



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



*Facultad de Psicología.*

**Evaluación de factores psicológicos en niños con  
sobrepeso y obesidad, para el control y prevención de  
este problema de salud pública.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:**

**ALVAREZ MUÑOZ YENIFFER PAOLA**

**MORA JIMÉNEZ MICHELLE**

DIRECTOR DE TESIS: DR. ARIEL VITE SIERRA

REVISORA: DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

SINODALES: DR. EDGAR LANDA RAMIREZ

DRA. ROCIO IVONNE DE LA VEGA MORALES

MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

2017



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.

**La presente tesis fue posible, gracias al subsidio del proyecto IN300314 de apoyo a proyectos de investigación e innovación tecnológica**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: amor. Gracias por apoyarme en todo momento, sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme; gracias por los valores que me han inculcado, por sus consejos que me llevaron a realizar una de mis más grandes metas, la culminación de mis estudios, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir, agradezco el haberme brindado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida y sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir. Por esto y más, Ernesto y Sabina, gracias.

A mis hermanos Erika, Ernesto, Jonathan y Balton quienes han sido mis mejores compañeros en la vida, gracias por ser parte importante, por estar a mi lado en cada momento y representar una gran unión familiar.

Quiero expresar un profundo agradecimiento a mi compañero de esta etapa de vida, quien con su ayuda, amor, apoyo y comprensión me alentó a lograr esta hermosa realidad.

A mis amigas y amigos por apoyarme en cada paso, por el conocimiento y las alegrías compartidas, en especial a Michelle Mora Jiménez por convertirse en mi amiga, compañera de lucha constante, de retos y de nada es imposible, por confiar y compartir este gran proyecto, gracias por este gran equipo, gracias por todo.

A la UNAM por formarme como profesional, darme las herramientas para desempeñarme de forma eficiente, por ayudarme a crecer y por darme la oportunidad de vivir una de las mejores experiencias de mi vida, estudiar en otro país y llevarlo de la mano con mi carrera.

A todos mis maestros a lo largo de la carrera, a mis asesores y sinodales de tesis quienes me han dado un gran ejemplo de vocación, tan útil para mi trabajo. Gracias por su atención, aceptación y tiempo.

**ATTE: YENIFFER PAOLA ALVAREZ MUÑOZ**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero comenzar agradeciendo a mi universidad (UNAM), y a la Facultad de Psicología por abrirme las puertas del conocimiento, brindarme la formación apropiada para hacer realidad mi sueño de convertirme en profesionista y en un mejor ser humano, agradezco también a cada uno de los docentes que fueron parte esencial e importante en este gran trayecto.

Agradezco a mi asesor de tesis, Dr. Ariel Vite Sierra, por la confianza, paciencia, dedicación, disponibilidad y compromiso que tuvo conmigo desde el inicio del proyecto. Su orientación y conocimientos enriquecieron mi formación permitiéndome concluir exitosamente mi Licenciatura.

Dedico este trabajo a mi familia, a mi hermana quien ha sido mi compañera de vida durante tantos años, gracias por todo el apoyo que me das y por los aprendizajes juntas. A mis padres les agradezco por toda la espléndida formación que me han dado, por inculcarme valores, compartirme su sabiduría y darme siempre lo mejor de ellos, gracias por sus palabras de aliento, por luchar junto a mi cada batalla y mostrarme que esta vida se debe disfrutar, que no siempre será fácil pero con esfuerzo, dedicación e iniciativa siempre saldré adelante, que soy yo quien pone los límites. Familia gracias por creer en mí y motivarme a siempre buscar el éxito.

A mi compañera y amiga Yeniffer Alvarez Muñoz, quiero agradecerle por aceptar formar equipo a mi lado. Su determinación, cooperación, espontaneidad y motivación son solo algunas de las características en ella que favorecieron nuestro gran desempeño durante todo el proyecto. Yeni, aprendí mucho de ti, estoy convencida de que eres y continuaras siendo una gran profesionista, te deseo una vida llena de éxitos.

Finalmente agradezco a Dios por darme la dicha de vivir, permitiéndome aprender de mis errores y disfrutar de cada logro.

**ATTE: MICHELLE MORA JIMÉNEZ**

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN.....   | 1  |
| INTRODUCCIÓN.....  | 2  |
| I. GENERALIDADES   |    |
| 1.1.Breve historia de la obesidad.....   | 5  |
| 1.2.Definición de sobrepeso y obesidad.....  | 6  |
| 1.3.Índice de masa corporal (medida antropométrica) como índice del sobrepeso y obesidad..                           | 7  |
| 1.4.Consecuencias físicas y psicológicas asociadas al sobrepeso y obesidad infantil.....                             | 10 |
| 1.5.Sobrepeso y obesidad infantil a nivel mundial.....   | 14 |
| 1.6.Sobrepeso y obesidad infantil en México (prevalencia).....   | 16 |
| II. FACTORES EN EL DESARROLLO Y LA PERMANENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD COMO PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO |    |
| 2.1 Factores Biológicos  |    |
| 2.1.1 Factores Genéticos.....  | 19 |
| 2.1.2 Lactancia.....   | 21 |
| 2.2 Factores Psicológicos  |    |
| 2.2.1 Personalidad.....  | 21 |
| 2.2.2 Psicopatología asociada a la obesidad Infantil.....  | 23 |
| 2.2.3 Autoestima.....  | 24 |
| 2.2.4 Imagen corporal.....   | 25 |
| 2.2.5 Ansiedad .....   | 27 |



