacia ellos ( $\alpha = .79$ ). En la sub-escala de presión para comer, cinco de los siete Reactivos correlacionaron bajo con el puntaje total del instrumento, por lo cual se revisó nuevamente la redacción de los Reactivos. Se encontró que algunos Reactivos se referían a situaciones muy específicas; por ejemplo, en la sub-escala de restricción alimentaria un Reactivo era “¿Tu mamá te dice cosas como: ‘has comido lo suficiente por ahora, deja de comer?’”, por lo cual se consideró la posibilidad de que los niños estuvieran considerando sólo situaciones en las que la madre pronunciara exactamente lo que se decía en el instrumento, sin considerar verbalizaciones similares que pudieran tener el mismo objetivo. En consecuencia, se realizaron algunas modificaciones a los Reactivos; así, en el Reactivo del ejemplo la redacción resultante fue “¿Tu mamá te pide que dejes de comer porque piensa que ya has comido lo suficiente?”. En la sub-escala de restricción alimentaria únicamente se modificó ese Reactivo. En la Tabla 11 se muestran los Reactivos pertenecientes a la sub-escala de presión para comer que se modificaron.

Tabla 11

*Reactivos modificados de la sub-escala presión para comer del KCFQ*

Forma original	Forma modificada
<p>Cuando dices “no tengo hambre”, ¿tu mamá te dice: “tienes que comer de todas formas”?</p> <p>¿Tu mamá algunas veces dice: “creo que no has comido lo suficiente, necesitas comer más”?</p> <p>Si tú le dices a tu mamá que estás lleno y que no quieres comer más, ¿ella te dice: “necesitas comer más de todas formas”?</p>	<p>¿Tu mamá te pide que comas más aunque tú le digas que ya no tienes hambre?</p> <p>¿Tu mamá te dice que necesitas comer más porque no has comido lo suficiente?</p> <p>¿Tu mamá te dice que necesitas comer más aunque tú le digas que estás lleno(a) y que no quieres comer más?</p>

Se eliminaron del instrumento dos Reactivos en los que se hacía alusión al postre, uno de la sub-escala de restricción alimentaria, y otro de la sub-escala de presión para comer, debido a que durante el piloteo la mayoría de los niños reportaron ausencia de postre en las comidas. De esta forma, el instrumento quedó constituido por seis preguntas para evaluar percepción de restricción alimentaria, y seis Reactivos para evaluar la percepción de los niños acerca de la presión para comer que ejercen sus madres hacia ellos.

Se probó la distribución de las respuestas y la consistencia interna del instrumento con los datos de los 168 niños que participaron en el estudio.

Se encontró que el Reactivo 6 (“¿Tienes permiso de comer todas las papas, palomitas o Doritos que tú quieras?”), perteneciente a la sub-escala de restricción alimentaria, obtuvo valores de sesgo y curtosis elevados (1.724 y 1.936, respectivamente, debido a que el 75% de las respuestas se concentraron en la opción de respuesta no), por lo cual ese Reactivo se eliminó. También, se eliminaron los Reactivos 3 y 9 porque correlacionaron bajo con el puntaje total de la sub-escala ( $r = .137$  y  $r = .028$ , respectivamente). Así, para evaluar la percepción de los niños acerca de la restricción alimentaria que ejercen sus madres hacia ellos se conservaron los Reactivos 2, 8 y 11, con los cuales se obtuvo una consistencia interna de  $\alpha = .644$ . De la sub-escala presión para comer se eliminó el Reactivo 4, porque su correlación con el puntaje total de la sub-escala fue baja ( $r = .168$ ). De esta forma, para evaluar la percepción de los niños acerca de la presión para comer que ejercen sus madres hacia ellos se utilizaron los cinco Reactivos, que resultaron con una consistencia interna de  $\alpha = .650$ . Para la calificación del instrumento se obtiene un puntaje para cada sub-escala sumando los puntajes de los Reactivos de cada una, de tal forma que a mayor puntaje mayor percepción de presión para comer y de restricción alimentaria.

**Continuo de figuras corporales de niños para evaluar satisfacción corporal.** Para evaluar la satisfacción corporal de los niños se emplearon

las 7 figuras de Collins (1991) que representan las diferentes morfologías corporales tanto de niñas como de niños. Cada continuo de figuras se imprimió en una tarjeta con dimensiones de 11 cm de altura x 28 cm de ancho. A cada participante se le mostró el continuo de figuras de su propio sexo y se realizaron dos preguntas: ¿A cuál de estas figuras te pareces más? (denominada por Collins figura corporal real) y ¿A cuál de estas figuras te gustaría parecerte? (denominada por Collins figura corporal ideal). Las figuras se numeraron de 1 a 7, en donde 1 fue la figura corporal más delgada y 7 la figura obesa. Para determinar la satisfacción corporal de los niños se realizó una resta del valor de la figura corporal elegida como ideal menos el valor de la figura corporal elegida como real. La discrepancia resultante fue considerada como el indicador del grado de insatisfacción con el propio cuerpo. Los valores positivos indicaron que el ideal corporal del niño fue uno más grande que el tamaño corporal real, los valores negativos indicaron un ideal corporal más delgado que el tamaño corporal real, y el valor cero indicó satisfacción con la figura corporal real. El instrumento se piloteó con un grupo de 33 niños (18 niñas y 15 niños), con edades entre siete y 11 años de edad ( $M = 8.5$ ;  $DE = 1.4$ ) para verificar la comprensión de las instrucciones y el funcionamiento del instrumento en este grupo etario. Los datos del piloteo arrojaron que los varones tendieron a elegir a las figuras tercera y cuarta del continuo como figura real ( $M = 3.8$ ;  $DE = 1.1$ ) y en su mayoría reportaron que les gustaría parecerse a una figura igual o

apenas más delgada que la actual ( $M = 3.6$ ;  $DE = .91$ ), encontrándose una discrepancia entre la figura ideal y la real de  $M = -.2$  ( $DE = 1.0$ ). Las niñas tendieron a elegir a las figuras tercera, cuarta y quinta como figura real ( $M = 4.3$ ,  $DE = .83$ ) y reportaron que les gustaría parecerse a una figura de delgadez similar a la elegida por los varones ( $M = 3.8$ ;  $DE = 1.2$ ), encontrándose una discrepancia entre la figura ideal y la real de  $M = -.5$  ( $DE = 1.1$ ). Así, en el piloteo de este instrumento no se observaron dificultades para comprender las instrucciones y los resultados fueron similares a los obtenidos por Collins (1991).

**Cuestionario para evaluar las actividades que llevan a cabo los niños para controlar su propio peso corporal.** Se generaron dos preguntas para conocer si los niños habían realizado actividades para controlar su propio peso corporal, ya fuera para bajar de peso o para aumentar su musculatura. Las preguntas que se les hicieron a los niños fueron: (a) ¿Alguna vez has hecho algo para bajar de peso? y (b) ¿Alguna vez has hecho algo para aumentar el tamaño de tus músculos?, ambas con opciones de respuesta sí = 2 y no = 1. Sólo a quienes respondieron afirmativamente a una o a ambas preguntas, se les preguntó qué actividades habían realizado. Esas preguntas se pilotearon con 33 niños (18 niñas y 15 niños), con edades entre 7 y 11 años de edad ( $M = 8.5$ ;  $DE = 1.4$ ). Diez niñas y ocho niños dijeron que alguna vez habían realizado alguna actividad para bajar de peso



(comiendo frutas y verduras, evitando dulces y grasas, ejercitándose, ayunando o realizando menos de tres comidas al día). Asimismo, cinco niñas y diez niños dijeron haber realizado actividades para aumentar su musculatura (haciendo ejercicio, y comiendo carne, frutas y verduras). En el formato final del instrumento se enlistaron las actividades que mencionaron los niños durante el piloteo, con la finalidad de registrar las actividades específicas que mencionaran los niños.

**Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de la preocupación de sus madres por la apariencia física de ellas mismas.**

Este cuestionario se diseñó ex profeso con el objetivo de evaluar la percepción de los niños acerca de la preocupación de sus madres por la apariencia física de ellas mismas. Para su elaboración se tomó como base el Inventario de esquemas sobre la apariencia (ASI-R), utilizado para evaluar la preocupación de las madres por su propia apariencia física. De las 18 preguntas que integran el ASI-R, se utilizaron las cinco preguntas cuyo contenido se refiere a conductas que pueden ser percibidas por otras personas (por ejemplo, “Empleo mucho tiempo ocupándome de mi apariencia física”), y no solamente por la madre (por ejemplo, “Fantaseo acerca de cómo sería yo si mi apariencia física fuera mejor”). Esas cinco preguntas (Reactivos 1, 3, 6, 11 y 15 del ASI-R) se modificaron de forma tal que a los niños se les preguntó si sus madres llevaban a cabo dichas

actividades. Las opciones de respuesta fueron no sé = 0, no = 1 y a veces = 2. Se probó la consistencia interna del instrumento con los datos de los 168 niños que participaron en el estudio. Se obtuvo una consistencia interna de  $\alpha = .684$  para estos cinco Reactivos. Para la calificación del instrumento se obtiene un puntaje total sumando los puntajes de todos los Reactivos, de tal forma que a mayor puntaje mayor percepción de preocupación materna por la apariencia física de ellas mismas.

**Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de la preocupación de sus madres por la apariencia física de ellos.** Este

cuestionario también se creó ex profeso. Para ello, en un primer momento se le preguntó a un grupo de 33 niños (18 niñas y 15 niños, con edades entre 7 y 11 años de edad;  $M = 8.5$ ,  $DE = 1.4$ ) cómo sabían si sus madres se preocupaban por la apariencia física, tanto de sí mismas, como de ellos. Los datos indicaron que los niños asocian la preocupación por la apariencia física con aspectos como estar peinado, bien vestido, portar zapatos limpios, hacer ejercicio y comer frutas y verduras. Con base en ello, en este instrumento se recogieron dichos indicadores (referidos a qué tanto se fija la madre en cada uno de tales aspectos, y qué tanto se molesta si el niño no cumple con ellos), para evaluar la percepción de los niños acerca de la preocupación materna por la apariencia física de ellos. Se realizaron 13 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert de cuatro puntos: sí = 3,

algunas veces = 2, no = 1, y no sé = 0. Se probó la distribución de las respuestas y la consistencia interna del instrumento con los datos de los 168 niños que participaron en el estudio. Se obtuvo el sesgo y la curtosis de cada Reactivo, encontrando valores elevados en tres de los Reactivos debido a que entre el 71% y el 91% de las respuestas de los niños se concentró únicamente en una opción de respuesta (“sí”), motivo por el cual se eliminaron. Asimismo, se eliminaron otros tres Reactivos debido a que su correlación con el puntaje total del instrumento fue baja ( $r < .30$ ). Con los siete Reactivos restantes (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) se obtuvo una consistencia interna de  $\alpha = .747$ . Para la calificación del instrumento se obtiene un puntaje total sumando los puntajes de todos los Reactivos, de tal forma que a mayor puntaje mayor percepción de preocupación materna por la apariencia física de ellos.

**Cuestionario sobre la percepción de los niños acerca de las verbalizaciones maternas acerca del peso corporal y la apariencia física.** Este cuestionario se creó para el presente estudio, con la finalidad de evaluar la percepción de los niños acerca de las verbalizaciones que realizan sus madres acerca del peso corporal y la apariencia física. Para ello, se tomaron como base los Reactivos del Cuestionario sobre verbalizaciones acerca del peso corporal y la apariencia física, creado ex profeso para esta investigación y que fue aplicado a las madres. A los niños

se les preguntó si sus madres realizaban cada una de esas verbalizaciones. Se crearon 13 Reactivos con los cuales se evaluaron tres dimensiones, las cuales se organizaron ex profeso de la misma manera que los reactivos del cuestionario de sobre verbalizaciones acerca del peso corporal y la apariencia física aplicado a las madres: (a) percepción de verbalizaciones sobre la apariencia física de otras personas, Reactivos 6, 8, 9, 11 y 12; (b) percepción de verbalizaciones sobre la musculatura, Reactivos 3, 5 y 10; (c) percepción de verbalizaciones sobre el peso y la apariencia física de los niños, Reactivos 2, 4 y 13. Las opciones de respuesta de los Reactivos fueron sí = 2, a veces = 1 y no = 0. Para la calificación del instrumento se obtiene un puntaje para cada sub-escala sumando los puntajes de los Reactivos de cada una, de tal forma que a mayor puntaje mayor percepción de verbalizaciones sobre la apariencia física de otras personas, sobre la musculatura y sobre la apariencia física de los niños. Con los datos obtenidos en este estudio, se obtuvo una consistencia interna de  $\alpha = .604$ ,  $.734$  y  $.422$  para cada dimensión, respectivamente.

**Cuestionario sobre la preocupación de los niños acerca de su propia apariencia física.** Se elaboró para la presente investigación, tomando como base el ASI-R (Cash, 2003), con el cual se evaluó la preocupación de las madres por su propia apariencia física. Se realizaron modificaciones en el vocabulario de algunos Reactivos del ASI-R, con la finalidad de que el

instrumento pudiera ser comprendido por los niños (por ejemplo, el Reactivo “Vestirme bien es una prioridad para mí” se cambió por “¿Vestirte bien es muy importante para ti?”). Se eliminaron tres preguntas que, a juicio de un grupo de cinco expertos en el área de psicología y alimentación, no eran aplicables a los niños (“Mi apariencia ha tenido poca influencia en mi vida”, “Controlando mi apariencia física puedo controlar muchos de los eventos sociales y emocionales de mi vida” y “Mi apariencia física es la responsable de mucho de lo que me ha pasado en la vida”). Las opciones de respuesta del cuestionario fueron sí = 2, a veces = 1 y no = 0. El instrumento se piloteó con 33 niños (18 niñas y 15 niños), con edades entre 7 y 11 años de edad ( $M = 8.5$ ;  $DE = 1.4$ ). Se revisó la correlación de cada ítem con el total, y se eliminaron aquellos con valores menores a .30. De los 18 Reactivos, en un primer análisis 11 Reactivos superaron este punto de corte. En un segundo análisis se eliminaron bajo el mismo criterio otros tres Reactivos, quedando constituido el instrumento final por ocho Reactivos, con una consistencia interna de  $\alpha = .79$ . Con los datos obtenidos se factorizaron los Reactivos. Se obtuvo un  $KMO = .781$ , pero sólo cinco de los ocho Reactivos (1, 2, 4, 6 y 7) presentaron comunalidades  $> .45$ , por lo cual no se llevó a cabo la factorización de los Reactivos. La consistencia interna del instrumento fue de  $\alpha = .739$ . Para la calificación del instrumento se obtiene un puntaje total sumando los puntajes de todos los Reactivos, de tal forma que a mayor puntaje mayor preocupación de los niños por su propia apariencia física.

## **2.9. Procedimiento**

A las 237 madres que dieron su autorización para participar, se les envió con sus hijos el conjunto de cuestionarios correspondientes a las madres (dentro de un sobre que daba la posibilidad de devolverlo cerrado), para que ellas los respondieran y los devolvieran por medio de sus hijos a las autoridades escolares.

También se aplicaron los cuestionarios, de manera individual, a los 237 niños cuyas madres dieron autorización para que participaran en el estudio. La aplicación de los instrumentos para los niños fue realizada por la investigadora y por dos aplicadores entrenados para tal fin, en las instalaciones escolares, fuera del salón de clases, en áreas donde sus compañeros no podían acercarse a ellos durante la aplicación. Antes de iniciar se les preguntó si querían participar, a lo que todos respondieron afirmativamente; se les explicó que responderían algunas preguntas sobre actividades que los niños y las mamás pueden llevar a cabo, se les aclaró que no habría respuestas buenas ni malas, y que si en algún momento ya no querían seguir respondiendo, sólo tenían que decirlo y se suspendería el trabajo sin consecuencias para ellos. Ningún niño solicitó la interrupción de la aplicación, misma que se llevó entre 20 y 25 minutos por niño para los alumnos de segundo y tercer grado escolar, y entre 15 y 20 minutos por niño para los alumnos de cuarto y quinto grado escolar. Debido a los

objetivos del estudio, únicamente se trabajó con los datos de los 168 hijos de las madres cuyos cuestionarios se tomaron en cuenta.

Los directivos de cada una de las escuelas proporcionaron los datos de talla y peso obtenidos días antes por los profesores de educación física utilizando una báscula con estadímetro.

## **2.10. Análisis estadísticos**

Para determinar las asociaciones entre las actitudes y las conductas maternas y de los niños, se realizaron correlaciones parciales en las que se ajustó por peso, sexo y edad. Posteriormente, con la finalidad de realizar comparaciones entre grupos de niños que percibían o no percibían diferentes conductas maternas, y comparaciones entre sexos, se realizaron pruebas *t* para muestras independientes. Finalmente, se realizaron regresiones lineales múltiples mediante el método introducir para conocer el valor predictivo de las variables evaluadas sobre la satisfacción corporal de los niños y la estigmatización de la obesidad.

### III. Resultados

En el estudio participaron un total de 168 diadas madre-hijo (94 niñas y 74 varones). La edad de las madres se encontró entre los 25 y los 52 años ( $M = 38.1$ ,  $DE = 5.8$ ), mientras que la edad de los niños se eligió entre los 7 y los 11 años de edad ( $M = 8.9$ ,  $DE = 1.3$ ); la media de edad de las niñas fue 9.0 ( $DE = 1.2$ ) y la de los varones 8.8 ( $DE = 1.3$ ), no existiendo diferencias significativas en la edad entre sexos  $t(166) = 1.247$ ,  $p = .214$ ). En la Tabla 12 se describen las características de los participantes según la escuela de procedencia de los niños.

Tabla 12

*Descripción de los participantes según escuela de procedencia*

		Tipo de escuela	
		Pública	Privada
Diadas (n)		74	94
Sexo niños	Niñas	41 (55.4%)	53 (56.4%)
	Varones	33 (44.6%)	41 (43.6%)
Edad	Madres	25 a 50 años	30 a 52 años
		( $M = 36.8$ , $DE = 6.3$ )	( $M = 39.0$ , $DE = 5.3$ )
	Niñas	7 a 11 años	7 a 11 años
		( $M = 8.9$ , $DE = 1.1$ )	( $M = 9.2$ , $DE = 1.3$ )
	Varones	7 a 11 años	7 a 11 años
		( $M = 9.0$ , $DE = 1.4$ )	( $M = 8.6$ , $DE = 1.3$ )



A continuación se presentan los resultados para cada uno de los objetivos.

**3.1. Objetivo 1.** Indagar si existe relación entre las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia su propio peso corporal y apariencia física, y las actitudes y conductas que dirigen hacia el peso corporal y la apariencia física de sus hijos.

Las actitudes y conductas contempladas en este objetivo, de acuerdo a las sub-escalas de los cuestionarios, se presentan en la Tabla 13.

Tabla 13

*Actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sí mismas y hacia sus hijos*

Actitudes		Conductas	
Hacia sí mismas	Hacia sus hijos	Hacia sí mismas	Hacia sus hijos
<i>Control del peso corporal</i>			
-Insatisfacción corporal	-Preocupación por el peso del hijo	-Actividades relacionadas con el control del peso corporal	-Restricción alimentaria
-Motivación para adelgazar			-Presión para comer
			-Control alimentario abierto
			-Control alimentario encubierto

Tabla 13

*Actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sí mismas y hacia sus hijos  
(Continuación)*

Actitudes		Conductas	
Hacia sí mismas	Hacia sus hijos	Hacia sí mismas	Hacia sus hijos
<i>Preocupación por la apariencia física</i>			
-Comparación de la apariencia física	-Influencia sobre eventos sociales y emocionales	-Importancia motivacional	-Comprobación constante de la apariencia física
-Influencia sobre eventos sociales y emocionales			-Verbalizaciones acerca del peso corporal y la apariencia física

Se realizaron correlaciones parciales para explorar la relación entre las actitudes que las madres dirigen hacia sí mismas y hacia sus hijos respecto al control del peso corporal y a la preocupación por la apariencia física. Las variables que se controlaron en el análisis fueron el peso corporal de la madre y del niño, el sexo del niño y la edad de ambos. En la Tabla 14 se observa que la insatisfacción corporal de las madres, su motivación para adelgazar y la preocupación por su propia apariencia física, se asociaron positivamente con su preocupación por el peso y por la apariencia física de sus hijos.