|       |  |    |
|-------|--|----|
| 2.2.6 | Autoeficacia al ejercicio .....  | 29 |
| 2.3   | Factores Sociales  |    |
| 2.3.1 | Comportamiento alimentario: alimentación como cultura .....                        | 31 |
| 2.3.2 | Familia.....   | 32 |
| 2.3.3 | Estilos de vida pocos saludables y malos hábitos de alimentación.....              | 34 |
| 2.3.4 | Medios de comunicación .....   | 36 |
| 2.4   | Factores socioeconómicos.....  | 38 |
| III.  | SOBREPESO Y OBESIDAD COMO PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO                     |    |
| 3.1   | El sobrepeso y la obesidad infantil como problemas de salud pública en México..... | 43 |
| 3.2   | La acción del gobierno ante la problemática .....                                  | 46 |
| 3.3   | Tratamientos.....  | 49 |
| IV.   | MÉTODO   |    |
| 4.1   | Planteamiento del Problema y Justificación .....                                   | 55 |
| 4.2   | Pregunta de Investigación .....  | 56 |
| 4.3   | Objetivo General .....   | 56 |
| 4.4   | Objetivo Específico .....  | 56 |
| 4.5   | Descripción de Variables (conceptual y operacional) .....                          | 57 |
| 4.6   | Hipótesis .....  | 62 |
| 4.7   | Diseño y Tipo de Estudio .....   | 63 |
| 4.8   | Participantes .....  | 63 |
| 4.9   | Escenario .....  | 63 |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| 4.10 Materiales .....              | 64  |
| 4.11 Instrumento de medición ..... | 64  |
| 4.12 Procedimiento .....           | 67  |
| <br>                               |     |
| RESULTADOS .....                   | 70  |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....     | 83  |
| REFERENCIA .....                   | 92  |
| ANEXOS .....                       | 111 |

## Resumen

El objetivo de la esta investigación fue identificar las variables psicológicas persistentes e influyentes en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad infantil, por lo tanto, se consideraron como variables la ansiedad, autoestima, autoeficacia al ejercicio e insatisfacción corporal, mismas que fueron evaluadas mediante una batería integrada por cuatro cuestionarios breves. Se aplicó la evaluación a 264 niños y niñas de 7 a 11 años (pertenecientes a los grados escolares de 3ro a 5to de primaria, sin discriminar su condición física) de dos escuelas primarias públicas de la Ciudad de México, una de ellas ubicada en zona rural y la otra en urbana. Los resultados significativos, del análisis pertinente de las evaluaciones, permitieron identificar de forma general que los niños con sobrepeso y obesidad presentan mayores niveles de insatisfacción corporal y a su vez se registró una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en zona rural. Cabe mencionar que se obtuvieron variaciones en los resultados encontrados de las evaluaciones de los niños con normopeso y los niños con sobrepeso-obesidad; por lo que se concluye que la obesidad no es tan sólo un síntoma aislado, sino que la autoestima, ansiedad, insatisfacción corporal y autoeficacia al ejercicio, son antecedentes psicopatológicos dignos de considerar y deberían ser incorporados al diagnóstico integral en el equipo de atención primaria de salud para proceder posteriormente a un plan de intervención multidisciplinario. Finalmente es de estimar lo distinto que son los hábitos y estilos de vida en cada una de las zonas geográficas registradas, lo que explica el asentamiento de sobrepeso y obesidad en la zona rural, por lo tanto, es de importancia estudiar y reflexionar profundamente acerca de su influencia en la problemática.

Palabras clave. Niños con sobrepeso y obesidad, evaluación de variables psicológicas, zona urbana y rural.

## Introducción

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) se ha convertido en uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo y en el país; actualmente México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil y el segundo lugar en adultos, de manera particular, la ciudad de México se encuentra por arriba de la media nacional con 75.4 de mujeres mayores de 20 años que tienen obesidad o sobrepeso, 69.8% de hombres mayores de 20 años y 35% de niños en edad escolar (Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), 2015).

La preocupación que tienen las personas por el peso y la figura, genera ansiedad, baja autoestima, disminución de la actividad física y aumento en la ingesta como respuestas al estrés, propiciando el sobrepeso y la obesidad, padecimientos que influyen en el desarrollo de enfermedades perjudiciales para la salud, por ejemplo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, problemas psicológicos, entre otros.

Resulta evidente que los aspectos psicológicos juegan un papel sustancial en el desarrollo y conservación de la obesidad-sobrepeso, debido a que estos factores precipitan y perpetúan en la mayoría de las ocasiones el consumo exagerado de alimentos, por lo que es preciso, que sea considerados para lograr un adecuado abordaje del problema, y propiciar que el individuo afectado sea capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y le sea más sencillo bajar de peso y mantenerlo (Silvestri & Stavile, 2005).