Tabla 14

*Correlaciones parciales entre las actitudes que las madres dirigen hacia sí mismas y hacia sus hijos, controlando peso corporal, edad y sexo*

Actitudes dirigidas hacia sí mismas	Actitudes maternas dirigidas hacia los hijos	
	Preocupación por el peso corporal	Influencia de la apariencia sobre eventos sociales y emocionales
Insatisfacción corporal	.295***	.266**
Motivación adelgazar	.290***	.205**
Comparación de la apariencia física	.266**	.408***
Influencia sobre eventos sociales y emocionales	.170*	.444***

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$

Posteriormente, mediante correlaciones parciales se exploró si las actitudes de las madres se relacionan con las conductas que dirigen hacia el control del peso corporal y la apariencia física de sus hijos. Las variables que se controlaron en el análisis fueron el peso corporal de la madre y del niño, el sexo del niño y la edad de ambos. Los resultados de las correlaciones parciales se muestran en la Tabla 15. Se encontró que las madres que se encuentran más preocupadas por el control de su peso corporal y por su apariencia física, tienden a restringir la alimentación de sus hijos,

especialmente de manera encubierta, y a cuidar más la apariencia física de ellos. Asimismo, una mayor preocupación de las madres por el control del peso corporal y de la apariencia física de sus hijos, se asocia con un mayor control sobre la alimentación de sus hijos (restricción alimentaria y presión para comer), tanto de manera abierta como de manera encubierta, y con una mayor realización de actividades para el cuidado de la apariencia de los hijos.

Se exploró, también mediante correlaciones parciales, la asociación entre las verbalizaciones maternas acerca del peso corporal y de la apariencia física y sus actitudes hacia el control del peso corporal y preocupación por la apariencia física, tanto de ellas mismas como de sus hijos. Las variables que se controlaron en el análisis fueron el peso corporal de la madre y del niño, el sexo del niño y la edad de ambos. Se encontró que una mayor insatisfacción corporal, mayor motivación para adelgazar, mayor preocupación por el peso de los hijos y una mayor preocupación materna por la apariencia física tanto propia como de los hijos, se asoció con un mayor número de verbalizaciones acerca de la apariencia física de otras personas, acerca de la musculatura y acerca de la apariencia física del niño. En la Tabla 16 se muestran los resultados de las correlaciones parciales.

Tabla 15

*Correlaciones parciales entre las actitudes de las madres y las conductas que dirigen hacia el control del peso corporal y la apariencia física de sus hijos, controlando peso corporal, edad y sexo*

Actitudes maternas	Conductas maternas dirigidas hacia los hijos				Comprobación constante de la apariencia
	Restricción	Presión	Control abierto	Control encubierto	
<i>Dirigidas hacia sí mismas</i>					
Insatisfacción corporal	.188*	.046	.072	.082	.054
Motivación para adelgazar	.179*	.081	.139	.171*	.031
Comparación	.292***	.161*	.069	.031	.162*
Influencia de la apariencia	.172*	.157*	-.032	-.019	.262**
<i>Dirigidas hacia sus hijos</i>					
Preoc. peso	.465***	.198*	.373***	.373**	.041
Influencia de la apariencia	.459***	.301***	.241**	.173*	.284***

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$

Tabla 16

*Correlaciones parciales entre las actitudes maternas y las verbalizaciones dirigidas hacia los hijos, controlando peso corporal, edad y sexo*

Actitudes maternas	Verbalizaciones maternas		
	Sobre apariencia física de otras personas	Sobre musculatura	Sobre peso y apariencia física del hijo
<i>Dirigidas hacia sí mismas</i>			
Insatisfacción corporal	.198*	.013	.233**
Motiv. para adelgazar	.305***	.187*	.195*
Comparación	.245**	.201*	.173*
Influencia de la apariencia	.312***	.255**	.211**
<i>Dirigidas hacia sus hijos</i>			
Preocupación por el peso	.317***	.211**	.350***
Influencia de la apariencia	.275***	.186*	.427***

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$

También se exploró la asociación entre las verbalizaciones de las madres y las actividades que llevan a cabo en relación con el control del peso corporal y con la preocupación por la apariencia física tanto de sí mismas como de sus hijos. Para ello se realizaron correlaciones parciales en las que

se controló la edad de las madres y de los niños, el peso corporal de ambos y el sexo de los niños. En la Tabla 17 se presentan los resultados. Los coeficientes de correlación más altos muestran que la realización de actividades para controlar el peso corporal y cuidar de la apariencia física tanto de sí mismas como de sus hijos, se asocia con un mayor número de verbalizaciones acerca de la apariencia física de otras personas, y en menor medida con el número de verbalizaciones acerca de la musculatura o del peso y la apariencia física del hijo.

En el Apéndice D se muestran las intercorrelaciones entre las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sí mismas, así como las intercorrelaciones entre las conductas que las madres llevan a cabo con sus hijos, y en el Apéndice E se presenta el valor de las correlaciones entre las actitudes y conductas evaluadas en el estudio y el peso corporal de las madres y de los niños. Las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sí mismas únicamente se asociaron con su propio índice de masa corporal. En cambio, las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sus hijos se asociaron con el peso corporal de los niños, y en ocasiones también con el de las madres. Las madres de los niños que presentaron un mayor peso corporal tendieron a controlar más la alimentación de sus hijos, a preocuparse más por su apariencia física y a emitir más verbalizaciones respecto del peso corporal y la apariencia física.

Tabla 17

*Correlaciones parciales entre las conductas maternas y las verbalizaciones dirigidas hacia los hijos, controlando peso corporal, edad y sexo*

Conductas maternas	Verbalizaciones maternas		
	Sobre apariencia física de otras personas	Sobre musculatura	Sobre peso y apariencia física del hijo
<i>Dirigidas hacia sí mismas</i>			
Activ. Saludables	.185*	.146	.052
Activ. poco saludables	.319***	.212**	.099
Importancia motivacional de la apariencia física	.212**	.191*	.151
<i>Dirigidas hacia sus hijos</i>			
Restricción alimentaria	.239**	.167*	.224**
Presión para comer	.162*	.240**	.110
Control abierto	.150	.031	.168*
Control encubierto	.279***	.187*	.172*
Comprobación constante	.204**	.192*	.194*

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

En resumen, las actitudes que las madres dirigen hacia su propio peso corporal y apariencia física se asociaron, en particular, con conductas de



tipo restrictivo sobre la alimentación de sus hijos, y con la preocupación por la apariencia física de ellos. Asimismo, las madres que se encontraron más preocupadas por el control del peso corporal y por la apariencia física, tanto de ellas como de sus hijos, tendieron también a realizar verbalizaciones respecto de la apariencia física en presencia de sus hijos.

**3.2. Objetivo 2.** Indagar si los niños perciben las conductas maternas acerca del control del peso corporal y la apariencia física, y si existe relación entre las conductas maternas, la percepción de los niños al respecto, y las actitudes y conductas que los niños dirigen hacia su propio peso corporal y apariencia física.

Para responder a este objetivo, se evaluó la percepción de los niños acerca de cuatro grupos de conductas maternas: control del peso corporal de sí mismas, control alimentario ejercido con los hijos, preocupación por la apariencia física de sí mismas, y preocupación por la apariencia física de sus hijos. Posteriormente, se analizó la relación entre cada una de esas variables con las actitudes y conductas que los niños dirigen hacia el peso corporal y la apariencia física propios.

### 3.2.1. Percepción de las actividades maternas

#### 3.2.1.1. Percepción de actividades maternas relacionadas con el control del peso corporal de sí mismas

El 59.53% ( $n = 100$ ) de los niños dijeron que sus madres realizaban actividades para bajar de peso, mientras que el 40.47% ( $n = 68$ ) dijeron que sus madres no lo hacían. Para saber si las madres de los niños del primer grupo realizaban más actividades para bajar de peso que las madres de los niños del segundo grupo, se realizó una prueba  $t$  para muestras independientes, con la cual se compararon los puntajes del Cuestionario sobre actividades relacionadas con el control de peso corporal propio, respondido por las madres. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Las madres de los niños que percibieron actividades para bajar de peso realizaban un mayor número de actividades con esa finalidad, en comparación con las madres de los niños que no percibieron actividades para bajar de peso. En la Tabla 18 se presentan las medias de cada grupo, así como el valor del estadístico de la prueba  $t$ .

Tabla 18

*Diferencias en la realización de actividades para control de peso entre madres de niños que percibieron que ellas realizan actividades para bajar de peso, y niños que no lo percibieron*

Actividades maternas	Percepción niños (bajar de peso)				<i>t</i> (166)	Dif. medias	95%IC		<i>d</i> de Cohen
	Sí		No				LI	LS	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>					
Saludables	20.6	3.7	17.8	4.0	-4.51***	-2.72	-3.91	-1.53	.727
Poco saludables	18.3	4.1	15.2	3.3	-5.35***	-3.08	-4.22	-1.95	.833

\*\*\**p* < .001

Un número reducido de niños reportaron que sus madres realizaban actividades para aumentar la musculatura ( $n = 23$ ), en tanto que la mayoría reportaron que sus madres no lo hacían ( $n = 145$ ). Para saber si las madres de los niños del primer grupo realizaban más actividades para bajar de peso que las madres de los niños del segundo grupo, se realizó una prueba *t* para muestras independientes, con la cual se compararon los puntajes del Cuestionario sobre actividades relacionadas con el control de peso corporal propio, respondido por las madres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de actividades para control de peso que llevaron a cabo las madres de los niños que percibieron que ellas realizaban actividades para aumentar musculatura y las madres de los niños

que no lo percibieron. En la Tabla 19 se presentan las medias de cada grupo, así como el valor del estadístico de la prueba *t*.

Tabla 19

*Diferencias en la realización de actividades para control de peso entre madres de niños que percibieron que ellas realizan actividades para aumentar la musculatura, y niños que no lo percibieron*

Actividades maternas	Percepción niños (aumentar musculatura)				<i>t</i> (166)	Dif. medias	95%IC		<i>d</i> de Cohen
	Sí		No				LI	LS	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>					
Saludables	20.9	3.1	19.2	4.1	-1.810	-1.64	-3.42	0.15	.468
Poco saludables	17.4	3.6	17.0	4.2	-.494	-0.46	-2.28	1.37	.102

### 3.2.1.2. Percepción de actividades maternas relacionadas con el control alimentario ejercido sobre sus hijos

Mediante una correlación de Pearson se halló una asociación positiva significativa entre la presión para comer reportada por las madres, y la presión para comer percibida por los niños ( $r = .347, p < .001$ ); en cambio, no se encontró asociación entre la restricción alimentaria reportada por las

madres, y la restricción alimentaria percibida por los niños ( $r = -.150$ ,  $p = .053$ ).

#### 3.2.1.3. Percepción de actividades maternas relacionadas con la apariencia física de sí mismas

Mediante una correlación de Pearson se encontró una relación positiva significativa entre las conductas maternas relacionadas con la preocupación por su propia apariencia física (sub-escala importancia motivacional del ASI-R) y la percepción de los niños acerca de tal preocupación ( $r = .240$ ,  $p = .002$ ).

#### 3.2.1.4. Percepción de actividades maternas relacionadas con la apariencia física de sus hijos

No se encontró asociación entre la percepción de los niños acerca de la preocupación que muestran sus madres por la apariencia física de ellos, y el reporte de las madres al respecto ( $r = -.023$ ,  $p = .766$ ).

En cuanto a las verbalizaciones maternas acerca de la apariencia física, se encontró relación entre las verbalizaciones maternas acerca del peso y la apariencia física de sus hijos, y la percepción de los niños al respecto ( $r = .212$ ,  $p = .006$ ); en cambio, no se encontró asociación entre el

reporte de las madres y la percepción de sus hijos cuando el contenido de las verbalizaciones fueron acerca del peso y la apariencia física de otras personas ( $r = .101$ ,  $p = .194$ ), o la musculatura ( $r = .066$ ,  $p = .398$ ).

En resumen, los niños percibieron la presión que sus madres ejercen sobre ellos respecto a la alimentación, las verbalizaciones maternas acerca del peso y de la apariencia física, las conductas que las madres llevan a cabo para bajar de peso y las actividades por medio de las cuales sus madres cuidan de la apariencia física de ellas mismas.

### 3.2.2. Relación con las actitudes y conductas de los niños

La segunda parte del objetivo 2 del estudio fue explorar si las conductas realizadas por las madres con relación al control de peso y la preocupación por la apariencia física, así como la percepción de los niños al respecto, se asociaban con la satisfacción corporal de los niños, con su realización de actividades para bajar de peso o para aumentar musculatura, y con su preocupación acerca de la propia apariencia física.

### 3.2.2.1. Satisfacción corporal de los niños

La satisfacción corporal de los niños se determinó restando el valor de la figura corporal elegida como ideal menos el valor de la figura corporal elegida como real. Así, valores negativos en satisfacción corporal indicaron la elección de una figura corporal ideal más delgada que la real, mientras que valores positivos indicaron la elección de una figura corporal ideal más gruesa que la real. En cambio, un valor igual a cero indicó satisfacción con la figura corporal.

Del continuo de siete figuras que se les mostraron a los niños, tanto las niñas como los varones eligieron entre la segunda y la sexta imagen como figura corporal real ( $M_o = 4$ ). Como figura corporal ideal, las niñas eligieron entre la segunda y la quinta figura, y los varones entre la primera y la quinta figura ( $M_o = 4$ , para ambos sexos). En la Figura 1 se muestran, dentro del continuo numérico propuesto por Collins (1991), la media y la desviación estándar obtenidas tanto para las niñas como para los varones.

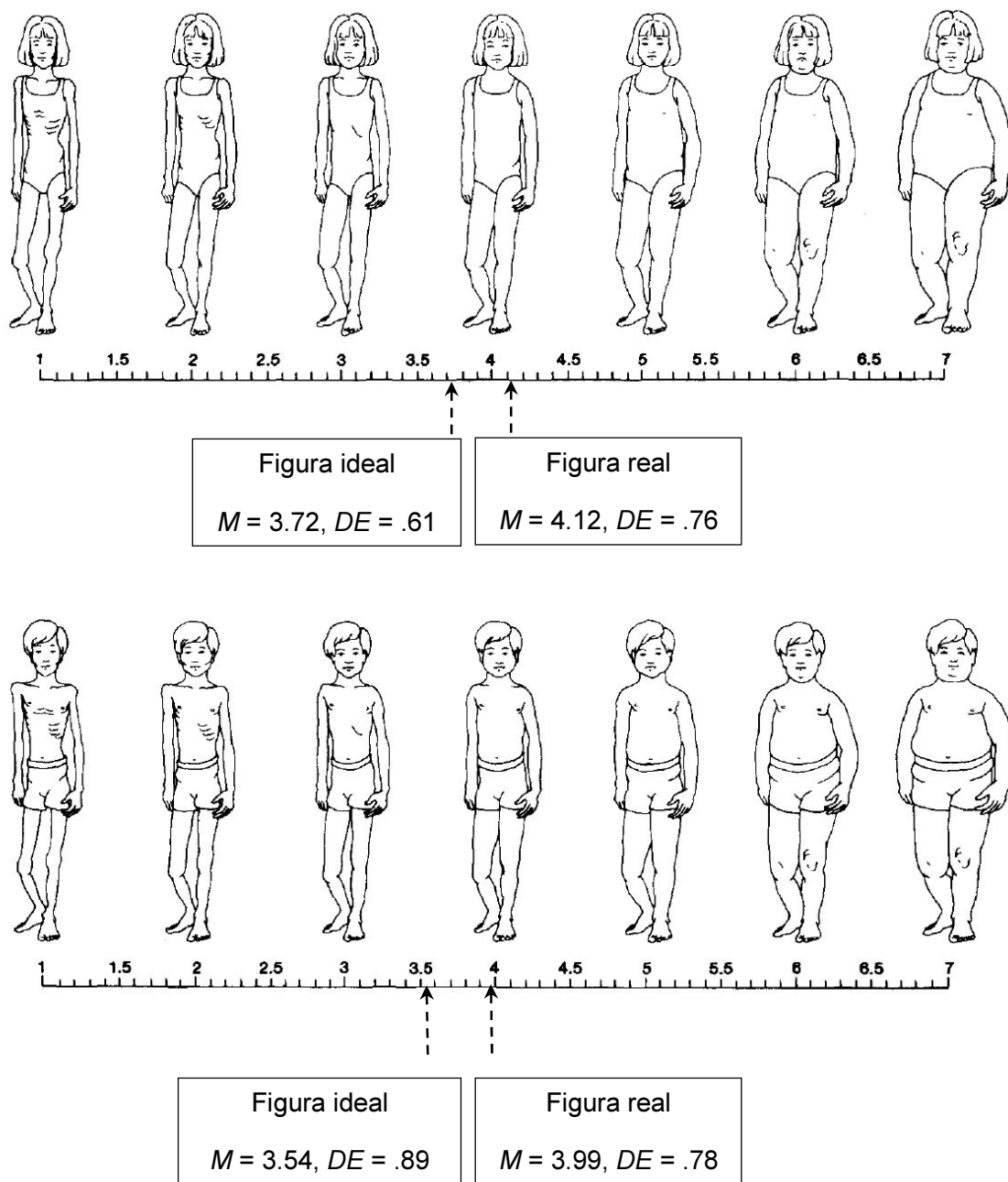


Figura 1. Media y desviación estándar de las figuras elegidas como real y como ideal, por niñas y varones.

Del total de los niños, el 50% tendieron a elegir una figura corporal más delgada que la elegida como real, el 36.3% se mostraron satisfechos con su



figura corporal, y el 15.5% eligieron como ideal una figura ligeramente más robusta que la elegida como real. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las figuras corporales elegidas por las niñas y por los varones, ni entre sus niveles de satisfacción corporal. En la Tabla 20 se presentan las medias y el valor estadístico de las pruebas *t* para muestras independientes.

Tabla 20

*Comparación entre niñas y varones en las figuras corporales elegidas como real y como ideal, así como en satisfacción corporal*

	Niñas		Varones		<i>t</i> (166)	Dif. Medias	95%IC		<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			LI	LS	
Figura real	4.1	0.8	4.0	0.8	1.089	0.13	-0.11	0.37	0.125
Figura ideal	3.7	0.6	3.5	0.9	1.476	0.17	-0.07	0.41	0.261
Satisfacción corporal	-0.4	0.9	-0.4	0.9	.304	0.04	-0.23	0.31	0.0

A continuación se indagó si la satisfacción corporal se asocia con las conductas maternas relacionadas con el control del peso corporal y con la percepción de los niños al respecto.

Se encontró una asociación negativa de baja magnitud entre la satisfacción corporal de los niños y la realización materna de actividades poco saludables para bajar de peso ( $r = -.153$ ,  $p = .048$ ). En cambio, no se

encontró asociación con las actividades saludables que las madres llevan a cabo para controlar su propio peso corporal ( $r = -.107, p = .169$ ). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción corporal de los niños que percibieron la realización materna de actividades para bajar de peso ( $t(166) = .847, p = .398$ ), pero sí entre la satisfacción corporal de los niños que percibieron que sus madres realizan actividades para aumentar musculatura ( $M = .00, DE = .90$ ) y los niños que no lo percibieron ( $M = -.49, DE = .86$ ), es decir, los primeros se mostraron satisfechos con su cuerpo, en tanto que los segundos tendieron a idealizar una figura más delgada que la elegida como real ( $t(166) = -2.522, p = .013$ ).

Mediante una correlación de Pearson se encontró asociación negativa entre la satisfacción corporal de los niños y la preocupación materna por el peso del hijo ( $r = -.254, p = .001$ ). Debido a que la preocupación materna acerca del peso de los hijos se asoció con las verbalizaciones que las madres llevaron a cabo (tal como se muestra en los resultados del primer objetivo de la investigación), se exploró la relación entre la satisfacción corporal de los niños y las verbalizaciones de sus madres. Se encontraron asociaciones negativas significativas entre la satisfacción corporal de los niños y las verbalizaciones maternas acerca del peso corporal y la apariencia física de sus hijos ( $r = -.388, p < .001$ ), y entre la satisfacción corporal de los niños y su percepción acerca de las verbalizaciones maternas en cuanto al peso y la apariencia física de otras personas ( $r = -$

.206,  $p = .021$ ), y de ellos ( $r = -.412$ ,  $p < .001$ ), pero no entre la satisfacción corporal de los niños y la percepción acerca de las verbalizaciones maternas respecto de la musculatura ( $r = -.021$ ,  $p = .787$ ). Asimismo, la satisfacción corporal de los niños se asoció positivamente con la presión para comer percibida por los niños ( $r = .176$ ,  $p = .023$ ) y negativamente con la restricción alimentaria reportada por las madres ( $r = -.161$ ,  $p = .037$ ), no así con la presión para comer reportada por las madres ( $r = .141$ ,  $p = .069$ ) ni con la restricción alimentaria percibida por los niños ( $r = .111$ ,  $p = .152$ ).