El conjunto de emociones y comportamientos que se relacionan con la sobrealimentación se pueden manifestar de manera diferente en cada persona. Algunas

alteraciones psicológicas son específicas y pueden encontrarse con relativa frecuencia en individuos obesos, aunque sin ser patognómicas de la enfermedad (depresión, ansiedad, baja autoestima, entre otras). Lo cierto es que, se encuentran presentes y es fundamental su conocimiento e identificación para incorporarlos a un pertinente tratamiento (Silvestri y Stavile, 2005, p. 8, a).

“No debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva, y el tratamiento de la obesidad no queda excluido” (Silvestri y Stavile, 2005, p. 3).

Las psicopatías antes mencionadas como depresión, ansiedad, se encuentran asociados directamente a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal, así como a una baja autoestima y sentimientos de ineficacia. Es común que las personas con obesidad presenten sentimientos de desvalorización ya que se deben enfrentar a la presión social de forma cotidiana. A pesar de ello, cada uno lo afronta de diferente manera (Silvestri y Stavile, 2005,b)

Por otro lado, en nuestro país, como en muchos otros, el bombardeo publicitario en conjunción con la influencia salarial, ha provocado que amplios sectores de la población sustituyan el consumo de alimentos básicos por la comida chatarra, que en la mayoría de los casos constituye su principal frente de ingesta diaria (Olivia y Fragoso, 2013).

A lo anterior debemos añadir la influencia inminente de la industrialización y el desarrollo de la tecnología fomentando el sedentarismo y la ingesta de comidas procesadas, debido a los intereses económicos y políticos de las autoridades.

Tomando en cuenta la importancia de este problema y las repercusiones que tiene para la población del país y la creciente necesidad que presentan las autoridades gubernamentales por encontrar diversas formas de solución, se decidió realizar un estudio con el fin de identificar los factores psicológicos que tienen mayor impacto en el desarrollo y permanencia del sobrepeso y obesidad como problemas de salud en el país y de este modo contribuir al desarrollo de mejores estrategias de prevención y tratamiento.

## **I. Generalidades**

### **1.1 Breve historia de la obesidad**

El concepto de obesidad ha cambiado considerablemente a través del tiempo, en el pasado una persona obesa estaba relacionada con salud, fuerza y fertilidad como lo muestran las representaciones artísticas de las distintas épocas de la historia. Sin embargo, existieron personajes como Hipócrates y Galeano, quienes pensaban que las personas obesas se encontraban en riesgo de muerte o eran producto de desobediencia a las leyes de la naturaleza; Galeano clasificó dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. (Vizcarra, 2010, p.13).

Durante la edad media, la obesidad era considerada un regalo de Dios, porque era poco frecuente dada la escasez de comida y lo común de las plagas. Los placeres del buen comer con la consecuente obesidad, eran privilegios solo de las clases sociales altas (Martínez, 2005a; Vizcarra, 2010).

A partir del siglo XIX, con el desarrollo tecnológico y su afán de satisfacer la demanda alimentaria, aparecieron productos con alto contenido de grasas y glúcidos, que se identificaron por su exquisito sabor y abuso de compuestos aditivos que crean concentraciones de nutrientes de manera desproporcionada al metabolismo humano y en consecuencia la acumulación en forma de grasa (Martínez, 2005b; Vizcarra, 2010).

Asimismo, la inactividad asociada con dietas mal balanceadas con alto contenido calórico, se relaciona con condiciones crónicas del adulto como las enfermedades

cardiovasculares, la diabetes e incluso algunos tipos de cáncer (Martínez, 2005c; Vizcarra, 2010).

## **1.2 Definición de sobrepeso y obesidad**

La obesidad y sobrepeso se define, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016), como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La causa fundamental de éstas es un desequilibrio entre la ingesta, el gasto de calorías y el sedentarismo. El exceso de peso corporal es un proceso gradual que inicia en la infancia y la adolescencia; en su origen se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico, conduciendo a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el género, la talla y la edad (Montalvo, 2014).

La Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad (2010), define esta condición como una enfermedad crónica y al sobrepeso como un estado premórbido. La obesidad es descrita como el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), la obesidad se describe como resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético, este desequilibrio es frecuente consecuencia de la ingestión de dietas de alta densidad energética y bajas en fibra; que se combinan con una escasa actividad física asociada a la urbanización, crecimiento económico, cambios en la tecnología y a estilos de vida pocos saludables.



Dado que el grado de adiposidad es un continuo, la definición de obesidad resulta arbitraria, lo que provoca que no sea fácil establecer una determinación de exceso. Debido a esto, las definiciones operativas de sobrepeso y obesidad se han ido modificando hasta llegar a estándares que establezcan puntos de corte o índices que asocien una mayor morbilidad o mortalidad.

### **1.3 Índice de masa corporal (medida antropométrica) como índice del sobrepeso y obesidad**

Las definiciones operativas de la obesidad toman en cuenta información como el peso, la estatura, las circunferencias corporales y el grosor de pliegues cutáneos, los cuales están correlacionados con los riesgos para la salud asociados al exceso de masa corporal. La medición de las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición total del cuerpo humano se define como antropometría (Fundación Mexicana de la Salud, (FUNSALUD, 2002).

➤ Índice de masa corporal. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), el Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en ambos sexos y todas las edades. Lo ideó el estadístico belga Quetelet. En español se asignó y popularizó gracias a Keys, Fidanza, Karvonen, Kinura y Taylor (1972).

Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>).

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$$

La definición de la OMS es la siguiente:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

En 1995, la OMS recomendó el uso del IMC para establecer los puntos de corte para definir el sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Estos valores son específicos para cada sexo y edad. Son utilizados desde los 6 hasta los 19 años y están basados en los puntos de corte establecidos en por el grupo internacional de obesidad.

En México el sobrepeso infantil se establece a partir del percentil 75 en las curvas de IMC de la población y la obesidad infantil a partir del percentil 85 de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (2006).

Además del IMC se pueden emplear otras medidas antropométricas que sirven como índices para el sobrepeso y obesidad:

➤ Peso relativo o porcentaje de sobrepeso. Este cálculo sirve para comparar el peso del sujeto con el peso promedio de las personas de su misma estatura. El sujeto es obeso

si el exceso de peso para su talla es mayor de 20% o 120% al aplicar la ecuación y (FUNSAUD, 2012). A continuación, se presenta dicha ecuación:

$$(\text{Peso real} \times 100) / \text{Peso recomendable (ideal)} = \text{Porcentaje de sobrepeso}$$

➤ Circunferencia de la cintura y la cadera. Se mide con una cinta métrica que debe colocarse en el nivel más estrecho del tronco o cintura en personas muy obesas se medirá la circunferencia mínima del abdomen en la zona media, para la circunferencia de la cintura se utilizaron dos clasificaciones: a) La propuesta por un panel de expertos convocados por los institutos nacionales de salud de los Estado Unidos la cual, define como punto de corte en hombres >120 cm y en mujeres >88 cm, y que son también indicadores de riesgo de enfermedades de alto riesgo; b) la propuesta de la secretaría de salud, que clasifica como circunferencia abdominal saludable  $\leq 80$  cm en mujeres y  $\leq 90$  cm en hombres (Olaiz, et. al.; 2006).

Para la medición de la cadera se realiza con el sujeto midiendo la circunferencia máxima de la saliente de las nalgas a nivel del punto más amplio de dicha zona (FUNSAUD, 2012). La relación de las dos medidas (cintura-cadera) se realiza con la siguiente fórmula:

$$\text{Circunferencia de la cintura (cm)} / \text{circunferencia de cadera (cm)}$$

En sujetos mexicanos se considera anormal una relación cintura cadera de .93 de varones y .84 en mujeres (FUNSAUD, 2012).

#### **1.4 Consecuencias físicas y psicológicas asociadas al sobrepeso y obesidad infantil.**

Existen diversas consecuencias asociadas a la obesidad infantil estas pueden afectar el desarrollo emocional, social, psicológico y físico del menor.

En los últimos años, la obesidad infantil se ha relacionado con alteraciones metabólicas, como: dislipidemias, alteración del metabolismo de la glucosa, diabetes, hipertensión, entre otras, en edades tempranas y teniendo consecuencias a largo plazo. Existe una estimación significativa para creer que los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad, llegarán a ser adultos obesos, con un impacto negativo en su salud y en la carga de enfermedades, es decir, que se puede presentar un incremento significativo en la probabilidad de padecer enfermedades crónicas (tipos de cáncer, asma) y no transmisibles, mortalidad prematura, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares por aterosclerosis (Liria, 2012).

El sobrepeso y la obesidad infantil se acompañan de múltiples consecuencias sobre la salud. Existe la presencia de un mayor riesgo en el desarrollo de diabetes tipo II, hipertensión arterial, problemas respiratorios, trastornos del sueño, desórdenes ginecológicos, pubertad adelantada, deterioro del sistema musculo esquelético y problemas dermatológicos (Martínez et. al, 2009).

En la población infantil la obesidad causa trastornos físicos y psicológicos en los niños que la padecen. Debido al exceso de peso los niños muestran problemas en la alineación de piernas, rodillas, articulaciones y en la columna vertebral, debido a esta problemática los niños con sobrepeso u obesidad no pueden seguir los juegos o actividades de sus compañeros de clases sintiéndose desplazados, diferentes y pueden ser víctimas de burlas por parte de sus

iguales, teniendo repercusiones en su autoestima y rechazo de su imagen corporal, experimentando emociones como depresión y ansiedad (Cabezuelo y Frontera, 2007). Este problema en la infancia y en la adolescencia se vuelve importante porque las prácticas de alimentación y actividad física en esta edad repercuten en el estado de salud del niño, posteriormente en su salud como adulto y en la economía del país (Liria, 2012).

La obesidad y sobrepeso aparecen asociados con problemas específicos del peso, que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aún si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas. Como ya se mencionó antes, la obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, así como diversas psicopatologías que están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal, que afectan su calidad de vida.

De acuerdo con Kaplan y Blake (1987), quienes formularon la teoría psicósomática de la obesidad, plantean que la ingesta de alimentos representa un mecanismo para tratar de reducir la ansiedad, siendo esta conducta usualmente establecida en la infancia, es más adelante en la vida cuando las dificultades personales y sociales asociadas con la ganancia de peso conducen a incrementar la ansiedad. Este resultado provoca que la persona recurra a la sobre ingesta para reducir su ansiedad, aunque desafortunadamente este modo de reducción de la ansiedad, conduce a crear un círculo difícil de romper, ya que, a mayor peso, más ansiedad y continua sobre ingesta (Esparza, 2003).