En resumen, a mayor realización materna de actividades poco saludables para control del peso corporal propio, preocupación materna por el peso corporal del niño, verbalizaciones maternas acerca de la apariencia del niño, percepción por parte del niño acerca de la restricción alimentaria que su madre ejerce sobre él y percepción de verbalizaciones maternas acerca del peso corporal y la apariencia física, se presenta una menor satisfacción corporal en el niño. En cambio, a mayor percepción de actividades maternas para aumentar musculatura y mayor percepción de presión para comer, los niños experimentan una mayor satisfacción corporal.

Se exploró la asociación entre la satisfacción corporal de los niños y su categoría de peso corporal, encontrándose una asociación moderada entre ambas variables  $r_s = -.563$ ,  $p < .001$ . Dado que el peso corporal de los niños se asoció con las conductas maternas de control alimentario y de

preocupación por la apariencia física (información reportada en el Apéndice E), se realizó una regresión lineal múltiple por medio del método introducir en la que se introdujo como variable dependiente el puntaje de satisfacción corporal de los niños, y como variables independientes las variables que se asociaron significativamente con la satisfacción corporal, así como el peso corporal de los niños. Dicha regresión resultó significativa  $F(9,158) = 13.917$ ,  $p < .001$ . En conjunto se explicó el 44.2% de la varianza, sin embargo sólo fueron predictores significativos el peso corporal de los niños, la percepción de verbalizaciones maternas sobre el peso corporal y la apariencia física del niño, la percepción de actividades maternas para aumentar musculatura, la percepción de la presión para comer y la preocupación materna por el peso del hijo, siendo que un mayor peso corporal, mayor percepción de verbalizaciones, menor percepción de presión para comer y de actividades maternas para aumentar musculatura, así como una menor preocupación materna por el peso del hijo, predicen una menor satisfacción corporal en los niños. También se corrió el análisis ajustando por la edad del niño, sin embargo no resultó significativa. En la Tabla 21 se presentan los coeficientes obtenidos en el análisis.

Tabla 21

*Predictores de la satisfacción corporal de los niños*

Variable	Satisfacción corporal		
	B	t	IC 95%
Constante	1.260	2.68**	[.33, 2.19]
Activ. maternas poco saludables para bajar de peso	-.008	-.62	[-.03, .02]
Percep. de activs. maternas aumentar musc.	.473	3.02**	[.16, .78]
Preocupación por el peso del hijo	-.018	-.80*	[-.06, .03]
Restricción alimentaria	.004	.21	[-.03, .04]
Verbalizaciones maternas sobre el peso corporal y la apariencia física del niño	-.012	-.35	[-.08, .05]
Percepción de presión para comer	.035	1.50*	[-.01, .08]
Percepción de verbalizaciones maternas acerca del peso y apariencia de otras personas	.006	.22	[-.05, .06]
Percepción de verbalizaciones maternas acerca del peso y apariencia del niño	.194	-4.73***	[-.28, -.11]
Peso corporal del niño	-.366	-5.09***	[-.51, -.22]
$R^2$		.44	
F		13.92***	

<sup>a</sup>Se utilizaron las categorías de peso corporal según la OMS (WHO, 2007)

\*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

### 3.2.2.2. Actividades de los niños para bajar de peso

El 35.1% de las niñas y el 43.2% de los niños reportaron haber realizado por lo menos alguna actividad para bajar de peso, siendo los métodos más utilizados la realización de ejercicio, el consumo de frutas y verduras, evitar comer dulces y comida alta en grasas, así como llevar a cabo dietas diseñadas por médicos o nutriólogos. El número de actividades para bajar de peso se asoció positivamente con el peso corporal de los niños ( $r_s = .388, p < .001$ ) y negativamente con su satisfacción corporal ( $r = -.270, p < .001$ ), pero no con la preocupación por su propia apariencia física ( $r = .124, p = .108$ ).

Se realizaron pruebas *t* para muestras independientes con la finalidad de explorar si existieron diferencias entre las actividades para control de peso corporal y cuidado de la apariencia física que llevan a cabo las madres de los niños que habían realizado actividades para bajar de peso y las madres de los niños que no lo habían hecho. Utilizando el método de Bonferroni se ajustó el nivel de significancia a .006, debido a que se realizaron ocho comparaciones. Se encontró que las madres de los niños que sí han realizado actividades para bajar de peso suelen llevar a cabo más actividades saludables para bajar de peso y restringir la alimentación de sus hijos de manera encubierta, además de verbalizar con frecuencia sobre el peso y la apariencia física de los niños y de otras personas.

De la misma manera, se exploró si la percepción de los niños acerca del control del peso corporal y de las verbalizaciones maternas acerca del peso corporal y la apariencia física difería entre quienes habían realizado actividades para bajar de peso y quienes no lo habían hecho. Mediante el método de Bonferroni se ajustó el nivel de significancia a .0125, debido a que se realizaron cuatro comparaciones. Se encontró que los niños que han realizado actividades para bajar de peso perciben más verbalizaciones maternas respecto del peso corporal y la apariencia física, que los niños que no han realizado actividades para bajar de peso. En las Tablas 22 y 23 se muestran las medias y los valores estadísticos de las pruebas  $t$  para muestras independientes.

Mediante el coeficiente de Phi se encontró una relación positiva estadísticamente significativa entre la percepción de actividades maternas para bajar de peso y la realización de esas actividades por parte de los niños  $r_{\phi} = .206, p = .019$ .

Tabla 22

*Comparación entre los niños que realizaron y los que no realizaron actividades para bajar de peso, en cuanto a las actividades llevadas a cabo por sus madres en relación con el control del peso corporal*

Conductas maternas	Actividades bajar de peso				t(166)	Dif. Medias	95%IC		d de Cohen
	Sí		No				LI	LS	
	M	DE	M	DE					
Saludables	20.6	4.1	18.7	3.9	-2.926**	-1.84	-3.08	-0.60	0.475
Poco saludables	17.8	4.3	16.6	3.9	-1.840	-1.19	-2.46	0.09	0.292
Restricción	14.2	2.9	12.9	3.3	-2.596	-1.30	-2.30	-0.31	0.418
Presión	9.9	2.2	9.8	2.5	-.375	-0.14	-0.89	0.61	0.042
Actividades abiertas	8.4	3.0	7.6	3.2	-1.773	-0.87	-1.85	0.10	0.258
Actividades encubiertas	9.8	3.5	8.1	3.4	-3.013**	-1.65	-2.74	-0.57	0.493
Verb. apariencia física de otras personas	11.2	3.8	9.6	3.1	-2.815**	-1.59	-2.71	-0.47	0.461
Verb. apariencia física del niño	6.2	2.5	4.9	1.6	-3.738***	-1.28	-1.96	-0.60	0.619

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .006$



Tabla 23

*Comparación entre los niños que realizaron y los que no realizaron actividades para bajar de peso, en cuanto a su percepción acerca del control alimentario y las verbalizaciones maternas*

Actividades percibidas	Actividades bajar de peso				t(166)	Dif. Medias	95%IC		d de Cohen
	Sí		No				LI	LS	
	M	DE	M	DE					
Restricción	5.7	1.4	5.9	1.5	.806	0.18	-0.27	0.63	0.138
Presión	9.3	2.5	9.3	2.7	.190	0.08	-0.74	0.89	0.0
Verb. apariencia física de otras personas	11.0	2.6	9.8	2.3	-3.104**	-1.19	-1.94	-0.43	0.489
Verb. apariencia física del niño	6.0	1.5	4.7	1.5	-5.151***	-1.25	-1.74	-0.77	0.867

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$

### 3.2.2.3. Actividades de los niños para aumentar musculatura

El 35.7% de los niños (40.0% niñas y 60.0% varones) reportaron haber realizado actividades para aumentar su musculatura. Las actividades mencionadas fueron la realización de ejercicio, el aumento en la ingesta de frutas y verduras, el decremento del consumo de dulces y de comida alta en grasas, y la realización de dietas establecidas por médicos o nutriólogos. Sin embargo, el número de actividades para aumentar la musculatura no se

asoció con el peso de los niños ( $r_s = -.015$ ,  $p = .843$ ), con su satisfacción corporal ( $r = .005$ ,  $p = .953$ ), ni con la preocupación por su apariencia física ( $r = .084$ ,  $p = .276$ ).

Se realizaron pruebas  $t$  para muestras independientes con la finalidad de explorar si existieron diferencias entre las actividades para control de peso corporal y cuidado de la apariencia física que llevan a cabo las madres de los niños que habían realizado actividades para aumentar musculatura y las madres de los niños que no lo habían hecho. Utilizando el método de Bonferroni se ajustó el nivel de significancia a .007, debido a que se realizaron siete comparaciones. Se encontró que las madres de los niños que sí han realizado actividades para aumentar musculatura suelen verbalizar más acerca de la musculatura.

Se exploró si la percepción de los niños acerca del control del peso corporal y de las verbalizaciones maternas acerca de la musculatura difería entre quienes habían realizado actividades para aumentar musculatura y quienes no lo habían hecho. Mediante el método de Bonferroni se ajustó el nivel de significancia a .017, debido a que se realizaron tres comparaciones. Se encontró que los niños que han realizado actividades para bajar de peso perciben más verbalizaciones maternas respecto de la musculatura, que los niños que no han realizado actividades para bajar de peso, pero no perciben más control alimentario por parte de sus madres. En las Tablas 24 y 25 se

muestran las medias y los valores estadísticos de las pruebas  $t$  para muestras independientes.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la percepción de actividades maternas para aumentar la musculatura y la realización de esas actividades por parte de los niños  $r_{\phi} = .114$ ,  $p = .211$ .

Tabla 24

*Comparación entre los niños que realizaron y los que no realizaron actividades para aumentar musculatura, en cuanto a las actividades llevadas a cabo por sus madres en relación con el control del peso corporal*

Conductas maternas	Actividades aumentar musculatura				$t(166)$	Dif. Medias	95%IC		$d$ de Cohen
	Sí		No				LI	LS	
	$M$	$DE$	$M$	$DE$					
Saludables	19.4	4.6	19.5	3.7	0.09	0.06	-1.32	1.45	-0.023
Poco saludables	16.7	3.7	17.2	4.3	0.84	0.56	-0.75	1.86	-.124
Restricción	13.8	3.4	13.3	3.1	-1.06	-0.55	-1.58	0.48	0.153
Presión	10.3	2.3	9.6	2.4	-1.96	-0.75	-1.50	0.00	0.297
Actividades abiertas	8.1	3.2	7.8	3.1	-0.58	-0.29	-1.29	0.70	0.095
Actividades encubiertas	9.0	3.7	8.6	3.5	-0.75	-0.43	-1.56	0.70	0.111
Verbalizaciones musculatura	4.7	2.1	4.1	1.8	-1.98***	-0.61	-1.22	0.00	0.307

\*\*\* $p < .001$

Tabla 25

*Comparación entre los niños que realizaron y los que no realizaron actividades para aumentar musculatura, en cuanto a su percepción acerca del control alimentario y las verbalizaciones maternas*

Actividades percibidas	Actividades aumentar musculatura				<i>t</i> (166)	Dif. Medias	95%IC		<i>d</i> de Cohen
	Sí		No				LI	LS	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>					
Restricción	5.8	1.4	5.9	1.4	0.57	0.13	-0.33	0.59	-0.071
Presión	10.0	2.5	9.0	2.6	-2.42	-1.00	-1.81	-0.18	0.392
Verbalizaciones musculatura	5.5	1.9	3.8	1.4	-6.04***	-1.72	-2.28	-1.15	1.018

\*\*\**p* < .001

#### 3.2.2.4. Preocupación de los niños por su propia apariencia física

La preocupación de los niños por su apariencia física se asoció positivamente con la preocupación de las madres por su propia apariencia (factor Importancia motivacional)  $r = .209$ ,  $p = .006$  y la de sus hijos (factor comprobación constante de la apariencia física)  $r = .152$ ,  $p = .049$ . También, se relacionó positivamente con la percepción de los niños acerca de la preocupación de sus madres por su propia apariencia  $r = .396$ ,  $p < .001$ , y de ellos  $r = .284$ ,  $p < .001$ , y con su percepción acerca de las verbalizaciones maternas sobre el peso corporal y la apariencia física de otras personas  $r = .418$ ,  $p < .001$ , sobre la musculatura  $r = .246$ ,  $p = .002$  y

sobre el peso corporal y la apariencia física de ellos  $r = .297, p < .001$ . En cambio, la preocupación de los niños por su propia apariencia física no se asoció con las verbalizaciones reportadas por las madres respecto del peso corporal y la apariencia física de otras personas  $r = -.017, p = .826$ , respecto de la musculatura  $r = .101, p = .193$ , o respecto al peso corporal y la apariencia física del hijo  $r = -.089, p = .252$ , ni con la satisfacción corporal de los niños  $r = -.008, p = .922$ .

Se realizó una regresión lineal múltiple por medio del método introducir en la que se introdujo como variable dependiente la preocupación por la apariencia física de los niños, y como variables predictoras las que se asociaron significativamente con ésta, así como el peso corporal y la edad de los niños. Dicha regresión resultó significativa  $F(9,158) = 6.874, p < .001$ . En conjunto se explicó el 28.1% de la varianza, sin embargo sólo fueron predictores significativos la percepción de la preocupación de las madres por su propia apariencia física, y la percepción de verbalizaciones maternas acerca de la apariencia física de otras personas, de tal forma que una mayor percepción de preocupación materna por la apariencia física y una mayor percepción de verbalizaciones maternas acerca de la apariencia física de otras personas, predijeron una mayor preocupación por la apariencia física en los niños. También se corrió el análisis ajustando por el

sexo del niño, sin embargo no resultó significativo. En la Tabla 26 se presentan los coeficientes obtenidos en el análisis.

Tabla 26

*Predictores de la preocupación por la apariencia física de los niños*

Variable	Preocupación por la apariencia física		
	B	t	IC 95%
Constante	4.620	1.76	[-0.55, 9.79]
Preocupación materna por la apariencia física propia	.066	0.94	[-0.07, 0.20]
Preocupación materna por la apariencia física del niño	.252	1.68	[-0.04, 0.55]
Percepción de preocupación materna por la apariencia física propia	.310	3.11**	[0.11, 0.51]
Percepción de preocupación materna por la apariencia física del niño	.076	1.03	[-0.07, 0.22]
Percepción de verbalizaciones maternas sobre el peso corporal y la apariencia física de otras personas	.373	3.16**	[0.14, 0.61]
Percepción de verbalizaciones maternas sobre la musculatura	.060	0.40	[-0.24, 0.36]
Percepción de verbalizaciones maternas sobre el peso corporal y la apariencia física del niño	-.033	-0.17	[-0.43, 0.36]
Edad del niño	-.011	-0.06	[-0.39, 0.37]
Peso corporal del niño <sup>a</sup>	-.355	-1.38	[-0.86, 0.15]
$R^2$		.28	
F		6.87***	

<sup>a</sup>Se utilizaron las categorías de peso corporal según la OMS (WHO, 2007)

\*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$

**3.3. Objetivo 3.** Indagar si la estigmatización de la obesidad se relaciona con las actitudes y conductas acerca del control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física que llevan a cabo las madres y los niños.

Para responder a este objetivo, primero se exploró si las madres y los niños estigmatizaban la obesidad. El puntaje de estigmatización de la obesidad se obtuvo mediante la evaluación que los participantes llevaron a cabo de la figura corporal obesa y como puntos de comparación se utilizaron las evaluaciones de las figuras corporales delgada y normopeso.

Se realizó un ANOVA de un factor con medidas repetidas para indagar si existían diferencias en la estigmatización de las madres hacia las figuras corporales adultas delgada, normopeso y obesa. No se encontró esfericidad ( $W = .897$ ,  $p < .001$ ), por lo que se reporta el criterio de Greenhouse-Geisser  $F(1.813, 302.769) = 242.383$ ,  $p < .001$  (potencia observada = 1;  $\eta^2_{\text{parcial}} = .592$ ). Comparaciones múltiples con ajuste de Bonferroni mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) entre la figura normopeso ( $M = 23.88$ ,  $DE = .46$ ) y la figura delgada ( $M = 40.23$ ,  $DE = .73$ ), y entre la figura normopeso y la figura obesa ( $M = 38.61$ ,  $DE = .55$ ), pero no se encontraron diferencias significativas entre la figura delgada y la figura obesa ( $p = .104$ ). De forma tal que la estigmatización fue significativamente mayor para las figuras delgada y obesa, que para la

figura normopeso. En la Figura 2 se presentan las medias de los puntajes obtenidos para cada uno de los adjetivos con los que se evaluaron las figuras corporales de mujeres adultas normopeso, delgada y obesa.

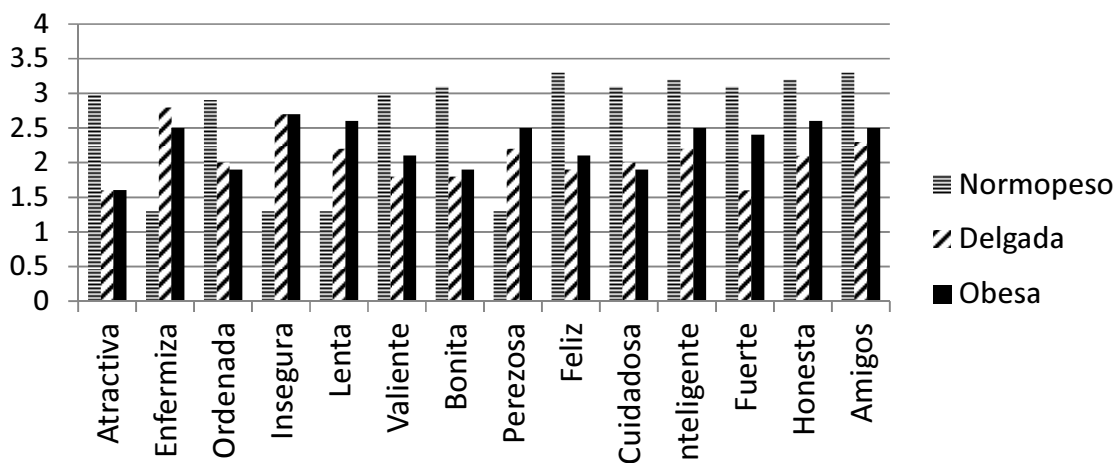


Figura 2. Media del puntaje obtenido en cada adjetivo en la evaluación de las figuras corporales de mujeres adultas normopeso, delgada y obesa.

También se realizó un ANOVA de un factor con medidas repetidas para indagar si existen diferencias en la estigmatización de los niños hacia las figuras corporales de niños delgados, normopeso y obesos. No se encontró esfericidad ( $W = .919$ ,  $p = .001$ ), por lo que se reporta el criterio de Greenhouse-Geisser  $F(1.850, 308.943) = 164.462$ ,  $p < .001$  (potencia observada = 1;  $\eta^2_{\text{parcial}} = .496$ ). Comparaciones múltiples con ajuste de Bonferroni mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) entre la figura normopeso ( $M = 29.33$ ,  $DE = .60$ ) y la figura delgada ( $M = 38.76$ ,  $DE = .66$ ), entre la figura normopeso y la figura obesa ( $M = 42.49$ ,  $DE = .66$ ).



= .54), y entre la figura delgada y la figura obesa. Los niños estigmatizaron la figura obesa, pero también asociaron adjetivos negativos a la figura delgada, no así a la normopeso. En la figura 3 se presentan los puntajes promedio obtenidos en los adjetivos con los que se evaluaron las figuras corporales de niños.