Relacionado con lo anterior Goldberg (2002), menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad, considerada de las más importantes, es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar depresión por lo que algunas

personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla (Alvarado, Guzmán y Gonzales, 2005).

En la investigación “Las consecuencias psicológicas de la obesidad : la distorsión de la imagen corporal y el peso de los jóvenes con sobrepeso y obesidad” por Harriger y Thompson (2012), se menciona la presencia de insatisfacción corporal, encontrando que a partir de los 11 años, los niños y las niñas ya se muestran insatisfechos con su figura y los sentimientos que les genera: creen que no tienen el peso adecuado, no están satisfechos con su imagen física y peso corporal y, al menos en alguna ocasión, ha controlado la ingestión de comida para evitar engordar, resultados coherentes con la literatura científica actual sobre el impacto de la obesidad en la imagen corporal.

Jones (2004), ha calificado al IMC como:

Un buen indicador de insatisfacción corporal, ya que a medida que se incrementa, aumenta la insatisfacción corporal, es decir, que a menor IMC la correlación es negativa, lo que podría indicar la existencia de valores más altos de satisfacción corporal a medida que desciende el índice de masa corporal y, al contrario, se reduce de forma muy significativa a medida que se incrementa dicho índice. Sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud. (p.824).

Otro factor relacionado con la problemática es la autoeficacia, esta ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje. Este concepto ha sido utilizado como un importante predictor

de conductas saludables para recuperarse de los problemas de salud o para evitar sus riesgos potenciales; y de igual forma en el funcionamiento de distintos campos como el realizar ejercicio o deporte y bajar de peso (Bandura, 1997a). De hecho, la autoeficacia demuestra ser un factor de importancia, frente a la motivación para adoptar conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta (Bandura, 1997b).

Las investigaciones revelan que los altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias benéficas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general. La obesidad infantil y su asociación con los factores de riesgo para las enfermedades crónicas y con el pobre éxito de su tratamiento, actualmente lleva a considerar a la autoeficacia como un elemento definitivo para comprender la relación de los cambios de conducta y los factores de riesgo de la enfermedades crónicas, que en los niños obesos pueden identificarse y atenderse si la personas percibe su propia capacidad para realizar las acciones recomendadas y lograr la conducta deseada (Montalvo, 2014).

La autoeficacia funciona como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada posteriormente. Aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia, se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física, que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia (Aedo y Ávila, 2009; Jáuregui, López, Macis, Porras, Reynaga, Morales, y Cabrera, 2013). Los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que los individuos con baja autoeficacia. Los individuos con alta autoeficacia percibida

tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscan tratamientos tempranos y son más optimistas sobre la eficacia de éstos (Grembowsky, 1993; Jáuregui, et al., 2013).

En relación con el ejercicio se reporta que la autoeficacia es un mediador muy ligado en la realización de actividad física en niños y adolescentes (Dishman, y Saunders, 2004; Jáuregui, et al., 2013).

Por otra parte, en un estudio realizado en México sobre “Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso” por Jáuregui et al. (2013) los resultados obtenidos sugieren que una respuesta afectiva positiva al ejercicio está prospectivamente asociada con una mayor motivación a ejercitarse, ya que aquellos que respondieron a una serie más aguda de ejercicio son aquellos que experimentaron una mejor autoeficacia.

Así, de acuerdo a su historia personal, en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, y la presencia de los factores antes mencionados, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimenticios.

### **1.5 Sobrepeso y obesidad infantil a nivel mundial**

El sobrepeso y la obesidad constituye el problema de salud pública más grave a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (2011) califica esta problemática como “la epidemia del siglo XXI” debido a que su frecuencia ha aumentado progresivamente en países de bajos, medianos y altos ingresos, sobre todo en el medio urbano.

Se ha registrado un aumento considerable en las tasas de obesidad desde 1980, cuando comenzó a extenderse el consumo de comida rápida en América Latina. La



prevalencia de este problema de salud pública ha crecido a un ritmo alarmante y, de acuerdo con la OMS, las proyecciones para el año 2020 apuntan a que seis de los países con mayor obesidad en el mundo serán latinoamericanos: Venezuela, Guatemala, Uruguay, Costa Rica, República Dominicana y México.

En 2014, la OMS estimó que había en todo el mundo aproximadamente 1900 millones de adultos mayores de 18 años con sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos. La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren, como mínimo, 2,8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso, resultado de un estilo de vida no saludable. La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2016)

En el mundo, el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 42 millones en 2013. Sólo en la Región de África la OMS, señala que el número de niños con sobrepeso y obesidad aumentó de 4 a 9 millones en el mismo período. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025. Sin intervención, los lactantes y los niños pequeños obesos se mantendrán obesos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

En Europa, por ejemplo, los niños no acostumbran el ejercicio físico y los sectores de salud tienen como prioridad la actividad física. En la población infantil, el hábito de ejercicio físico es bajo y disminuye al aumentar la edad (Mercado y Vilchis, 2013).

Monroy (2008) menciona que la obesidad coexiste con problemas opuestos como la desnutrición en países como Brasil y México, en donde la obesidad ha dejado de ser un

problema de los estratos económicos relativamente altos para pasar a ser un indicador de pobreza, tal y como sucede en los países desarrollados (Mercado y Vilchis, 2013).

Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial en países de ingresos bajos y medianos) el incremento porcentual del sobrepeso y la obesidad en los niños ha sido un 30% superior al de los países desarrollados.

## **1.6 Sobrepeso y obesidad infantil en México (Prevalencia)**

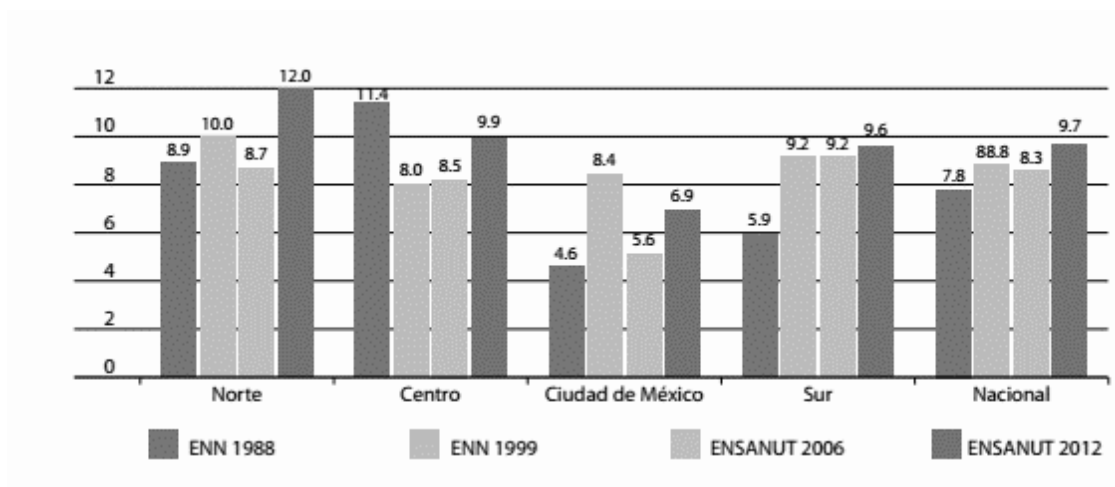
De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2013), actualmente México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil y el segundo en obesidad en adultos.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT, 2012) Los niños en edad escolar (ambos sexos), de 5 a 12 años presentaron una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012 de 34.4%, 19.8% para sobrepeso y 14.6% para obesidad.

Por otro lado, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 puntos porcentuales. de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7%, respectivamente). El principal aumento se registra en la región norte del país que alcanza una prevalencia de 12% en 2012, 2.3 pp. arriba del promedio nacional (Ver figura 1.).

**Figura 1.**

*Prevalencia nacional de sobrepeso más obesidad en menores de cinco años de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) 88, ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 por región de residencia. México, ENSANUT 2012.*



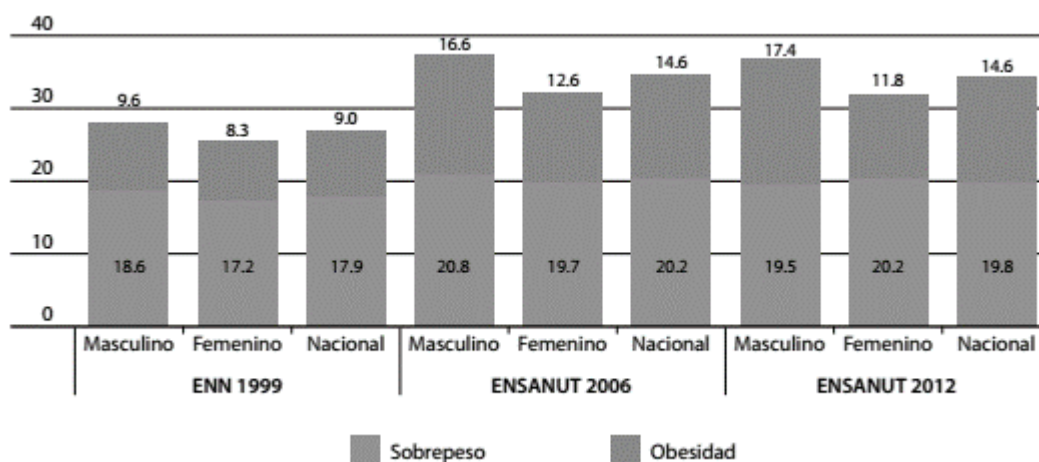
**Encuesta Nacional de Salud, ENSANUT, 2012.**

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente). Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5 puntos porcentuales (pp) mayor 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente). Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. En 1999, 26.9% de los escolares presentaron prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad (17.9 y 9.0%, respectivamente), sin embargo, para 2006 esta prevalencia aumentó casi 34.8%. El análisis de tendencias indica que estas cifras no han aumentado en los últimos seis años y que la prevalencia se ha mantenido sin cambios de 2006 a 2012. El aumento entre 1999 y 2006 fue de 29.4% en tan sólo seis años para los sexos combinados.

En contraste, entre 2006 y 2012 se observa una ligera disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad para los sexos combinados. En 2012 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 34.4% en ambos sexos, 1.1% menos que en 2006. Sin embargo, se observan algunas variaciones por sexo y en relación con el sobrepeso y la obesidad. (Ver figura 2.).

**Figura 2.**

*Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años de edad, de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por sexo, de acuerdo con los criterios propuestos por la OMS. México, ENSANUT 2012*



**Encuesta Nacional de Salud, ENSANUT, 2012.**

## **II. Factores en el desarrollo y la permanencia del sobrepeso y la obesidad.**

### **2.1 Factores Biológicos**

Los factores biológicos se relacionan con la salud física y mental, manifestándose en los seres humanos como consecuencia de su construcción orgánica.

La obesidad y el sobrepeso no están estrictamente relacionados a un solo factor ya que existen múltiples causas, entre estas se encuentran los factores biológicos como la carga hereditaria y la nutrición durante los primeros años de vida, los cuales son factores que resultan influyentes, pero no son la causa primaria del problema.

#### **2.1.1 Factores Genéticos**

Al hablar de la carga genética en el desarrollo de la obesidad, es importante diferenciar entre la herencia genética (características propias del individuo) y herencia ambiental (lo aprendido). Los antecedentes indican que en familias se llega a dar susceptibilidad a la obesidad.

Maes, Neale y Eaves en 1997, realizaron un estudio con gemelos, hijos adoptivos y familias explorando el grado de heredabilidad de la obesidad, es decir, la fracción de la variabilidad en un rasgo (IMC) que se puede explicar por transmisión genética (Vizcarra, 2010).

Un estudio registrado en FUNSALUD (2002), con gemelos monocigóticos muestra que entre ellos hay una mejor correlación entre sus índices de masa corporal (IMC)

que entre gemelos dicigóticos, a pesar de que estos últimos también compartieron el ambiente familiar. Esta relación no ha tenido el mismo valor estadístico para los padres adoptivos de los niños con quienes han compartido el ambiente familiar, detectándose una relación significativa entre el IMC de padres biológicos y el de sus hijos que han sido dados en adopción. “Por lo que teniendo en cuenta las leyes de la herencia, si un padre es obeso existe una probabilidad del 50% de que los hijos lo sean, pero si lo son ambos padres, existe una probabilidad del 80% de que los hijos sean obesos” (Vizcarra, 2010, p.50).

Por otro lado, se debe tener en cuenta que otros factores genéticos que propician la obesidad, los encontramos en la historia natural de enfermedades que se caracterizan por una alteración cromosómica o mutación, estas enfermedades se manifiestan con obesidad en la infancia y se relacionan directamente con mecanismos de regulación cerebral del apetito.

Estas patologías se distinguen por una ganancia de peso excesiva en el niño entre los dos y los seis años de edad, además, en algunos casos hay malformaciones congénitas en manos o pies y degeneración macular en ojos. Estas enfermedades de origen genético se asocian con una falta de regulación del apetito a nivel del hipotálamo y neuroendocrino (FUNSALUD, 2011).

En los últimos años ha crecido el interés por identificar los genes y marcadores cromosómicos relacionados con la regulación del metabolismo energético, y cuyas alteraciones exponen al individuo a desarrollar obesidad, actualmente se han descubierto más de 430 genes marcadores o regiones cromosómicas asociados a la obesidad humana (Guillén, 2014).

### **2.1.2 Lactancia**

Los investigadores Kramer y Kakuma en el 2002, realizaron una revisión sistemática entre el tiempo de duración de la lactancia y el sobrepeso y la obesidad, encontrando que el tiempo mínimo de lactancia materna es de 6 meses, ya que brinda beneficios en la disminución de enfermedades infecciosas, menor mortalidad, y menos incidencia de algunas enfermedades como diabetes y obesidad, encontrando que el sobrepeso y la obesidad en niños alimentados con leche materna, se da porque la leche humana es rica en proteínas, componentes celulares macrófagos y su contenido en lactosa y lípidos es baja, lo que se asocia con una menor proporción de grasa corporal y un menor riesgo de obesidad en la infancia tardía, la adolescencia o la adultez, en comparación con niños alimentados con fórmula, que alcanzan pesos mayores a edades similares (Villalpando y Villalpando,2008).

## **2.2 Factores Psicológicos**

Desde el punto de vista psicológico, algunos elementos pueden contribuir al mantenimiento de la obesidad, en ciertas personas. En esta sección se ha planteado revisar la psicopatología asociada a la obesidad, la personalidad, ansiedad, autoestima, imagen corporal y la autoeficacia al ejercicio, tomando en cuenta el papel que juega la salud mental.

### **2.2.1 Personalidad**

De acuerdo con Allport (1961) la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos (Como se cita en Vásquez y Valle, 2005, p. 1).

Para Mancilla, Durán, Ocampo y López, (1992) el término personalidad se refiere a cualquier comportamiento integrado y organizado del individuo que lo caracteriza como tal, es decir, como una persona única, distinta de los demás; el término indica ordinariamente los aspectos no intelectuales o intencionales del individuo.

Se han realizado diversas investigaciones con el fin de determinar los rasgos de personalidad predominantes en las personas con obesidad, encontrando características comunes. A continuación, se citan algunos estudios explicando dichas características.