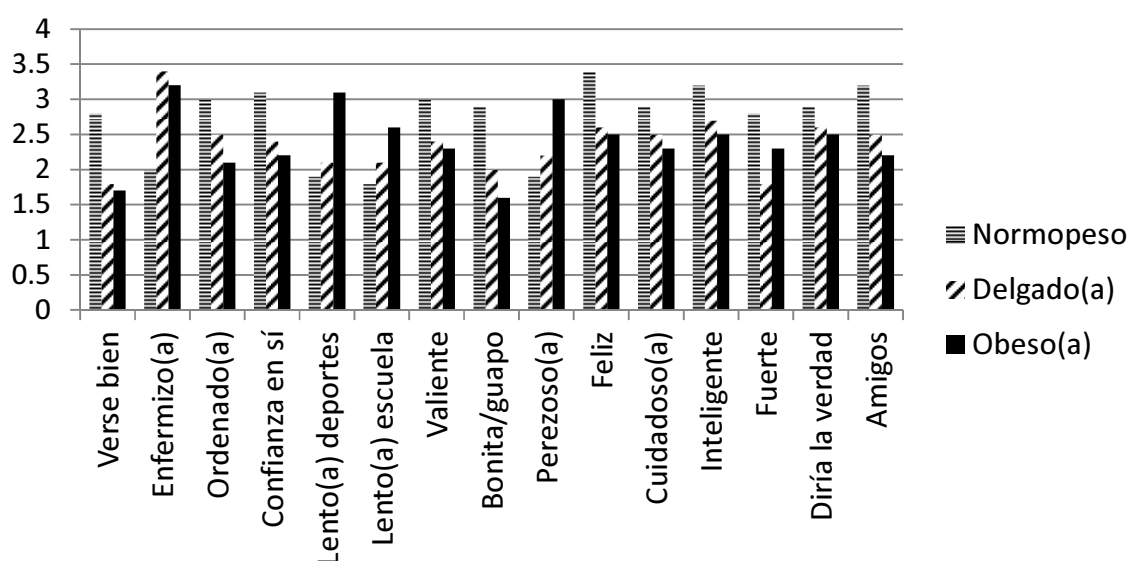


Figura 3. Media del puntaje obtenido en cada adjetivo en la evaluación de las figuras corporales de niños(as) normopeso, delgado(a) y obeso(a).

La relación entre la estigmatización de la obesidad de las madres y de los niños fue positiva aunque de baja magnitud  $r = .165$ ,  $p = .032$ .

Se realizaron correlaciones de Pearson para conocer si la estigmatización de la obesidad se asocia con las actitudes y conductas de las madres y de los niños acerca del control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física.

En la Tabla 27 se presentan las correlaciones entre la estigmatización de la obesidad de las madres, y sus actitudes y conductas hacia su propio peso corporal y apariencia física. Se encontró que a mayor satisfacción corporal y menos creencias acerca de que la apariencia física propia tiene influencia sobre eventos sociales y emocionales, mayor tendió a ser la estigmatización de la obesidad que llevaron a cabo las madres. Sin embargo, al controlar el peso corporal de las madres mediante correlaciones parciales, los resultados no mostraron asociaciones significativas entre las variables. En la Tabla 28 se presentan los resultados de las correlaciones parciales.

Tabla 27

*Correlaciones de Pearson entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por las madres y sus actitudes y conductas acerca de su propio peso corporal y apariencia física*

	Estigmatización	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Insatisfacción corporal	-.186*	.016
Motivación para adelgazar	-.092	.236
Actividades saludables para controlar el peso	.065	.399
Actividades poco saludables para controlar el peso	-.084	.281
Comparación de la apariencia física	-.131	.090
Influencia sobre eventos sociales y emocionales	-.160*	.038
Importancia motivacional	-.116	.135

\* $p < .05$

Tabla 28

*Correlaciones parciales entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por las madres y sus actitudes y conductas acerca de su propio peso corporal y apariencia física, controlando su peso corporal*

	Estigmatización	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Insatisfacción corporal	-.068	.383
Motivación para adelgazar	-.036	.647
Actividades saludables para controlar el peso	.077	.324
Actividades poco saludables para controlar el peso	-.071	.363
Comparación de la apariencia física	-.113	.150
Influencia de la apariencia física sobre eventos sociales y emocionales	-.128	.102
Importancia motivacional de la apariencia física	-.122	.119

Respecto de las actitudes y conductas que las madres dirigen sobre sus hijos para el control del peso corporal y preocupación por su apariencia física, se encontró una asociación negativa de baja magnitud entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por las madres y sus creencias acerca de que la apariencia física de su hijo tiene influencia sobre eventos sociales y emocionales de ellas. Es decir, una menor preocupación por la apariencia física de los hijos tendió a asociarse con una mayor estigmatización de la obesidad por parte de las madres. En la Tabla 29 se presentan las correlaciones correspondientes. No obstante, nuevamente se

encontró que al ajustar por el sexo, la edad y el peso corporal de los niños, no se observan asociaciones significativas entre la estigmatización de la obesidad y las actitudes y conductas que las madres dirigen sobre sus hijos. En la Tabla 30 se presentan las correlaciones parciales correspondientes.

Tabla 29

*Correlaciones de Pearson entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por las madres y sus actitudes y conductas acerca del peso corporal y apariencia física de sus hijos*

	Estigmatización	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Preocupación por el peso del hijo	-.067	.385
Restricción alimentaria	.012	.876
Presión para comer	.041	.598
Control alimentario abierto	.002	.983
Control alimentario encubierto	.037	.634
Influencia sobre eventos sociales y emocionales	-.160*	.038
Comprobación constante de la apariencia física	-.078	.317
Verbalizaciones sobre la apariencia física en general	.038	.623
Verbalizaciones sobre la musculatura	-.124	.110
Verbalizaciones sobre el peso y la apariencia física del hijo	-.094	.225

\* $p < .05$

Tabla 30

*Correlaciones parciales entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por las madres y sus actitudes y conductas acerca del peso corporal y apariencia física de sus hijos, controlando el sexo, la edad y el peso corporal de los niños*

	Estigmatización	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Preocupación por el peso del hijo	-.031	.696
Restricción alimentaria	.055	.482
Presión para comer	.034	.660
Control alimentario abierto	.032	.682
Control alimentario encubierto	.074	.342
Influencia de la apariencia física sobre eventos sociales y emocionales	-.139	.076
Comprobación constante de la apariencia física	-.061	.437
Verbalizaciones sobre la apariencia física de otras personas	.067	.393
Verbalizaciones sobre la musculatura	-.114	.145
Verbalizaciones sobre el peso y la apariencia física del hijo	-.020	.794

En cuanto a la relación entre la estigmatización de la obesidad en los niños y su percepción de las conductas que sus madres dirigen hacia el peso corporal y la apariencia física tanto de ellos como de sí mismas, las correlaciones significativas que se encontraron son negativas y de baja magnitud, e indican que a mayor percepción de presión para comer y de

verbalizaciones maternas acerca de la musculatura, menor tendió a ser la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por los niños. Los valores de las correlaciones de Pearson se muestran en la Tabla 31. Nuevamente, correlaciones parciales ajustadas por el sexo, la edad y el peso corporal de los niños no mostraron asociaciones significativas entre las variables. Los resultados se muestran en la Tabla 32.

Tabla 31

*Correlaciones de Pearson entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por los niños y su percepción acerca de las conductas maternas*

	Estigmatización	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Actitudes maternas percibidas		
Restricción alimentaria	.118	.126
Presión para comer	-.186*	.016
Preocupación de sus madres por la apariencia física de ellas mismas	-.041	.597
Preocupación de sus madres por la apariencia física de ellos	.052	.506
Verbalizaciones sobre la apariencia física en general	.060	.439
Verbalizaciones sobre la musculatura	-.161*	.037
Verbalizaciones sobre el peso y la apariencia física del hijo	-.118	.127

\* $p < .05$

Tabla 32

*Correlaciones parciales entre la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por los niños y su percepción acerca de las conductas maternas, ajustadas por el sexo, la edad y el peso corporal de los niños*

	Estigmatización	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Restricción alimentaria	.091	.245
Presión para comer	-.139	.075
Preocupación de sus madres por la apariencia física de ellas mismas	-.012	.880
Preocupación de sus madres por la apariencia física de ellos	.087	.267
Verbalizaciones sobre la apariencia física de otras personas	.071	.364
Verbalizaciones sobre la musculatura	-.086	.274
Verbalizaciones sobre el peso y la apariencia física del hijo	-.072	.358

Para explorar diferencias entre la estigmatización de la obesidad en los niños que percibieron que sus madres realizaban actividades para bajar de peso, y los niños que no lo percibieron, se realizó una prueba *t* para muestras independientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas  $t(166) = -.259, p = .796$  en la estigmatización de la obesidad en los niños que percibieron que sus madres realizaban actividades para bajar de peso ( $M = 42.61, DE = 7.11$ ) respecto de los niños que no percibieron esas actividades en sus madres ( $M = 42.32, DE = 6.90$ ).

También se comparó la estigmatización de la obesidad en los niños que percibieron que sus madres realizaron actividades para aumentar musculatura, y quienes no lo percibieron. Una prueba  $t$  para muestras independientes mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos  $t(166) = -.564, p = .574$ .

En cuanto a la relación entre la estigmatización de la obesidad en los niños y las actitudes y conductas que dirigen hacia sí mismos, no se encontró asociación ni con la satisfacción corporal ( $r = .031, p = .688$ ), ni con su preocupación por la propia apariencia física ( $r = -.009, p = .910$ ).

Por medio de una prueba  $t$  para muestras independientes se realizó una comparación entre la estigmatización de la obesidad en los niños que realizaron actividades para bajar de peso y los niños que no realizaron actividades con ese fin y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas  $t(166) = .725, p = .469$ .

También se comparó la estigmatización de la obesidad entre los niños que realizaron actividades para aumentar musculatura, y los niños que no las reportaron. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas  $t(166) = -.129, p = .897$ .



**3.4. Objetivo 4.** Explorar si las actitudes y conductas maternas relacionadas con el control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física propios y de sus hijos, se relacionan con la estigmatización de la obesidad en los niños.

Se realizó una regresión lineal múltiple por medio del método introducir en la que se introdujo como variable dependiente la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por los niños, y como variables predictoras las percepciones de los niños acerca de las conductas maternas para controlar el peso corporal propio y de los niños y sus percepciones acerca de la preocupación materna por la apariencia física de ambos. El análisis se ajustó por el sexo de los niños, su edad y su peso corporal. Dicha regresión no resultó significativa  $F(12, 155) = 1.782, p = .056$ . En la Tabla 30 se presentan los coeficientes obtenidos en el análisis.

Tabla 30

*Predictores de la estigmatización de la obesidad de los niños*

Variables (Percepciones de los niños)	Estigmatización de la obesidad		
	B	t	IC 95%
Constante	35.732	5.326***	[22.48, 48.98]
Sexo del niño	-.294	-.246	[-2.65, 2.07]
Edad del niño	.451	.969	[-.047, 1.37]
Peso corporal del niño <sup>a</sup>	.111	.163	[-1.23, 1.46]
Actividades maternas para bajar de peso	-.017	-.027	[-1.27, 1.23]
Actividades maternas para aumentar musculatura	1.088	.695	[-2.01, 4.18]
Preocupación materna por la apariencia física propia	-.093	-.393	[-0.56, .037]
Preocupación materna por la apariencia física del niño	.328	1.811	[-0.03, 0.69]
Restricción alimentaria	.543	1.387	[-0.23, 1.32]
Presión para comer	-.422	-1.710	[-0.91, 0.07]
Verbalizaciones acerca del peso y la apariencia física de otras personas	.558	1.915	[-0.02, 1.13]
Verbalizaciones acerca de la musculatura	-.320	-.789	[-1.12, 0.48]
Verbalizaciones acerca del peso y la apariencia física del niño	-.892	-1.861	[-1.84, 0.06]
$R^2$		.121	
$F$		1.782	

<sup>a</sup>Se utilizaron las categorías de peso corporal según la OMS (WHO, 2007)

\*\*\* $p < .001$

Finalmente, considerando otros elementos que pudieran sugerir la explicación de la estigmatización de la obesidad en los niños, se exploró si el tipo de escuela y la edad de los niños se relacionan con la estigmatización de la obesidad, comparando la estigmatización de los niños de la escuela privada y los de la escuela pública. Se encontró una mayor estigmatización de la obesidad  $t(166) = -2.073, p = .04$  entre los niños de la escuela privada ( $M = 43.48, DE = 7.23$ ), que entre los niños de la escuela pública ( $M = 41.24, DE = 6.55$ ).

Una prueba  $t$  para muestras independientes mostró diferencias entre el IMC de las madres de ambas escuelas  $t(164) = 2.71, p = .007$ . Las madres de la escuela pública tuvieron un IMC más elevado ( $M = 26.45, DE = 4.18$ ) que las madres de la escuela privada ( $M = 24.69, DE = 4.18$ ). A su vez, pruebas  $t$  para muestras independientes mostraron más insatisfacción corporal  $t(127.3) = 3.02, p = .003$  entre las madres de la escuela pública ( $M = 8.1, DE = 7.0$ ) que entre las madres de la escuela privada ( $M = 5.2, DE = 5.0$ ), pero una mayor realización de actividades poco saludables para bajar de peso  $t(166) = -3.03, p = .003$  entre las madres de la escuela privada ( $M = 17.9, DE = 4.3$ ) que de la escuela pública ( $M = 16.0, DE = 3.6$ ).

En cuanto a las categorías de IMC de los niños de ambos tipos de escuela, se encontró un valor limítrofe en la significancia de una prueba  $U$  de Mann-Whitney ( $U$  de Mann-Whitney = 2925.00,  $p = .059$ ); los niños de la escuela pública tendieron a estar en categorías de peso corporal más

elevado (Media de rangos = 91.97) que los niños de la escuela privada (Media de rangos = 78.62).

Por último, se encontró una asociación positiva significativa entre la edad de los niños y la estigmatización de la obesidad ( $r = .180$ ,  $p = .020$ ).

En resumen, la estigmatización de la obesidad de los niños fue predicha significativamente por la percepción que tienen los niños acerca de las verbalizaciones que hacen sus madres respecto del peso corporal y de la apariencia física. Además, se encontró que los niños de la escuela privada estigmatizan más la obesidad que los niños de la escuela pública, siendo que las madres de los primeros realizan más actividades para bajar de peso y, en general, los niños de la escuela pública se encuentran inmersos, tanto en la casa como en la escuela, entre personas que tienen un menor peso corporal, en comparación con el grupo de personas (madres y pares) entre quienes se desenvuelven los niños de la escuela pública.

#### **IV. Discusión**

Investigaciones previas han sugerido que las madres, a través de sus prácticas alimentarias y de su preocupación por la apariencia física, pudieran favorecer la estigmatización de la obesidad que llevan a cabo sus hijos (Davison y Birch, 2004; Hannson y Rasmussen, 2010; Holub et al., 2011; Musher-Eizenman et al., 2007). Sin embargo, no existen investigaciones en las que se haya explorado la relación entre la estigmatización de la obesidad por parte de los niños y las diferentes vías de transmisión de las actitudes maternas relacionadas con el control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física. Por dicho motivo, el presente trabajo tuvo como objetivo explorar si las actitudes y conductas que tienen las madres acerca del control del peso corporal y de la preocupación por la apariencia física tanto de ellas mismas como de sus hijos, se relacionan con la estigmatización de la obesidad que llevan a cabo sus hijos hacia otros niños.

Inicialmente, se evaluó la relación entre las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia su propio peso corporal y apariencia física, y las actitudes y conductas que dirigen hacia el peso corporal y la apariencia física de sus hijos. Los resultados obtenidos concuerdan con los de otras investigaciones (Canals et al., 2009; Linville et al., 2011) que han mostrado asociación entre lo que las madres piensan y hacen respecto de su propia

alimentación y apariencia física, y lo que hacen con sus hijos, de tal forma que si ellas suelen implicarse en prácticas restrictivas para bajar de peso, también tienden a restringir la alimentación de sus hijos, o si consideran que la apariencia física es un elemento crucial para la definición de sí mismas y de sus hijos, entonces tienden a dedicar mucho tiempo al arreglo de la apariencia física tanto de sí mismas como de los niños. Las madres que realizan más prácticas de control alimentario y muestran una mayor preocupación por la apariencia física, tanto propia como de sus hijos, también emiten un mayor número de verbalizaciones respecto del peso corporal y de la apariencia física, lo cual da a los niños una mayor cantidad de oportunidades para observar conductas que denoten actitudes negativas respecto del peso corporal o la apariencia física y que, de acuerdo con investigaciones previas, pueden transmitir el mensaje de que tener sobrepeso u obesidad es malo o poco deseable (Hansson y Rasmussen, 2010; Holub et al., 2011). Así, las madres que están más insatisfechas con su cuerpo son quienes a su vez están más preocupadas por el peso corporal de sus hijos y tienden a restringirles la alimentación. En algunas investigaciones (Birch et al., 2003; Johannsen et al., 2006; May et al., 2007; Musher-Eizenman et al., 2007) se ha sugerido que las madres con mayor peso corporal tratan de prevenir que sus hijos sean obesos para evitarles las consecuencias negativas de la obesidad, tanto físicas como sociales (entre las que se encuentra la estigmatización).

No obstante, no basta con que las madres actúen de cierta forma o verbalicen determinados contenidos si los niños no perciben las conductas que llevan a cabo sus madres, motivo por el cual se evaluó si los niños perciben las conductas que sus madres llevan a cabo para controlar el peso corporal y cuidar de la apariencia física de ambos, y si las percepciones de los niños se relacionan con las conductas que ellos mismos llevan a cabo para controlar su propio peso corporal y cuidar de su apariencia física.

Tal como se ha mostrado en otras investigaciones (Lowes y Tiggemann, 2003; Sands y Wardle, 2003; Yamazaki y Omori, 2011), el modelamiento de conductas maternas para bajar de peso se asoció con la realización de actividades para bajar de peso que llevaron a cabo los niños; sin embargo, la percepción de que las madres realizaban actividades para bajar de peso no se asoció con la insatisfacción corporal de los niños. Al analizar el tipo de actividades que realizaron las madres para bajar de peso, se encontró que en su mayoría fueron actividades saludables, al igual que las que mencionaron los niños. De acuerdo con la literatura, en edades tempranas los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares; y entre ello, es posible que aprendan que llevar a cabo ciertas actividades para bajar de peso es una conducta deseable (Domínguez-Vásquez, Olivares y Santos, 2008), lo cual podría explicar que los niños hayan reportado prácticas de control alimentario similares a las de las madres aunque no hayan estado insatisfechos con su cuerpo, pues

aparecen en el marco de conductas llevadas a cabo para conservar la salud y no para modificar la figura corporal.

De hecho, en este trabajo se hizo patente que las madres tienden a restringir la alimentación de sus hijos pero que es más común que lo hagan de manera encubierta que abierta, es decir, no prohíben directamente el consumo de algunos alimentos pero evitan llevar a casa aquellos que consideran poco saludables o no llevan a sus hijos a cierto tipo de restaurantes. De acuerdo con Brown et al. (2008) y Johannsen et al. (2006), el control alimentario encubierto es el más saludable porque, a diferencia del control alimentario abierto, no favorece el efecto paradójico de incrementar la ocurrencia de la conducta que se busca evitar. Al haber sido la forma de control más utilizada, los niños no perciben la restricción y no llevan a cabo actividades para controlar su propia alimentación.

Incluso la percepción de la presión para comer, que por definición es una forma de control alimentario abierto, ya que consiste en obligar al niño a comer más aún cuando dice que ya no tiene hambre, lo mismo que la percepción de las verbalizaciones maternas acerca de la musculatura, aparece relacionada con que los niños realicen actividades para aumentar su musculatura pero no con la insatisfacción corporal, posiblemente porque las madres de los niños de esta edad enfatizan la importancia del crecimiento, de estar fuertes y saludables, favoreciendo la satisfacción corporal de sus hijos quienes, incluso, en ocasiones idealizaron una figura



corporal ligeramente más robusta que la que perciben como real. Sin embargo, es necesario probar esta hipótesis en investigaciones futuras.

Por otra parte, en diversas investigaciones (Neumark-Sztainer et al., 2010; Ricciardelli et al., 2003; Wertheim et al., 1999) se ha encontrado que las verbalizaciones maternas acerca del peso corporal y de la apariencia física guardan una relación más estrecha con las actitudes de los niños, que el modelamiento materno de las actividades para bajar de peso. En concordancia con dichos trabajos, en este estudio se encontró que tanto las verbalizaciones emitidas por las madres, como las verbalizaciones que percibieron sus hijos, se asocian con la satisfacción corporal de los niños, aunque depende del tipo de verbalización. Esto es, cuando los niños perciben que sus madres hacen alusión a la musculatura, se sienten más satisfechos con sus cuerpos, pero si perciben que hablan de la delgadez o la obesidad con frecuencia, los niños tienen a sentirse menos satisfechos con sus figuras. Sin embargo, es importante resaltar que estando o no satisfechos con su figura corporal, la figura idealizada por la mayoría fue la normopeso, lo cual permite pensar que las madres que participaron en este estudio están promoviendo actitudes favorables hacia un peso corporal saludable.

En cuanto a la percepción de la preocupación materna por la apariencia física, los niños percibieron tanto la preocupación de sus madres por la apariencia física de ellas mismas, como la preocupación por la

apariciencia física de ellos, y esta percepción se asocia con la preocupación de los niños por su propia apariciencia física. No obstante, tal preocupación aparece desligada de su peso y de su grado de satisfacción corporal. De acuerdo con la literatura, la falta de relación entre la preocupación por la apariciencia física y las actitudes negativas hacia la figura y el peso corporal, como lo sería la insatisfacción corporal, es indicador de una preocupación saludable por la apariciencia física (Cash et al., 2004; Tiggemann y Lacey, 2009).

De esta forma, las verbalizaciones maternas respecto a la musculatura, el modelamiento de conductas para controlar el peso corporal propio y las muestras de preocupación por su apariciencia física, se asocian con la satisfacción corporal de los niños, la realización de conductas para controlar su propio peso, y con su preocupación por la propia apariciencia física, con una consecuente idealización de las figuras normopeso, y la única variable asociada con la insatisfacción corporal de los niños fue la verbalización materna percibida acerca de la obesidad y la delgadez.

Ahora bien, a pesar de que en algunos estudios (Davison y Birch, 2004; Hansson y Rasmussen, 2010; Holub et al., 2011; Musher-Eizenman et al., 2007) se ha sugerido que las conductas que las madres llevan a cabo para controlar su propio peso corporal y el control alimentario que ejercen sobre sus hijos pudieran ser interpretados por los niños como miedo a la

gordura, lo que podría hacerlos más proclives a estigmatizar a la gente obesa, los hallazgos de este estudio difieren de los mencionados.

En términos generales, se encontró que tanto las madres como sus hijos, evalúan negativamente la figura corporal obesa, resultado que concuerda con otros estudios (Brylinsky y Moore, 1994; Hebl y Xu, 2001; Kraig y Keel, 2001; Latner y Stunkard, 2003; Schwartz et al., 2003) que señalan que independientemente de la edad, el sexo, el nivel educativo o la formación profesional, las personas emiten estereotipos y juicios negativos acerca de las personas obesas. Asimismo, en concordancia con otros estudios (Davison y Birch, 2004; Jiménez, 2007; Latner et al., 2005; Rand y Wright, 2000; Sagone y De Caroli, 2013), tanto las madres como los niños evaluaron negativamente a la figura corporal delgada, mientras que evaluaron positivamente a la figura normopeso.

En el caso de las madres, se encontró que su peso corporal fungió como mediador entre la estigmatización de la obesidad y las actitudes maternas relacionadas con el control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física. A menor peso corporal se sienten más satisfechas con su figura y también estigmatizan más la obesidad. Por el contrario, a mayor peso corporal se sienten menos satisfechas pero también estigmatizan menos. Los resultados del estudio resultan congruentes en tanto que las personas obesas fueron quienes más actividades realizaron para controlar su peso corporal, situación que, de acuerdo con Schwartz y

Brownell (2004), es común a lo largo de la vida de las personas con sobrepeso y les puede generar la creencia de que el peso corporal es poco controlable. A su vez, una menor percepción de controlabilidad del peso corporal se ha asociado con una menor estigmatización de la obesidad, puesto que no se percibe al obeso como responsable de su condición y en cambio se considera que la obesidad puede deberse a factores ajenos al individuo, por ejemplo a la disponibilidad de alimentos engordantes, la mercadotecnia o la educación que se le dio al individuo (Daníelsdóttir et al., 2010; Tiggemann y Anesbury, 2000). A diferencia de las personas obesas o con sobrepeso, es posible que las personas delgadas o normopeso consideren que el peso corporal es controlable (Crandall, 1994; Malterud y Ulriksen, 2011; Romero y Marini, 2006) y que, por tanto, perciban al individuo obeso como responsable de su condición pues deben y pueden bajar de peso si así se lo proponen, pero como no lo hacen las estigmatizan (Magallanes et al., 2013).

También en concordancia con otros estudios, se encontró una asociación positiva (aunque de baja magnitud) entre la estigmatización de la obesidad por parte de las madres y la que llevan a cabo sus hijos (Holub, 2011; O'Bryan et al., 2004). Sin embargo, la estigmatización por parte de las madres no se asoció con las conductas que realizan para controlar el peso corporal de sus hijos o para cuidar de la apariencia física de ellos. Así, las madres controlan la alimentación de sus hijos si ellos están pasados de

peso, y se preocupan por la apariencia física de sus hijos si consideran que ésta influye sobre los eventos sociales y emocionales de ellas, pero dichas prácticas no se relacionan con las opiniones de las madres respecto de la gente obesa. De hecho, a mayor peso corporal de los niños, mayor fue el uso de verbalizaciones maternas respecto del cuerpo de los niños pero no respecto del cuerpo de otras personas.

Por último, en lo referente a la estigmatización de la obesidad llevada a cabo por los niños, se encontró que a mayor edad los niños tendieron a estigmatizar más la obesidad, a la vez que tendieron a percibir menos presión para comer y menos verbalizaciones maternas acerca de la musculatura, de tal manera que la edad de los niños medió la relación negativa entre la estigmatización de la obesidad y dichas percepciones. La edad de los niños parece ser determinante por varias razones. Por un lado, la etapa de desarrollo en la cual se encontraban los niños examinados, periodo de las operaciones concretas (Flavell, 1985/1996; Piaget, 1947/1971; Piaget e Inhelder, 1969/1997), no permite que los niños atiendan a las distintas variables presentes en un fenómeno y, por ende, no tiendan a establecer relaciones entre ellas, percibiendo los mensajes que se les comunican de manera literal. Por esa razón, contrario con la hipótesis de Hansson y Rasmussen (2010), quienes sugirieron la posibilidad de que los niños interpreten las prácticas de control alimentario materno como miedo a la gordura y en consecuencia estigmaticen más la obesidad, los resultados

obtenidos parecen indicar que en los niños no existe relación alguna entre la opinión que emitieron respecto de las personas obesas y su percepción de las actividades maternas para controlar el peso corporal o cuidar de la apariencia física. De esta manera, la relación encontrada entre las prácticas maternas y las actividades que los niños llevaron a cabo consigo mismos, parece indicar que, aunque las madres juzguen negativamente a las personas obesas, dicho juicio no incide –al menos de manera explícita– sobre las prácticas alimentarias y de cuidado de la apariencia física que ejercen sobre sus hijos, sino que las realizan en función de las características propias de sus hijos, con lo cual les envían mensajes relacionados con su propio cuerpo pero no respecto del cuerpo de otras personas. Por esta razón, quizás los niños tienden a acatar como reglas los mensajes maternos acerca del control del peso corporal y del cuidado de la apariencia física, sin relacionarlos con la estigmatización de la obesidad, quedando ésta como un fenómeno desagregado.

Por otra parte, se ha observado que a menor edad de los niños, las madres ejercen un mayor control alimentario hacia ellos (particularmente presión para comer), lo cual sucede cuando los niños aún se encuentran conociendo sabores y adquiriendo hábitos alimentarios e incluso, en algunos casos enfrentando neofobias a los alimentos, situación que suele decrecer a partir de los nueve años de edad (Dovey, Staples, Gibson y Halford, 2008; Nicklaus, 2009), lo cual explicaría que los niños, a menor

edad, hayan percibido una mayor presión para comer. Asimismo, conforme los niños se hacen mayores no solamente comienzan a ser menos presionados para comer, sino que pueden ejercer más control sobre su propia alimentación.

En resumen, la estigmatización de la obesidad que llevaron a cabo los niños de este estudio no fue predicha por las actitudes y conductas maternas, por lo que es posible que existan otros factores relacionados con la aparición de la estigmatización entre los niños, que cobren un mayor peso al intentar explicar el fenómeno. Si tales factores fueran de tipo social y cognitivo, se explicaría que a mayor edad los niños estigmaticen más la obesidad. Por ejemplo, se involucran cada vez más en actividades con sus pares (Bukowski, Motzoi y Meyer, 2009), entre quienes pueden observar las actitudes que expresan acerca de los niños obesos. En este sentido, existen estudios (Chudek, Brosseau-Liard, Birch y Henrich, 2013) que muestran que los niños atienden a la edad de los informantes para validar la información que se les proporciona. Así, en algunos casos prefieren la información proveniente de los adultos, pero prefieren seguir a sus pares cuando el dominio de información es considerado como perteneciente a la gente joven, por ejemplo, si una canción es buena o mala, dependerá de los gustos y afinidades de los otros, por lo que es más probable que sus preferencias devengan de la influencia de sus pares. Esta tendencia se magnifica si el prestigio de la persona queda comprometido por el consenso

en la opinión de los congéneres (Chudek, Heller, Birch y Henrich, 2012) y la influencia de la familia decrece en cuanto a las opiniones que se forman los niños (Harris, 1998) aunque, particularmente respecto a los hábitos alimentarios, la influencia de la familia sigue siendo mayor (Geller, Hendricks, Álvarez, Braceros y Nigg, 2013; Lindsay, Sussner, Kim y Gortmaker, 2006). En este orden de ideas, resulta coherente que a mayor edad los niños estigmaticen más no sólo debido a la influencia cada vez mayor de sus pares, sino también por la información que, en conjunto, reciben a partir de otras fuentes, como los medios masivos de comunicación (Boyland y Halford, 2013; Villani, 2001), que presentan una forma aceptada de estigmatización (Puhl y Heuer, 2009, 2010), que es reforzada socialmente mediante el mensaje de que las personas no debieran ser obesas y de que si quisieran modificar su peso, dependería de ellas el poder hacerlo (Bell y Morgan, 2000; Crandall, 1994). Mientras tanto, la influencia de las madres continúa siendo importante para la adquisición de los propios hábitos alimentarios y del cuidado de la apariencia física.

Por último, los datos de esta investigación mostraron que los niños provenientes de una escuela privada estigmatizaron más la obesidad que los niños de una escuela pública. Al revisar otras diferencias entre ambas escuelas, se encontró que las madres y los niños de la escuela privada tuvieron un peso corporal significativamente menor que las madres y los niños de la escuela pública. Por un lado, el que las madres de la escuela



privada, hayan tenido un peso corporal menor y por lo tanto hayan estado más satisfechas con su cuerpo, podría explicar una mayor estigmatización de la obesidad en los términos que se discutieron al inicio. No obstante, dado que además se observa un mayor nivel educativo entre las madres de la escuela privada, a partir de ahí se infiere un mayor nivel de ingresos económicos (Montes, 2013), lo cual probablemente esté facilitando que las madres de la escuela privada cuenten con recursos para realizar actividades que les permitan mantener un peso corporal más saludable que las madres de la escuela pública. Por ejemplo, un mayor nivel económico se ha asociado con una alimentación más saludable y con una mayor realización de actividad física (Inglis, Ball y Crawford, 2005; Jasso y Villezca, 2003; Shahar, Shai, Vardi, Shahar y Fraser, 2005), aunque también se ha asociado con una mayor insatisfacción corporal (Palma-Coca et al., 2011), lo cual concuerda con el hallazgo de que las madres de los niños de la escuela privada llevaron a cabo más actividades poco saludables para bajar de peso, que las madres de la escuela pública. Además, como resultado de presentar pesos corporales menores tanto las madres como los niños de la escuela privada, pareciera que estos niños están más en contacto con personas de peso corporal normal o delgado que los niños de la escuela pública, tanto en lo que se refiere a su familia (en particular su madre) como a sus pares, de tal forma que lo similar a ellos es el grupo de los no-obesos. De acuerdo con Link y Phelan (2006), para

que ocurra la estigmatización lo primero que debe ocurrir es la identificación de las diferencias humanas, etiquetar esas diferencias e identificarse con el grupo de los que no poseen el rasgo que marca la diferencia. En el caso de los niños de la escuela privada, existe una mayor probabilidad de que detecten que la obesidad es indeseable por el hecho de que sus madres se preocupan más por el cuidado de su peso corporal, incluso mediante una mayor realización de actividades poco saludables para bajar de peso, además de que la mayoría de ellos forman parte de los no-obesos, haciéndolos más proclives a estigmatizar la obesidad en comparación con los niños de la escuela pública, ya que en ésta última es más frecuente el sobrepeso o la obesidad y las madres, aunque estén más insatisfechas con su cuerpo, realizan menos actividades que las madres de la escuela privada para controlar su propio peso corporal.

En conclusión, la estigmatización está mediada por el peso corporal en el caso de las madres y por la edad en el caso de los niños, y no se observó una relación directa entre las prácticas maternas y la estigmatización por parte de sus hijos, lo cual constituye el punto de partida para investigaciones centradas en la relación con los pares y en factores sociales que pudieran propiciar la estigmatización entre niños y jóvenes.

## **V. Limitaciones del estudio**

Una limitación del estudio fue la muerte experimental observada, puesto que del número total de madres a quienes se les envió carta de consentimiento informado, únicamente se consiguió la participación del 43.6%, lo que nos permite pensar que hubieran contestado las madres más preocupadas por el cuidado de la alimentación y de la apariencia física de sus hijos, lo cual podría haber producido un sesgo en los resultados del estudio que no era posible controlar por haber reunido al grupo de manera intencional.

Otra limitación consistió en que, aunque a partir de los resultados obtenidos se infiere que algunos factores relacionados con el desarrollo de los niños favorecen que a mayor edad estigmaticen más la obesidad, al ser un estudio de tipo transversal no es posible establecer relaciones causales entre las variables.

Para evaluar la estigmatización de la obesidad se eligió un instrumento que recaba los estereotipos negativos que las madres y los niños asocian con la obesidad, ya que posibilita examinar las mismas actitudes hacia la gente obesa tanto en el grupo de madres como en el grupo de niños. Sin embargo, además de su expresión mediante estereotipos, la estigmatización de la obesidad puede manifestarse a través de prejuicios y conductas abiertas de rechazo o discriminación, por lo que sería necesario explorar el fenómeno utilizando métodos de registro observacional que

evalúen expresiones conductuales de la estigmatización de la obesidad, especialmente si se considera que los resultados de este estudio mostraron que las conductas maternas más fácilmente observables por los niños tendieron a ser percibidas y puestas en práctica por ellos.

## **VI. Conclusiones y sugerencias para futuras investigaciones**

Los resultados de la presente investigación mostraron que las actitudes y conductas maternas respecto del control del peso corporal y de la apariencia física no se relacionan con la estigmatización de la obesidad que realizan los niños, pero sí se relacionan con las actitudes y conductas que los niños dirigen hacia su propio cuerpo y apariencia física.

Esta diferencia entre dominios sobre los cuales impactan las actitudes maternas acerca del control del peso corporal y preocupación por la apariencia física es un hallazgo importante, porque permite acotar los factores que pueden estar contribuyendo a la estigmatización de la obesidad en los niños y abre líneas de investigación novedosas.

Por ejemplo, los datos sugieren la posibilidad de que la estigmatización de la obesidad en los niños sí esté relacionada con las actitudes y los mensajes maternos respecto del control del peso corporal y la preocupación por la apariencia física, pero que debido a la edad de los niños que participaron en este estudio, y su momento de desarrollo cognitivo, no hayan establecido asociaciones entre tales actitudes y mensajes y sus opiniones acerca de la gente obesa. Habría entonces que evaluarlos más adelante e indagar si es mayor la influencia de las actitudes y conductas maternas sobre la preocupación de la apariencia, sobre todo en

el paso por la adolescencia con lo que ello implica sobre la propia imagen, y las actitudes hacia la obesidad.

Por otro lado, los niños pequeños están más expuestos a un control alimentario abierto por parte de sus madres y a mayores presiones para comer, pero conforme crecen el control disminuye y de acuerdo con la literatura los pares empiezan a cobrar mayor relevancia y aumenta el involucramiento con los congéneres, por lo que es necesario indagar el papel de los pares en la estigmatización de la obesidad que llevan a cabo los niños, especialmente considerando que en el ambiente escolar son frecuentes los actos de violencia verbal, física y social dirigidos hacia los niños obesos.

Adicionalmente, los niños están expuestos constantemente a mensajes publicitarios en los que se afirma que ser obeso es malo y debe evitarse, ya sea por cuestiones estéticas o de salud, y también habría que explorar si esta información está favoreciendo la estigmatización de la obesidad.

A partir de las diferencias observadas entre la estigmatización de la obesidad de los niños de la escuela pública y de la escuela privada, surge la pregunta de si, efectivamente, un mayor contacto cotidiano con personas normopeso o delgadas genera una mayor estigmatización de la obesidad, en comparación a si se tiene una mayor interacción cotidiana con personas que tienen sobrepeso u obesidad; si lo que genera una mayor

estigmatización de la obesidad es la observación frecuente de prácticas maternas dirigidas al mantenimiento de un peso corporal saludable; o bien, si se debe a diferencias entre los pares que pudieran favorecer una mayor estigmatización de la obesidad entre los niños de la escuela privada, y una menor estigmatización de la obesidad entre los niños de la escuela pública.

Otro hallazgo importante de esta investigación fue la identificación del tipo de prácticas alimentarias que las madres llevaron a cabo con sus hijos. En general, las madres tendieron a controlar la alimentación de sus hijos de manera encubierta y no mostraron una elevada preocupación por la apariencia física. Ambas cuestiones favorecen que los niños, a su vez, adquieran actitudes favorables respecto de su peso corporal y de su apariencia física. No obstante, también se observó una conducta materna que sería recomendable modificar: el tipo de verbalizaciones que dirigen hacia sus hijos, especialmente cuando están preocupadas porque ellos puedan tener sobrepeso; si las madres tuvieran la creencia de que la crítica a la figura corporal de sus hijos favorecerá el que ellos tomen acciones para bajar de peso, y por ese motivo la llevan a cabo, en realidad lo que está generando es insatisfacción corporal en los niños, incrementándose el riesgo, a mediano o largo plazo, de presentar prácticas alimentarias poco saludables.

A la luz de los hallazgos de este trabajo, por tanto, las prácticas alimentarias abiertas que las madres llevan a cabo consigo mismas y con

sus hijos, así como las conductas maternas para el cuidado de la apariencia física tanto de sí mismas como de sus hijos, serían elementos imprescindibles al diseñar intervenciones que tuvieran como objetivo mejorar la satisfacción corporal de los niños y la adquisición de hábitos alimentarios y de cuidado de la apariencia física saludables, pero no lo serían si el objetivo de la intervención fuera la reducción de la estigmatización de la obesidad en los niños.



## VII. Referencias

- About, F. E. (2003). The formation of in-group favoritism and out-group prejudice in young children: Are they distinct attitudes?. *Developmental Psychology*, 39(1), 48-60. doi: 10.1037/0012-1649.39.1.48
- Abramovitz, B. A., & Birch, L. L. (2000). Five-year-old girls' ideas about dieting are predicted by their mothers' dieting. *Journal of the American Dietetic Association*, 100, 1157-1163.
- Adams, G. R., Hicken, M., & Salehi, M. (1988). Socialization of the physical attractiveness stereotype: Parental expectations and verbal behaviors. *International Journal of Psychology*, 23, 137-149.
- Álvarez, D., & Franco, K. (2001). *Validación del Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores campus Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*, doi:10.1038/oby.2008.35.
- Anesbury, T., & Tiggemann, M. (2000). An attempt to reduce negative stereotyping of obesity in children by changing controllability beliefs. *Health Education Research*, 15, 145-152.

- Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image, 1*, 155-167.
- Austin, J. L., & Smith, J. E. (2008). Thin ideal internalization in Mexican girls: A test of the sociocultural model of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 448-457.
- Bacardi-Gascón, M., León-Reyes, M. J., & Jiménez-Cruz, A. (2007). Stigmatization of overweight Mexican children. *Child Psychiatry and Human Development, 38*, 99-105.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Barry, C. L., Brescoll, V. L., Brownell, K. D., & Schlesinger, M. (2009). Obesity metaphors: How beliefs about the causes of obesity affect support for public policy. *The Milbank Quarterly, 87*(1), 7-47.
- Basdevant, A. (2008). Obesity: Pathophysiological concepts. *Joint Bone Spine, 75*, 665-666.
- Bell, S. K., & Morgan, S. B. (2000). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: Does a medical explanation for the obesity make a difference? *Journal of Pediatric Psychology, 25*, 137-145.

- Benedikt, R., Wertheim, E. H., & Love, A. (1998). Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(1), 43-57.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1054-1061.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: Maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 215-220.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36, 201-210.
- Boyland, E. J. & Halford, J. C. G. (2013). Television advertising and branding. Effects on eating behaviour and food preferences in children. *Appetite*, 62, 236-241. doi: 10.1016/j.appet.2012.01.032
- Bray, G. A. (2005). Epidemiology, risks and pathogenesis of obesity. *Meat Science*, 71, 2-7.
- Brown, K. A., Ogden, J., Vögele, C., & Gibson, E. L. (2008). The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*, 50, 252-259. doi:10.1016/j.appet.2007.07.010

- Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: A study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research, 19*(3), 261-271.
- Brylinsky, J. A., & Moore, J.C. (1994). The identification of body build stereotypes in young children. *Journal of Research in Personality, 28*, 170-181.
- Bukowski, W. M., Motzoi, C., & Meyer, F. (2009). Friendship as process, function and outcome. En K. H. Rubin, W. M. Bukowski & B. Laursen (Eds.). *Peer Interactions, Relationships, and Groups* (pp. 217-231). New York: Guilford Press.
- Bustos, R., Amigo, I., Fernández, C., & Herrero, J. (2009). Actividades extraescolares, ocio sedentario y horas de sueño como determinantes del sobrepeso infantil. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9*(1), 59-66.
- Canals, J., Sancho, C., & Arija, M. V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(6), 353-359. doi: 10.1007/s00787-009-0737-9
- Carels, R. A., & Musher-Einzenman, D. R. (2010). Individual differences and weight bias: Do people with an anti-fat bias have a pro-thin bias? *Body Image, 7*, 143-148.
- Caroli, M., & Lagravinese, D. (2002). Prevention of obesity. *Nutrition Research, 22*, 221-226.

- Carper, J. L., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2000). Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*, *35*, 121-129.
- Cash, T. F. (2003). *Brief manual for the Appearance Schemas Inventory-Revised*. [www.body-images.com].
- Cash, T. F., & Labarge, A. S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, *20*(1), 37-50.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, *35*, 305-316.
- Chen, E. Y., & Brown, M. (2005). Obesity stigma in sexual relationships. *Obesity Research*, *13*, 1393-1397.
- Chudek, M., Brosseau-Liard, P., Birch, S. & Henrich, J. (2013). Culture-gene coevolutionary theory and children's selective social learning. En M. Banaji & S. Gelman (Ed.). *Navigating the Social World: What Infants, Children, and Other Species Can Teach Us* (pp. 181- 185). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Chudek, M., Heller, S., Birch, S. & Henrich, J. (2012). Prestige-biased cultural learning: bystander's differential attention to potential models influences children's learning. *Evolution and Human Behavior*, *33*(1), 46-56. doi:10.1016/j.evolhumbehav.2011.05.005

- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ*, *320*, doi:10.1136/bmj.320.7244.1240.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, *10*, 199-208.
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, *19*, 429-451.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*(5), 882-894.
- Crandall, C. S. (2000). Ideology and lay theories of stigma: The justification of stigmatization. En: T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl & J.G. Hull (Eds.). *The Social Psychology of Stigma* (pp.126-152). New York, NY: The Guilford Press.
- Daníelsdóttir, S., O'Brien, K., & Ciao, A. (2010). Anti-fat prejudice reduction: A review of published studies. *Obesity Facts*, *3*, 47-58.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2004). Predictors of fat stereotypes among 9-year-old girls and their parents. *Obesity Research*, *12*, 86-94.
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, *58*(3), 249-255.

- Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. G. (2008). Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review. *Appetite, 50*, 181-193. doi:10.1016/j.appet.2007.09.009
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research, 12*(11), 1711-1722.
- Fernández-Castillo, A., & Fernández, J. (2006). Valoración del prejuicio racial en la infancia: Adaptación preliminar de la escala de prejuicio racial sutil y manifiesto. *Infancia y Aprendizaje, 29*, 327-342.
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations, 7*, 117-140. doi: 10.1177/001872675400700202
- Fisher, J. O. & Birch, L. L. (1999a). Restricting access to food and children's eating. *Appetite, 32*, 405-419.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999b). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *American Journal of Clinical Nutrition, 69*, 1264-1272.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2000). Parents' restrictive feeding practices are associated with young girls' negative self-evaluation of eating. *Journal of The American Dietetic Association, 100*, 1341-1346.
- Flavell, J. (1996). El desarrollo cognitivo (Trad. M. J. Pozo & J. I. Pozo). Madrid: Aprendizaje Visor. (Reimpreso de *Cognitive development*, 1985, New Jersey: Prentice-Hall).

- Fontaine, K. R., Faith, M. S., Allison, D. B., & Cheskin, L. J. (1998). Body weight and health care among women in the general population. *Archives of Family Medicine, 7*, 381-384.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., & Musante, G. J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: Relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity Research, 13*, 907-916.
- Fulkerson, J. A., McGuire, M. T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A., & Perry, C. L. (2002). Weight-related attitudes and behaviors of adolescent boys and girls who are encouraged to diet by their mothers. *International Journal of Obesity, 26*, 1579-1587.
- García-Camba, E. (2001). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Masson.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*(2), 15-34.
- Geller, K. S., Hendricks, T. A., Álvarez, A. R., Bracerros, K. C. A., & Nigg, C. R. (2013). Parent and friend influences on the multiple health behavior of Pacific Islander adolescents. *Health, 5*(11B), 5-11. doi:10.4236/health.2013.511A2002



- Goffman, E. (1963). *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Argentina: Amorrortu.
- Gesta, S., Tseng, Y., & Kahn, C. R. (2007). Developmental origin of fat: Tracking obesity to its source. *Cell*, 131, 242-256.
- Greenleaf, C., Chambliss, H., Rhea, D. J., Martin, S. B., & Morrow, J. R. (2006). Weight stereotypes and behavioral intentions toward thin and fat peers among white and Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39, 546-552.
- Greenleaf, C., & Weiller, K. (2005). Perceptions of youth obesity among physical educators. *Social Psychology of Education*, 8, 407-423.
- Gutiérrez-Fisac, J. L., Royo-Bordonada, M. A., & Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl 1), 48-54.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L. ...Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hansson, L. M., & Rasmussen, F. (2010). Predictors of 10-year-olds' obesity stereotypes: A population-based study. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5, 25-33.
- Harris, J. R. (1998). *The nurture assumption*. New York: Free Press.

- Harrison, K., & Hefner, V. (2006). Media exposure, current and future body ideals, and disordered eating among preadolescent girls: A longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 153-163.
- Hartup, W. W. (1989). Social relationships and their developmental significance. *American Psychologist*, 44(2), 120-126.
- Harvard Medical School (2004). Is obesity a mental health issue?. *Harvard Mental Health Letter*, 21(4), 1-4.
- Hebebrand, J., Sommerlad, C., Geller, F., Görg, T., & Hinney, A. (2001). The genetics of obesity: Practical implications. *International Journal of Obesity*, 25, (supl. 1), S10-S18.
- Hebl, M. R., & Turchin, J. M. (2005). The stigma of obesity: What about men?. *Basic and Applied Social Psychology*, 27, 267-275.
- Hebl, M. R., & Xu, J. (2001). Weighing the care: Physician's reactions to the size of a patient. *International Journal of Obesity*, 25, 1246-1252.
- Hernán, C. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 33(2), 72-80.
- Herbozo, S., & Thompson, J.K. (2006). Development and validation of the verbal commentary on physical appearance scale: Considering both positive and negative commentary. *Body Image*, 3, 335-344. doi: 10.1016/j.bodyim.2006.10.001
- Hill, A.J. (2005). Psychological aspects of obesity. *Psychiatry*, 4, 26-30.

- Hill, A. J., & Franklin, J. A. (1998). Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology, 37*, 3-13.
- Holub, S. C. (2008). Individual differences in the anti-fat attitudes of preschool-children: The importance of perceived body size. *Body Image, 5*, 317-321.
- Holub, S. C., Tan, C. C., & Patel, S. L. (2011). Factors associated with mothers' obesity stigma and young children's weight stereotypes. *Journal of Applied Developmental Psychology, 32*, 118-126.
- Inglis, V., Ball, K., & Crawford, D. (2005). Why do women of low socioeconomic status have poorer dietary behaviours than women of higher socioeconomic status? A qualitative exploration. *Appetite, 45*, 334-343.
- James, P. T. (2004). Obesity: The Worldwide epidemic. *Clinics in Dermatology, 22*, 276-280.
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics, 113*, 1187-1194.
- Jasso, I. M., & Villezca, P. A. (2003). La alimentación en México: Un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. *INEGI. Notas revistas de información y análisis, 21*, 26-37.

- Jiménez, B. E. (2007). *Depresión, Ansiedad, Imágenes Publicadas en Revistas y Riesgo para Trastorno Alimentario*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Johannsen, D. L., Johannsen, N. M., & Specker, B.L. (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity, 14*(3), 431-439.
- Keller, K. L., Pietrobelli, A., Johnson, S. L., & Faith, M. S. (2006). Maternal restriction of children's eating and encouragements to eat as the 'non-shared environment': A pilot study using the child feeding questionnaire. *International Journal of Obesity, 30*, 1670-1675.
- Keery, H., Eisenberg, M. E., Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2006). Relations between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: The role of perception. *Journal of Psychosomatic Research, 61*, 105-111.
- Klaczynski, P., Daniel, D. B., & Keller, P. S. (2009). Appearance idealization, body esteem, causal attributions, and ethnic variations in the development of obesity stereotypes. *Journal of Applied Developmental Psychology, 30*, 537-551.
- Kraig, K. A., & Keel, P. K. (2001). Weight-based stigmatization in children. *International Journal of Obesity, 25*, 1661-1666.

- Kröller, K., Jahnke, D., & Warschburger, P. (2013). Are maternal weight, eating and feeding practices associated with emotional eating in childhood?. *Appetite*, *65*, 25-30.
- Kushner, R. F., & Roth, J. L. (2005). Medical evaluation of the obese individual. *Psychiatric Clinics of North America*, *28*, 89 – 103.
- Latner, J. D., & Stunkard, A. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*, *11*, 452-456.
- Latner, J. D., Stunkard, A. J., & Wilson, T. (2005). Stigmatized students: Age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*, *13*(7), 1226-1231.
- León-Sánchez, & Barrera (2009). *Las ideas de los niños sobre el mundo biológico*. UNAM-Facultad de Psicología-DGAPA.
- Lerner, R. M., & Korn, S. J. (1972). The development of body-build stereotypes in males. *Child Development*, *43*, 908-920.
- Levine, M., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, *1*, 57-70.
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Kim, J., & Gortmaker, S. (2006). The role of parents in preventing childhood obesity. *The future of children*, *16*(1), 169-186.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, *367*, 528-529.

- Linville, D., Stice, E., Gau, J., & O'Neil, M. (2011). Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms: A 3-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 44*(8), 745-751. doi: 10.1002/eat.20907
- Lowes, J., & Tiggemann, M. (2003). Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *British Journal of Health Psychology, 8*, 135-147.
- Lunner, K., Werthem, E. H., Thompson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F., & Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 430-435.
- Magallanes, A., Jauregui-Lobera, I., Ruiz-Prieto, I., & Santed, M. A. (2013). Antifat attitudes in a sample of women with eating disorders. *Nutrición Hospitalaria, 28*, 649-653. doi: 10.3305/nh.2013.28.3.6383
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 6*(4). doi: 10.3402/qhw.v6i4.8404
- Matthews, K. A., Salomon, K., Kenyon, K., & Zhou, F. (2005). Unfair treatment, discrimination, and ambulatory blood pressure in black and white adolescents. *Health Psychology, 24*(3), 258-265. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.258

- May, A. L., Donohue, M., Scanlon, K. S., Sherry, B., Dalenius, K., Faulkner, P., & Birch, L.L. (2007). Child-feeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. *Journal of the American Dietetic Association, 107*, 1167-1174. doi: 10.1016/j.jada.2007.04.009
- McKenzie, T. L., Sallis, J. F., Nader, P. R., Patterson, T. L., Elder, J. P., Berry, C. C., ...Nelson, J. A. (1991). Beaches: An observational system for assessing children's eating and physical activity behaviors and associated events. *Journal of Applied Behavior Analysis, 24(1)*, 141-151.
- Melnyk, B. M., Small, L., Morrison-Beedy, D., Strasser, A., Spath, L., Kreipe, R., ...Van Blankenstein, S. (2006). Mental health correlates of healthy lifestyle attitudes, beliefs, choices, and behaviors in overweight adolescents. *Journal of Pediatric Health Care, 20(6)*, 401-406. doi:10.1016/j.pedhc.2006.03.004
- Milkewicz, N., Cash, T.F., & Hrabosky, J.I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image, 1*, 155-167.
- Montes, F. Y. (2013, mayo 1). La relación entre ingreso y educación. *El Economista*. Recuperado el 18 de mayo de 2014 de: <http://eleconomista.com.mx/columnas/agro-negocios/2013/05/01/relacion-entre-ingreso-educacion>

- Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Hauser, J. C., & Young, K. M. (2007). The relationship between parents' anti-fat attitudes and restrictive feeding. *Obesity, 5*, 2095-2102.
- Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., & Berge, J. M. (2010). Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls?. *Journal of Adolescent Health, 47*, 270-276. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.02.001
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity, 26*, 123-131.
- O'Brien, K. S., Caputi, P., Minto, R., Peoples, G., Hooper, C., Kell, S., & Sawley, E. (2009). Upward and downward physical appearance comparisons: Development of scales and an examination of predictive qualities. *Body Image, 6*, 201-206. doi:10.1016/j.bodyim.2009.03.003
- O'Brien, K. S., Hunter, J. A., Halberstadt, J., & Anderson, J. (2007). Body image and explicit and implicit anti-fat attitudes: The mediating role of physical appearance comparisons. *Body Image, 4*, 249-256. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.06.001
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Ebner, D., & Hunter, J. A. (2012). Obesity discrimination: The role of physical appearance, personal ideology, and



- anti-fat prejudice. *International Journal of Obesity*, 1-6.  
doi:10.1038/ijo.2012.52
- O'Bryan, M., Fishbein, H. D., & Ritchey, P. N. (2004). Intergenerational transmission of prejudice, sex role stereotyping, and intolerance. *Adolescence*, 39, 407-426.
- Ogden, J., Reynolds, R., & Smith, A. (2006). Expanding the concept of parental control: A role for overt and covert control in children's snacking behaviour?. *Appetite*, 47, 100-106.
- Oliva, J., González, L., Labeaga, J. M., & Álvarez, C. (2008). Salud pública, economía y obesidad: el bueno, el feo y el malo. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 508-510.
- Palma-Coca, O., Hernández-Serrato, M. I., Villalobos-Hernández, A., Unikel-Santoncini, C., Olaiz-Fernández, G., & Bojorquez-Chapela, I. (2011). Association of socioeconomic status, problem behaviors, and disordered eating in Mexican adolescents: Results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Journal of Adolescent Health*, 49, 400-406.  
doi:10.1016/j.jadohealth.2011.01.019
- Patel, S. L., & Holub, S. C. (2011). Body size matters in provision of help: Factors related to children's willingness to help overweight peers. *Obesity*, 20, 382-388. doi:10.1038/oby.2011.314
- Penny, H., & Haddock, G. (2007a). Children's stereotypes of overweight children. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 409-418.

- Penny, H., & Haddock, G. (2007b). Anti-fat prejudice among children: The “mere proximity” effect in 5-10 year olds. *Journal of Experimental Social Psychology, 43*, 678-683.
- Perri, M.G., Nezu, A.M., & Viegner, B.J. (1992). *Improving the Long-term Management of Obesity: Theory, Research, and Clinical Guidelines*. EE.UU: Wiley Interscience.
- Phillips, R.G., & Hill, A.J. (1998). Fat, plain, but not friendless: Self-esteem and peer acceptance of obese pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity, 22*, 287-293.
- Piaget, J. (1971). *Psicología de la inteligencia* (Trad. J. C. Foix). Buenos Aires: Psique. (Reimpreso de *La Psychologie de l'intelligence*, 1947, París: Librairie Armand Colin).
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1997). *Psicología del niño* (Trad. L. Hernández). Madrid: Ediciones Morata. (Reimpreso de *La Psychologie de l'enfant*, 1969, París: Presses Universitaires de France).
- Pinhas, L., Toner, B., Ali, A., Garfinkel, P., & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 223-226.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53*, 187-213.

- Puhl, R. (2006). Childhood obesity and stigma. En: *Obesity Action Coalition. Childhood Obesity Media Kit*. [www.yaleruddinstitute.org](http://www.yaleruddinstitute.org) (recuperado el 19 de marzo de 2008).
- Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: Prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*, *doi:10.1038/ijo.2008.22*.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, *9*, 788-805.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, *4*, 213-227.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, *14*, 1802-1815.
- Puhl, R., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, *doi:10.1038/oby.2008.636*.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, *100*(6), 1019-1028. *doi: 10.2105/AJPH.2009.159491*
- Puhl, R., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, *133*, 557-580.

- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity, 15*, 19-23.
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2007). Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research, doi:10.1093/her/cym052*.
- Rand, C., & Wright, B. A. (2000). Continuity and change in the evaluation of ideal and acceptable body sizes across a wide age span. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 90-100.
- Rand, C., & Wright, B. A. (2001). Thinner females and heavier males: Who says? A comparison of female to male ideal body sizes across a wide age span. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 45-50.
- Rhee, K. E., Coleman, S. M., Appugliese, D. P., Kaciroti, N. A., Corwyn, R. F., Davidson, N. S., ...Lumeng, J. C. (2009). Maternal feeding practices become more controlling after and not before excessive rates of weight gain. *Obesity, 17*(9), 1724-1729. doi:10.1038/oby.2009.54
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Holt, K. E., & Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Applied Developmental Psychology, 24*, 475-495.
- Harris, J. R. (1998). *The nurture assumption*. New York: Free Press.

- Richardson, S. A., Goodman, N., Hastorf, A. H., & Dornbusch, S. M. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, 26(2), 241-247.
- Rivera, J., Shamah, T., Vilalpando, S., González, T., Hernández, B., & Sepúlveda, J. (2001). *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado Nutricio de Niños y Mujeres en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Roehling, M. V., Roehling, P. V., & Pichler, S. (2007). The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination: The role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior*, 71, 300-318.
- Roemmich, J. N., White, T. M., Paluch, R., & Epstein, L. H. (2010). Energy intake, parental control of children's eating, and physical activity in siblings discordant for adiposity. *Appetite*, 55, 325-331. doi:10.1016/j.appet.2010.07.004
- Romero, M. G., & Marini, I. (2006). Obesity as a disability: Medical, psychological and vocational implications. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 37(1), 21-29.
- Ross, C. E. (1994). Overweight and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 63-79.
- Sagone, E., & De Caroli, M. E. (2013). Anti-fat or anti-thin attitudes toward peers? Stereotyped beliefs and weight prejudice in Italian children.

- Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 93, 177-183. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.09.174
- Sands, E. R., & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 193-204.
- Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Lahelma, E. (2004). Relative weight and income at different levels of socioeconomic status. *American Journal of Public Health*, 94, 468-472.
- Schur, E. A., Sanders, M., & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56.
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11, 1033-1039.
- Schwartz, M. B., & Puhl, R. (2003). Childhood obesity: A societal problem to solve. *Obesity Reviews*, 4, 57-71.
- Seacat, J. D., & Mickelson, K. D. (2009). Stereotype threat and the exercise/dietary health intentions of overweight women. *Journal of Health Psychology*, 14, 556-567.
- Seidell, J. C. (1999). The burden of obesity and its sequelae. *Disease Management and Health Outcomes*, 5, 13-21.

- Shahar, D., Shai, I., Vardi, H., Shahar, A., & Fraser, D. (2005). Diet and eating habits in high and low socioeconomic groups. *Nutrition, 21*, 559-566. doi:10.1016/j.nut.2004.09.018
- Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., & Rivera-Dommarco, J. A. (2007). *Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Silva, C., & Jiménez, B.E. (2008). ¿Los hombres las prefieren delgadas?. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 13*, 165-175.
- Stein, C. J., & Colditz, G. A. (2004). The epidemic of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 89*, 2522-2525.
- Stice, E., & Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 985-993.
- Swami, V., Chan, F., Wong, V., Furnham, A., & Tovée, M. J. (2008). Weight-based discrimination in occupational hiring and helping behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 38*, 968-981.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The Social Identity Theory of intergroup behaviour. En: S. Worchel, & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of Intergroup Relations*. Chicago: Nelson-Hall, pp. 7-24.
- Teachman, B. A., & Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: Is anyone immune? *International Journal of Obesity, 25*, 1525-1531.

- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology, 22*(1), 68-78.
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science, 10*(5), 181-183.
- Tiggemann, M., & Anesbury, T. (2000). Negative stereotyping of obesity in children: The role of controllability beliefs. *Journal of Applied Social Psychology, 30*, 1977-1993.
- Tiggemann, M., & Lacey, C. (2009). Shopping for clothes: Body satisfaction, appearance investment, and functions of clothing among female shoppers. *Body Image, 6*, 285-291. doi:10.1016/j.bodyim.2009.07.002
- Tiggemann, M., & McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 23-44.
- Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M., & Story, M. (2003). Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 32*, 78-82.
- van Strien, T., & Bazelier, F.G. (2007). Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7–12-year-old boys and girls. *Appetite, 49*, 618-625.



- Vaughan, K., & Fouts, G. (2003). Changes in television and magazine exposure and eating disorder symptomatology. *Sex Roles, 49*, 313-320.
- Villani, S. (2001). Impact of media on children and adolescents: a 10-year review of the research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(4), 392-401.
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity, 28*, 1333-1337.
- Wang, Y., & Lobstein, T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity, 1*, 11-25.
- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C. A., Rapoport, L., & Plomin, R. (2002). Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity Research, 10*(6), 453-462.
- Warschburger, P. (2005). The unhappy obese child. *International Journal of Obesity, 29*, S127-S129.
- Washington, R. L. (2011). Childhood obesity: Issues of weight bias. *Preventing Chronic Disease, 8*(5), A94, 1-5.
- Wegner, B., Hartmann, A., & Geist, C. (2000). Effect of exposure to photographs of thin models on self-consciousness in female college students. *Psychological Reports, 86*, 1149-1154.
- Weiner, B., & Graham, S. (1984). An attributional approach to emotional development. En C. E. Izard, J. Kagan & R. B. Zajonc (Eds.). *Emotions*,

- Cognition, and Behavior* (pp. 167-191). New York: Cambridge University Press.
- Wertheim, E. H., Mee, V., & Paxton, S. J. (1999). Relationships among adolescent girls' eating behaviors and their parents' weight-related attitudes and behaviors. *Sex Roles, 41*, 169-187.
- World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *The WHO child growth standards*. En línea [<http://www.who.int/childgrowth/en/>]. Consultado el 5 de mayo de 2009.
- Yamazaki, Y., & Omori, M. (2011). Gender differences in thin-ideal internalization and drive for thinness among adolescents: Mothers' roles in children's thin-ideal internalization. *Proceedings, 13*, 79-89.
- Zabinski, M. F., Saelens, B. E., Stein, R. I., Hayden-Wade, H. A., & Wilfley, D. E. (2003). Overweight children's barriers to and support for physical activity. *Obesity Research, 11*, 238-246.

# APÉNDICES

## **APÉNDICE A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimada madre de familia:

Buenas tardes.

Tenemos el gusto de invitarle a participar en una investigación que se encuentra realizando la Universidad Nacional Autónoma de México para investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas cosas que hacemos todos los días; ello con la finalidad de encontrar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud, así como el de nuestra familia. Para ello, hemos diseñado una serie de cuestionarios tanto para las madres como para sus hijos en edad escolar.

Los datos recabados en tales cuestionarios serán de total confidencialidad y serán utilizados únicamente con fines estadísticos. Si usted está de acuerdo en participar, necesitamos que nos dé su anuencia para que tanto usted como su hijo(a) puedan hacerlo. Una vez que usted devuelva esta solicitud de permiso firmada, será conservada de manera independiente, por lo cual los cuestionarios permanecerán en el anonimato.

La información particular de los cuestionarios usted podrá obtenerla al momento de responderlos; sin embargo, si usted requiere de mayor información al respecto, con todo gusto estaremos a su total disposición para aclarar cualquier duda.

**¡De antemano muchas gracias!**

Autorizo expresamente mi participación y la de mi hijo(a) \_\_\_\_\_  
para participar en la presente investigación.

Nombre y firma de la madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **APÉNDICE B. BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA MADRES**

A continuación usted encontrará una serie de cuestionarios que tratan acerca de diferentes actividades que podemos llevar a cabo día con día. Éstos son **completamente anónimos** y la información se usará exclusivamente con fines estadísticos y para diseñar programas preventivos o de ayuda. **No hay respuestas buenas ni malas**, por lo que usted puede responder con total honestidad.

Cada sección del cuestionario se contesta de manera diferente. Por favor, lea con atención las instrucciones al inicio de cada sección y responda a todas y cada una de las preguntas o afirmaciones que ahí se presentan.

Nuevamente, le agradecemos enormemente su participación en la presente investigación.

Antes de comenzar, por favor responda los siguientes datos generales respecto a usted:

Edad: \_\_\_\_\_ años

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso (exacto o aproximado): \_\_\_\_\_

Último grado de estudios: \_\_\_\_\_

Ahora puede comenzar.

**1a SECCIÓN.**

**Instrucciones:** A continuación se presentan tres figuras corporales que representan a tres personas distintas. Utilizando el listado de características que se encuentra debajo de cada figura, por favor indique cómo se imagina que sería cada una de estas personas si de verdad existieran. Marque con una **X** la opción que corresponda a lo que usted imagina:

**a) ¿Cuáles cree usted que serían las características que tendría esta persona si existiera de verdad?**

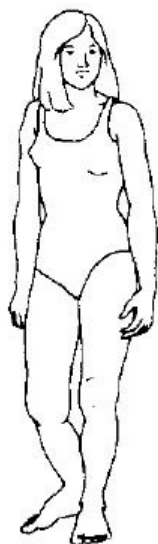


	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Atractiva.....	( )	( )	( )	( )
2. Enfermiza.....	( )	( )	( )	( )
3. Ordenada.....	( )	( )	( )	( )
4. Insegura.....	( )	( )	( )	( )
5. Lenta .....	( )	( )	( )	( )
6. Valiente .....	( )	( )	( )	( )
7. Bonita .....	( )	( )	( )	( )
8. Perezosa .....	( )	( )	( )	( )
9. Feliz .....	( )	( )	( )	( )
10. Cuidadosa .....	( )	( )	( )	( )
11. Inteligente.....	( )	( )	( )	( )
12. Fuerte.....	( )	( )	( )	( )
13. Honesta.....	( )	( )	( )	( )

14. ¿Qué tantos amigos(as) tendría?

- ( ) Ninguno
- ( ) Pocos
- ( ) Bastantes
- ( ) Muchos

**b) ¿Cuáles cree usted que serían las características que tendría esta persona si existiera de verdad?**

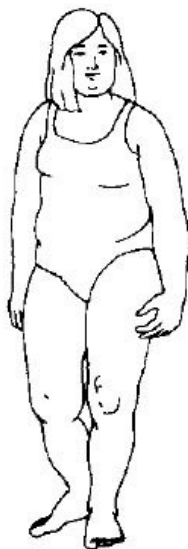


	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1.Atractiva.....	( )	( )	( )	( )
2.Enfermiza.....	( )	( )	( )	( )
3.Ordenada.....	( )	( )	( )	( )
4.Insegura.....	( )	( )	( )	( )
5.Lenta .....	( )	( )	( )	( )
6.Valiente .....	( )	( )	( )	( )
7.Bonita .....	( )	( )	( )	( )
8.Perezosa .....	( )	( )	( )	( )
9.Feliz .....	( )	( )	( )	( )
10.Cuidadosa .....	( )	( )	( )	( )
11.Inteligente.....	( )	( )	( )	( )
12.Fuerte.....	( )	( )	( )	( )
13.Honesta.....	( )	( )	( )	( )

14. ¿Qué tantos amigos(as) tendría?

- ( ) Ninguno
- ( ) Pocos
- ( ) Bastantes
- ( ) Muchos

c) ¿Cuáles cree usted que serían las características que tendría esta persona si existiera de verdad?



	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1.Atractiva.....	( )	( )	( )	( )
2.Enfermiza.....	( )	( )	( )	( )
3.Ordenada.....	( )	( )	( )	( )
4.Insegura.....	( )	( )	( )	( )
5.Lenta .....	( )	( )	( )	( )
6.Valiente .....	( )	( )	( )	( )
7.Bonita .....	( )	( )	( )	( )
8.Perezosa .....	( )	( )	( )	( )
9.Feliz .....	( )	( )	( )	( )
10.Cuidadosa .....	( )	( )	( )	( )
11.Inteligente.....	( )	( )	( )	( )
12.Fuerte.....	( )	( )	( )	( )
13.Honesta.....	( )	( )	( )	( )

14. ¿Qué tantos amigos(as) tendría?

- ( ) Ninguno
- ( ) Pocos
- ( ) Bastantes
- ( ) Muchos



**Instrucciones:** A continuación encontrará una serie de afirmaciones acerca de actividades que la gente puede realizar en mayor o menor medida. Responda con una **X** en el paréntesis que corresponda de acuerdo a qué tan frecuentemente realiza las siguientes actividades. No hay respuestas buenas ni malas. Recuerde que sus respuestas son anónimas, por lo cual puede responder con la mayor veracidad posible. Por favor responda todas y cada una de las preguntas.

	Nunca	Rara vez (menos del 20% del tiempo)	En ocasiones (20 al 40% del tiempo)	Frecuentemente (40 al 60% del tiempo)	Casi siempre (60 al 80% del tiempo)	Siempre (del 80% al 100% del tiempo)
1. Pienso que mi estómago es demasiado grande.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2. Pienso que mis piernas son demasiado anchas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5. Me gusta la forma de mis pompas o glúteos.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8. Creo que mis pompas o glúteos son demasiado anchas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. Como dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc.) sin sentirme nerviosa.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11. Pienso en seguir una dieta.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13. Me aterroriza ganar peso.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14. Exagero a menudo la importancia del peso.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16. Si subo un poco de peso, me preocupa que pueda seguir aumentando.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )

**¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades?**

Nunca	1 a 2 veces al mes	1 vez a la semana	Más de 1 vez a la semana
-------	--------------------	-------------------	--------------------------

1. Consumo productos *Light* ..... ( ) ( ) ( ) ( )
2. Evito comer comida alta en grasas (gorditas, alimentos fritos, *papitas*, etc.) ..... ( ) ( ) ( ) ( )
3. Tomo pastillas para bajar de peso..... ( ) ( ) ( ) ( )
4. Ayuno o me “salto comidas” ..... ( ) ( ) ( ) ( )
5. Hago ejercicio..... ( ) ( ) ( ) ( )
6. Procuero comer poca comida..... ( ) ( ) ( ) ( )
7. Tomo laxantes (purgantes)..... ( ) ( ) ( ) ( )
8. Evito comer alimentos altos en azúcar (dulces, helados, pastelillos, pasteles, etc.)..... ( ) ( ) ( ) ( )
9. Tomo diuréticos..... ( ) ( ) ( ) ( )
10. Utilizo productos específicos para bajar de peso, como fajas o jabones “reductores”, etc..... ( ) ( ) ( ) ( )
11. Como frutas..... ( ) ( ) ( ) ( )
12. Me produzco el vómito..... ( ) ( ) ( ) ( )
13. Sigo dietas establecidas por algún médico o nutriólogo..... ( ) ( ) ( ) ( )
14. Evito comer alimentos “engordantes” (tortillas, pan, arroz, pastas, etc.)..... ( ) ( ) ( ) ( )
15. Como verduras..... ( ) ( ) ( ) ( )
16. Tomo más de dos litros de agua al día..... ( ) ( ) ( ) ( )
17. Sigo dietas recomendadas por personas cercanas a mí, o dietas que aparecen en revistas, radio o televisión..... ( ) ( ) ( ) ( )

**Instrucciones:** Los enunciados que aparecen a continuación son creencias que la gente puede tener, o no, acerca de su apariencia física y la influencia que ésta tiene en su vida. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado, escribiendo una **X** en el paréntesis que contenga la opción de respuesta que mejor refleje lo que usted piensa. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo responda de acuerdo a sus creencias personales. Por favor responda todas y cada una de las preguntas o afirmaciones.

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Empleo mucho tiempo ocupándome de mi apariencia física.....	( )	( )	( )	( )
2. Cuando encuentro gente que se ve bien, me pregunto qué tan bien me veo yo.....	( )	( )	( )	( )
3. Trato de verme lo más bonita que puedo.....	( )	( )	( )	( )
4. Presto mucha atención a la forma en que me veo.....	( )	( )	( )	( )
5. Frecuentemente comparo mi apariencia física con la de otras personas que veo	( )	( )	( )	( )
6. Frecuentemente me veo en el espejo para asegurarme de que me veo bien.....	( )	( )	( )	( )
7. Cuando algo me hace sentir bien o mal respecto a mi apariencia física, tiendo a pensar mucho en ello.....	( )	( )	( )	( )
8. Si cierto día me gusta cómo me veo, entonces es fácil sentirme feliz en otros aspectos.....	( )	( )	( )	( )
9. Me molestaría si alguien reaccionara negativamente hacia mi apariencia física.....	( )	( )	( )	( )
10. Mi apariencia física ha tenido mucha influencia en mi vida.....	( )	( )	( )	( )
11. Vestirme bien es una prioridad para mí.....	( )	( )	( )	( )
12. Cuando conozco por primera vez a una persona, me pregunto qué piensa acerca de cómo me veo.....	( )	( )	( )	( )
13. En mi vida diaria pasan muchas cosas que me hacen pensar acerca de cómo me veo.....	( )	( )	( )	( )
14. Fantaseo acerca de cómo sería yo si mi apariencia física fuera mejor.....	( )	( )	( )	( )
15. Antes de salir de casa me aseguro de verme tan bien como puedo.....	( )	( )	( )	( )
16. La forma en que me veo es una parte importante de la persona que soy.....	( )	( )	( )	( )
17. Controlando mi apariencia física puedo controlar muchos de los eventos sociales y emocionales de mi vida.....	( )	( )	( )	( )
18. Mi apariencia física es la responsable de mucho de lo que me ha pasado en la vida.	( )	( )	( )	( )

2a SECCIÓN.

**ATENCIÓN: POR FAVOR RESPONDA ESTA SECCIÓN PENSANDO ÚNICAMENTE EN SU HIJO(A) POR EL/LA CUAL SE LE ENTREGÓ EL PRESENTE CUESTIONARIO.**

**Instrucciones:** Señale escribiendo una X dentro del paréntesis que corresponda qué tanto le preocupan a usted las siguientes situaciones. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, por lo que puede responder con total honestidad. Por favor responda todas y cada una de las preguntas.

**¿Qué tan preocupada está usted acerca de...?**

	Nada preocupada	Un poco preocupada	Preocupada	Muy preocupada
1. ¿Que su hijo(a) coma demasiado cuando usted no está con él/ella?.....	( )	( )	( )	( )
2. ¿Que su hijo(a) tuviera que hacer dietas para mantener cierto peso corporal?.....	( )	( )	( )	( )
3. ¿Que su hijo(a) pudiera tener sobrepeso?.....	( )	( )	( )	( )

**Señale su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:**

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Debo asegurarme de que mi hijo(a) no coma demasiados dulces (dulces, helados, pasteles o pastelillos).....	( )	( )	( )	( )
2. Si yo no guiara o regulara la alimentación de mi hijo(a), él/ella comería mucho menos de lo que debe comer.....	( )	( )	( )	( )
3. Debo asegurarme de que mi hijo(a) no coma demasiada comida alta en grasas.....	( )	( )	( )	( )

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
4. Mi hijo debería comerse siempre todo lo que le sirvo.....	( )	( )	( )	( )
5. Debo asegurarme que mi hijo(a) no coma demasiada de su comida favorita.....	( )	( )	( )	( )
6. Trato de que mi hijo(a) coma aunque diga “no tengo hambre”.....	( )	( )	( )	( )
7. Debo ser especialmente cuidadosa para asegurarme de que mi hijo come lo suficiente.....	( )	( )	( )	( )
8. Intencionalmente guardo fuera del alcance de mi hijo(a) algunos tipos de alimentos.....	( )	( )	( )	( )
9. Si yo no guiara o regulara la alimentación de mi hijo(a), él/ella comería demasiada comida chatarra.....	( )	( )	( )	( )
10. Empleo poco tiempo ocupándome de la apariencia física de mi hijo(a).....	( )	( )	( )	( )
11. Trato de que mi hijo(a) se vea tan atractivo físicamente como se pueda...	( )	( )	( )	( )
12. Nunca he puesto mucha atención a la forma en que se ve mi hijo(a).....	( )	( )	( )	( )
13. Frecuentemente compruebo que mi hijo(a) se vea bien.....	( )	( )	( )	( )
14. Si cierto día me gusta cómo se ve mi hijo(a), entonces es fácil sentirme feliz en otros aspectos.....	( )	( )	( )	( )
15. Tengo estándares altos cuando se trata de la apariencia física de mi hijo(a).....	( )	( )	( )	( )
16. La apariencia física de mi hijo(a) ha tenido poca influencia en mi vida.....	( )	( )	( )	( )
17. En mi vida diaria pasan muchas cosas que me hacen pensar acerca de cómo se ve mi hijo(a).....	( )	( )	( )	( )
18. Si cierto día no me gusta cómo se ve mi hijo(a), es difícil que me sienta feliz en otros aspectos.....	( )	( )	( )	( )
19. Antes de salir de casa me aseguro de que mi hijo(a) se vea tan bien como sea posible .....	( )	( )	( )	( )

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
20. La forma en que se ve mi hijo(a) es una parte importante de la persona que soy .....	( )	( )	( )	( )
21. Controlando la apariencia física de mi hijo(a) puedo controlar muchos de los eventos sociales y emocionales de mi vida.....	( )	( )	( )	( )
22. Me molesto si veo a mi hijo(a) desarreglado(a).....	( )	( )	( )	( )

**Señale la frecuencia con que ocurren las siguientes situaciones en su vida diaria:**

	Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)	En ocasiones (del 21% al 50% del tiempo)	Frecuentemente (51 al 80% del tiempo)	Casi siempre o siempre (81% al 100% del tiempo)
1. Mi hijo sólo tiene permiso de comer los alimentos que yo le indico.....	( )	( )	( )	( )
2. Procuo no comer alimentos “chatarra” cuando mi hijo(a) está cerca.....	( )	( )	( )	( )
3. Mi hijo(a) sólo tiene permiso de comer en ciertos lugares.....	( )	( )	( )	( )
4. Evito comprar algunos alimentos “chatarra” que a mí se me antojan, con tal de que mi hijo(a) no los consuma.....	( )	( )	( )	( )
5. Mi hijo(a) sólo tiene permiso de comer ciertas cantidades de alimentos...	( )	( )	( )	( )
6. Procuo no llevar alimentos <i>chatarra</i> a casa (por ejemplo papitas, dulces, etc.).....	( )	( )	( )	( )
7. Evito ir con mi hijo(a) a restaurantes en donde él/ ella podría consumir alimentos “chatarra”.....	( )	( )	( )	( )
8. Mi hijo(a) sólo tiene permiso de comer a ciertas horas o en ciertos momentos del día.....	( )	( )	( )	( )

**Señale la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades:**

<b>Nunca o casi nunca</b> (menos del 20% del tiempo)	<b>En ocasiones</b> (del 21% al 50% del tiempo)	<b>Frecuentemente</b> (51 al 80% del tiempo)	<b>Casi siempre o siempre</b> (81% al 100% del tiempo)
---	---	---	---

1. En casa platico acerca de las actividades que realizo para bajar de peso o para mantenerme en mi peso actual..... ( ) ( ) ( ) ( )
2. Motivo a mi hijo(a) para que él(ella) baje de peso..... ( ) ( ) ( ) ( )
3. Motivo a mi hijo(a) para que él(ella) gane musculatura..... ( ) ( ) ( ) ( )
4. Le expreso a mi hijo(a) que él(ella) se vería mejor si bajara de peso..... ( ) ( ) ( ) ( )
5. Le expreso a mi hijo(a) que él(ella) se vería mejor si ganara musculatura..... ( ) ( ) ( ) ( )
6. Comento con mi hijo(a) acerca de lo bien o mal que se ven los cuerpos delgados..... ( ) ( ) ( ) ( )
7. Comento con mi hijo(a) acerca de lo bien o mal que se ven los cuerpos musculosos..... ( ) ( ) ( ) ( )
8. Comento con mi hijo(a) acerca de lo bien o mal que se ven los cuerpos obesos..... ( ) ( ) ( ) ( )
9. Platico con mi hijo(a) acerca de métodos para bajar de peso..... ( ) ( ) ( ) ( )
10. Platico con mi hijo(a) acerca de métodos para ganar musculatura..... ( ) ( ) ( ) ( )
11. Platico con mi hijo(a) sobre la importancia de tener cierto peso corporal..... ( ) ( ) ( ) ( )
12. Le digo a mi hijo(a) que es importante tener una buena apariencia física..... ( ) ( ) ( ) ( )
13. Le llamo la atención a mi hijo(a) si se desarregla en su vestimenta..... ( ) ( ) ( ) ( )

**¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y SU COLABORACIÓN!!**

## APÉNDICE C. BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA NIÑOS

Folio:	Sexo:	Edad:	Estatura:	Peso:
--------	-------	-------	-----------	-------

¡Hola! Estamos realizando una investigación con niños de tu edad. Las preguntas tienen que ver con actividades y situaciones que los niños pueden vivir día con día, ¿te gustaría ayudarnos a contestarlas?

### PARTE I.

Bien, primero te voy a enseñar una serie de figuras donde aparecen unas personas.

1. **[MOSTRAR NIÑOS MISMO SEXO]** ¿A cuál de estas figuras crees tú que te pareces más?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. **[MOSTRAR NIÑOS MISMO SEXO]** ¿A cuál de estas figuras te gustaría parecerte?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. **[MOSTRAR NIÑOS SEXO OPUESTO]** ¿Cuál de estos(as) niños(as) crees que se ve mejor?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. **[MOSTRAR ADULTOS MISMO SEXO]** ¿Cuándo tú seas adulto(a), a cuál de estas figuras te gustaría parecerte?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. **[MOSTRAR ADULTOS SEXO OPUESTO]** ¿Cuál de estos(as) hombres/mujeres adultos(as) crees que se ve mejor?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---



Ahora te voy a hacer algunas preguntas en las que puedes responder “SÍ”, “NO”, o “A VECES”. ¿De acuerdo?

SÍ    AV    NO

1. ¿Tratas de verte lo más guapo/bonita que puedes?..... ( ) ( ) ( )
2. Cuando algo te hace sentir bien o mal respecto a cómo te ves, ¿tiendes a pensar mucho en eso? ..... ( ) ( ) ( )
3. ¿Eres muy exigente cuando se trata de verte guapo/bonita?..... ( ) ( ) ( )
4. ¿Para ti es muy importante verte guapo/bonita?..... ( ) ( ) ( )
5. ¿Vestirte bien es muy importante para ti?..... ( ) ( ) ( )
6. ¿Durante el día piensas muchas veces acerca de cómo te ves?..... ( ) ( ) ( )
7. Antes de salir de casa, ¿te aseguras de verte tan guapo/bonita como puedes?..... ( ) ( ) ( )
8. ¿La forma en que te ves es muy importante para ti?..... ( ) ( ) ( )

Muy bien, ahora quiero que me digas si...

1. ¿Alguna vez has hecho algo para bajar de peso?

SÍ
----

NO
----

Si el niño responde afirmativamente, preguntar: ¿qué es lo que has hecho para bajar de peso?

1	2	3
__ Hacer ejercicio __ Comer frutas y verduras __ Evitar comida alta en grasas __ Evitar comer dulces (dulces, pasteles, pastelillos, etc.) __ Beber agua	__ Ayunar __ Comer poca comida __ Consumir productos light Otras actividades:	__ Tomar laxantes __ Tomar diuréticos __ Vomitar

2. ¿Alguna vez has hecho algo para aumentar el tamaño de tus músculos?

SÍ

NO

**Si el niño responde afirmativamente, preguntar: ¿qué es lo que has hecho para aumentar el tamaño de tus músculos?**

1	2	3
__ Hacer ejercicio __ Comer frutas y verduras __ Evitar comida alta en grasas __ Evitar comer dulces (dulces, pasteles, pastelillos, etc.) __ Beber agua	__ Ayunar __ Comer poca comida __ Consumir productos light	__ Tomar laxantes __ Tomar diuréticos __ Vomitar
	Otras actividades:	

3. ¿Tú sabes si tu mamá hace o ha hecho algo para bajar de peso?

SÍ

NO

**Si el niño responde afirmativamente, preguntar: ¿qué es lo que hace o ha hecho tu mamá para bajar de peso?**

1	2	3
__ Hacer ejercicio __ Comer frutas y verduras __ Evitar comida alta en grasas __ Evitar comer dulces (dulces, pasteles, pastelillos, etc.) __ Beber agua	__ Ayunar __ Comer poca comida __ Consumir productos light	__ Tomar laxantes __ Tomar diuréticos __ Vomitar
	Otras actividades:	

4. ¿Tú sabes si tu mamá hace o ha hecho algo para aumentar el tamaño de sus músculos?

SÍ	NO
----	----

**Si el niño responde afirmativamente, preguntar: ¿qué es lo que hace o ha hecho tu mamá para aumentar el tamaño de sus músculos?**

1	2	3
__ Hacer ejercicio __ Comer frutas y verduras __ Evitar comida alta en grasas __ Evitar comer dulces (dulces, pasteles, pastelillos, etc.) __ Beber agua	__ Ayunar __ Comer poca comida __ Consumir productos light	__ Tomar laxantes __ Tomar diuréticos __ Vomitar
	Otras actividades:	

**Bien, nuevamente te haré algunas preguntas en las que puedes responder “SÍ”, “NO” o “A VECES”, ¿de acuerdo?**

- |   | SÍ  | AV  | NO  |
|---|-----|-----|-----|
| 1. ¿Tu mamá te dice que necesitas comer más porque piensa que no has comido lo suficiente?.....                       | ( ) | ( ) | ( ) |
| 2. ¿Si tú le dices a tu mamá que se te antojan unas papas, unas palomitas o unos <i>Doritos</i> , te los compra?..... | ( ) | ( ) | ( ) |

- |   | SÍ  | AV  | NO  |
|---|-----|-----|-----|
| 3. Si estás con tu mamá, y le dices que quieres algo de comer, ¿ella te deja escoger la comida que tú quieras?.....                       | ( ) | ( ) | ( ) |
| 4. ¿Tu mamá se enoja si juegas con la comida?.....  | ( ) | ( ) | ( ) |
| 5. ¿Tu mamá hace que te comas toda la comida que te sirve?.....   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6. ¿Tienes permiso de comer todas las papas, palomitas o <i>Doritos</i> que tú quieras?.....  | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7. ¿Tu mamá te dice que necesitas comer más aunque tú le digas que estás lleno(a) y que no quieres comer más?.....                        | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8. ¿Tu mamá te compra dulces cuando se los pides?.....  | ( ) | ( ) | ( ) |
| 9. ¿Tu mamá te pide que dejes de comer porque piensa que ya has comido lo suficiente?.....  | ( ) | ( ) | ( ) |
| 10. ¿Tu mamá te pide que comas más aunque tú le digas que ya no tienes hambre?.....   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 11. ¿Tu mamá te deja comer papas fritas, palomitas, <i>Sabritas</i> ?.....  | ( ) | ( ) | ( ) |
| 12. Si tu mamá quiere que te comas algo, pero tú no quieres, ¿ha pasado que no te deja levantar de la mesa hasta que te lo terminas?..... | ( ) | ( ) | ( ) |

- |   | SÍ  | AV  | NO  | NS  |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 1. ¿Tu mamá pasa mucho tiempo arreglándote para que te veas bonita/guapo?.....      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 2. ¿Tu mamá se fija mucho en que estés bien peinado(a)?.....                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 3. ¿Tu mamá se fija mucho en que estés bien vestido(a)?.....                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 4. ¿Tu mamá se fija mucho en que tu zapatos estén limpios?.....                     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 5. ¿Es muy importante para tu mamá que comas frutas y verduras?.....                | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6. ¿Es muy importante para tu mamá que hagas ejercicio?.....                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7. ¿Tu mamá se asegura de que te veas lo mejor posible antes de salir de casa?..... | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8. ¿Tu mamá se enoja si te despeinas?.....  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 9. ¿Tu mamá se enoja si no estás bien vestido(a)?.....                              | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 10. ¿Tu mamá se enoja si traes los zapatos sucios/te ensucias los zapatos?..        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 11. ¿Tu mamá se enoja no comes frutas y verduras?.....                              | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 12. ¿Tu mamá se enoja si no haces ejercicio?.....                                   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 13. ¿Tu mamá se enoja si no sales bien arreglado(a) de casa?.....                   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

**MARCAR EL ORDEN DE LAS FIGURAS [TODAS SERÁN DEL MISMO SEXO]:**

A-B-C

B-C-A

C-A-B

A: FIGURA DELGADA

B: FIGURA NORMOPESO

C: FIGURA OBESA

**Ahora te voy a mostrar otras figuras [MOSTRAR PRIMERA FIGURA] y te voy a decir algunas características que pueden tener las personas. Quiero que imagines cómo crees que sería este(a) niño(a) si existiera de verdad.**

[Cada una de las preguntas se servirá del apoyo de la *tarjeta de cantidades*, en la cual se señalará cada una de las columnas al preguntar: “¿‘nada’, ‘un poco’, ‘bastante’ o ‘mucho’?”

PRIMERA FIGURA:

**Si este(a) niño(a) existiera de verdad...**

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1.¿Qué tan bien se vería?.....	( )	( )	( )	( )
2.¿Qué tanto se enfermaría?.....	( )	( )	( )	( )
3.¿Qué tan ordenado(a) sería?.....	( )	( )	( )	( )
4.¿Qué tanta confianza tendría en sí mismo(a)?.....	( )	( )	( )	( )
5.¿Qué tan lento(a) sería para los deportes?..	( )	( )	( )	( )
6.¿Qué tan lento(a) sería para la escuela?.....	( )	( )	( )	( )
7.¿Qué tan valiente sería?.....	( )	( )	( )	( )
8.¿Qué tan guapo/bonita sería?.....	( )	( )	( )	( )
9.¿Qué tan perezoso(a) o flojo(a) sería?.....	( )	( )	( )	( )
10.¿Qué tan feliz sería?.....	( )	( )	( )	( )
11.¿Qué tan cuidadoso(a) sería?.....	( )	( )	( )	( )
12.¿Qué tan inteligente sería?.....	( )	( )	( )	( )
13.¿Qué tan fuerte sería?.....	( )	( )	( )	( )
14.¿Qué tanto diría la verdad?.....	( )	( )	( )	( )
15.¿Qué tantos amigos(as) tendría?				
( ) Ninguno				
( ) Pocos				
( ) Bastantes				
( ) Muchos				

SEGUNDA FIGURA:



**Si este(a) niño(a) existiera de verdad...**

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1.¿Qué tan bien se vería?.....	( )	( )	( )	( )
2.¿Qué tanto se enfermaría?.....	( )	( )	( )	( )
3.¿Qué tan ordenado(a) sería?.....	( )	( )	( )	( )
4.¿Qué tanta confianza tendría en sí mismo(a)?.....	( )	( )	( )	( )
5.¿Qué tan lento(a) sería para los deportes?..	( )	( )	( )	( )
6.¿Qué tan lento(a) sería para la escuela?.....	( )	( )	( )	( )
7.¿Qué tan valiente sería?.....	( )	( )	( )	( )
8.¿Qué tan guapo/bonita sería?.....	( )	( )	( )	( )
9.¿Qué tan perezoso(a) o flojo(a) sería?.....	( )	( )	( )	( )
10.¿Qué tan feliz sería?.....	( )	( )	( )	( )
11.¿Qué tan cuidadoso(a) sería?.....	( )	( )	( )	( )
12.¿Qué tan inteligente sería?.....	( )	( )	( )	( )
13.¿Qué tan fuerte sería?.....	( )	( )	( )	( )
14.¿Qué tanto diría la verdad?.....	( )	( )	( )	( )
15.¿Qué tantos amigos(as) tendría?				
( )	Ninguno			
( )	Pocos			
( )	Bastantes			
( )	Muchos			

TERCERA FIGURA:



**Si este(a) niño(a) existiera de verdad...**

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1.¿Qué tan bien se vería?.....	( )	( )	( )	( )
2.¿Qué tanto se enfermaría?.....	( )	( )	( )	( )
3.¿Qué tan ordenado(a) sería?.....	( )	( )	( )	( )
4.¿Qué tanta confianza tendría en sí mismo(a)?.....	( )	( )	( )	( )
5.¿Qué tan lento(a) sería para los deportes?..	( )	( )	( )	( )
6.¿Qué tan lento(a) sería para la escuela?.....	( )	( )	( )	( )
7.¿Qué tan valiente sería?.....	( )	( )	( )	( )
8.¿Qué tan guapo/bonita sería?.....	( )	( )	( )	( )
9.¿Qué tan perezoso(a) o flojo(a) sería?.....	( )	( )	( )	( )
10.¿Qué tan feliz sería?.....	( )	( )	( )	( )
11.¿Qué tan cuidadoso(a) sería?.....	( )	( )	( )	( )
12.¿Qué tan inteligente sería?.....	( )	( )	( )	( )
13.¿Qué tan fuerte sería?.....	( )	( )	( )	( )
14.¿Qué tanto diría la verdad?.....	( )	( )	( )	( )
15.¿Qué tantos amigos(as) tendría?				
( ) Ninguno				
( ) Pocos				
( ) Bastantes				
( ) Muchos				

Por último, te voy a hacer otra serie de preguntas en las que me puedes responder “SÍ”, “NO” o “A VECES”, ¿está bien?

	SÍ	AV	NO
1. ¿Tu mamá dice si hace algo para no subir de peso o para adelgazar?.....	( )	( )	( )
2. ¿Tu mamá dice que deberías bajar de peso?.....	( )	( )	( )
3. ¿Tu mamá dice que deberías ser más musculoso(a)?.....	( )	( )	( )
4. ¿Tu mamá dice que serías más guapo/bonita si fueras más delgado(a)?.....	( )	( )	( )
5. ¿Tu mamá dice que serías más guapo/bonita si fueras más musculoso(a)?.....	( )	( )	( )
6. ¿Tu mamá dice que las personas delgadas se ven mejor?.....	( )	( )	( )
7. ¿Tu mamá dice que las personas musculosas se ven bien?.....	( )	( )	( )
8. ¿Tu mamá dice que las personas gordas se ven mal?.....	( )	( )	( )
9. ¿Tu mamá platica contigo acerca de cómo bajar de peso?.....	( )	( )	( )
10. ¿Tu mamá platica contigo acerca de cómo ser más musculoso(a)?.....	( )	( )	( )
11. ¿Tu mamá platica contigo acerca de lo importante que es el peso de tu cuerpo?.....	( )	( )	( )
12. ¿Tu mamá dice que es importante que te veas bien?.....	( )	( )	( )
13. ¿Tu mamá te regaña si te desarreglas?.....	( )	( )	( )

	SÍ	AV	NO	NS
1. ¿Tu mamá trata de verse lo más bonita que puede?.....	( )	( )	( )	( )
2. ¿Tu mamá pasa mucho tiempo arreglándose?.....	( )	( )	( )	( )
3. ¿Tu mamá se mira muchas veces en el espejo para asegurarse de que se ve bien?.....	( )	( )	( )	( )
4. ¿Es muy importante para tu mamá vestirse bien?.....	( )	( )	( )	( )
5. ¿Tu mamá se arregla lo mejor posible antes de salir de casa?.....	( )	( )	( )	( )



## APÉNDICE D. INTERCORRELACIONES ENTRE VARIABLES

*Intercorrelaciones de Pearson entre las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sí mismas.*

	2	3	4	5	6	7
<i>Actitudes</i>						
1. Insatisfacción corporal	.335**	.317**	.231**	-.147	.141	.053
2. Motivación para adelgazar		.385**	.236**	.261**	.553**	.249**
3. Comparación de la apariencia física			.330**	-.029	.111	.387**
4. Influencia de la AF sobre eventos sociales y emocionales				-.066	.166*	.414**
<i>Conductas</i>						
5. Actividades saludables para control de peso					.406**	.134
6. Actividades poco saludables control de peso						.172*
7. Importancia motivacional de la apariencia física						

*Nota:* AF = Apariencia física

\*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$

*Intercorrelaciones de Pearson entre las conductas que las madres dirigen hacia sus hijos*

	2	3	4	5	6	7	8
1. Restricción alimentaria	.328**	.435**	.497**	.235**	.285**	.208**	.358**
2. Presión para comer		.211*	.189*	.056	.132	.215**	.040
3. Control abierto			.579**	.090	.205**	.080	.271**
4. Control encubierto				.114	.322**	.225**	.309**
5. Comprob. apariencia física					.232**	.214**	.251**
6. Verbaliz. AF en general						.607**	.558**
7. Verbaliz. Musculatura							.407**
8. Verbaliz. peso y AF del hijo							

*Nota:* AF = Apariencia física

\*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$

## **APÉNDICE E. CORRELACIONES ENTRE EL PESO CORPORAL Y LAS ACTITUDES Y CONDUCTAS HACIA EL CONTROL DEL PESO Y PREOCUPACIÓN POR LA APARIENCIA FÍSICA**

*Correlaciones de Pearson entre el peso corporal y las actitudes y conductas que las madres dirigen hacia sí mismas*

	IMC madres
<i>Actitudes</i>	
Insatisfacción corporal	.436**
Motivación para adelgazar	.181*
Comparación de la apariencia física	.058
Influencia de la AF sobre eventos sociales y emocionales	.171*
<i>Conductas</i>	
Actividades saludables para control de peso	.097
Actividades no saludables para bajar de peso	.125
Importancia motivacional de la AF	-.061

*Nota:* AF = Apariencia física

\*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$

*Correlaciones entre el peso corporal y las actitudes y conductas que las madres dirigen sobre sus hijos*

	IMC madres <sup>a</sup>	Peso niños <sup>¥b</sup>
<i>Actitudes</i>		
Preocupación por el peso	.112	.332**
Influencia de la AF sobre eventos sociales y emocionales	.267**	.182*
<i>Conductas</i>		
Restricción alimentaria	.242**	.284**
Presión para comer	.074	-.092
Control alimentario abierto	.084	.201**
Control alimentario encubierto	.196*	.259**
Comprobación constante de la AF	.191*	.142
Verbalizaciones sobre la AF en general	.052	.177*
Verbalizaciones sobre la musculatura	.083	.115
Verbalizaciones sobre el peso y la AF del hijo	.253**	.552**

*Nota:* AF = Apariencia física

¥Se utilizaron las categorías del peso corporal de los niños de acuerdo a la OMS; <sup>a</sup>Se realizaron correlaciones de Pearson; <sup>b</sup>Se realizaron correlaciones de Spearman.

\*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$