De acuerdo con un estudio clínico realizado por Ruíz, Fernández, Bolaños y Jáuregui (2010), basado en una revisión de artículos publicados relacionados con los rasgos, tipos de personalidad, signos, síntomas y trastornos psicopatológicos más frecuentes en las personas con obesidad, obteniéndose un total de 53 artículos, se encontró baja autoestima, insatisfacción corporal y pobre autoimagen global como rasgos comunes que presentan la mayoría de las personas con obesidad. También se presentaron con frecuencia síntomas relacionados con trastornos afectivos (depresión o ansiedad). Se observó una disminución en las capacidades de concentración y cognición, además de que se vincula el exceso de peso con un menor nivel de autoestima, negativa percepción de la propia imagen corporal y pobre autoimagen global. Se encontraron otros aspectos relacionados como anhedonia, impulsividad y dependencia interpersonal. Por otro lado, se aprecia carácter evitativo, antisocial y personalidad dependiente. Existe relación entre obesidad y exageración del dolor, afectación del sueño o problemas sociales en cuanto a comportamiento (este último en personas con obesidad de entre 10-12 años de edad). En cuanto a trastornos del comportamiento alimentario se aprecia de forma repetida trastorno por atracón o



sobreingesta, sobre todo síndrome del comedor nocturno, ingesta emocional y picoteo. También aparece con cierta frecuencia una evolución del trastorno del comportamiento alimentario hacia bulimia nerviosa. Es muy común la conducta de restricción alimentaria en personas obesas.

Ruíz et al. (2010), apreciaron una relación de la autoestima con el peso, a mayor grado de obesidad menor nivel de autoestima. Asimismo, observaron un menor nivel de autoestima en el sexo femenino, que disminuye al aumentar la edad. Por otro lado, el aumento de la insatisfacción corporal aparece fundamentalmente en adolescentes de sexo femenino, dicho aumento también puede deberse a la existencia de algún trastorno del comportamiento alimentario, síntomas depresivos, perfeccionismo o restricción dietética crónica, especialmente en mujeres. Las personas con obesidad son menos felices consigo mismas, un 40% de ellas no se autoaceptan y no se consideran autónomas ni integradas en la sociedad.

### **2.2.2 Psicopatología asociada a la obesidad infantil**

La obesidad, por sí misma, no es un trastorno psiquiátrico; sin embargo, la alta prevalencia de psicopatología en los pacientes obesos y la mayor tasa de padecimientos psiquiátricos entre los mismos, que buscan la ayuda médica, en comparación con la población general, permite visualizarla como un problema psiquiátrico, el cual debe identificarse y atenderse de forma simultánea con los programas de control de peso (Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006).

Un estudio realizado por Lazarevich y Rodríguez (2003) con niños entre 5 y 16 años demostraron que la obesidad crónica se asocia con trastornos psiquiátricos, como el trastorno negativista desafiante en ambos sexos y el trastorno depresivo en varones; la ansiedad se observa en 55% de los casos y se acompaña en la mayoría de los pacientes de la misma patología materna, lo que propone un enfoque psicoterapéutico familiar en el tratamiento de la obesidad infantil. (Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006, b).

Vila et al. (2004) en su estudio “Desórdenes mentales en niños y adolescentes obesos” cuyas edades oscilaban entre 5 y 17 años, incluyendo en la metodología la lista de Verificación de Comportamiento Infantil y el cuestionario de Salud General para los padres; los resultados reflejaron la alta frecuencia de desórdenes mentales en niños obesos y la presencia de psicopatología de los padres, y se concluyó que es esencial incluir en el tratamiento un componente psiquiátrico infantil para los niños obesos, que involucre a toda la familia.

### **2.2.3 Autoestima**

Según Solomon (1998), la autoestima es la visión honesta sin adornos ni adulteraciones que tenemos de nosotros mismos, de nuestro valor, de nuestra importancia. La autoestima es vital para todos los seres humanos; consiste básicamente en la confianza en nosotros mismos y en nuestra capacidad de acción (Citado en Álvarez, 1999).

A continuación de acuerdo con Sánchez (2012), presentamos algunas definiciones que se han dado a la autoestima:

1. Sentimiento valorativo de nuestro ser, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra persona.

2. Es la opinión emocional que las personas tienen de sí mismos y que sobrepasa la racionalización ilógica del individuo

3. Capacidad que tiene la persona para valorarse, amarse y aceptarse a sí mismo, es decir tener una percepción evaluativa de sí mismo.

Se han realizado estudios en dónde se muestra una relación entre la autoestima y la obesidad. La presión de la sociedad por ser delgados tiene un efecto permanente en la autoestima de los niños. Las personas que tienen un sentido de la autoestima basado en la aprobación externa y la apariencia física, tiene mayor probabilidad de padecer algún trastorno alimenticio, debido a que son más susceptibles a las presiones sociales, en dónde la obesidad no es parte de la “belleza ideal” (Ríos Ramírez, 2002).

#### **2.2.4 Imagen corporal**

La imagen corporal se refiere a la forma en como uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Algunas personas se preocupan de forma extrema por su imagen corporal y esto les causa trastornos emocionales que llegan a interferir y modificar sus actividades cotidianas (Raich, et. al, 1996; Meza y Pompa, 2013, a). La insatisfacción con la imagen corporal se suele definir como la falta de satisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo, o bien con la insatisfacción de las partes de su cuerpo que más preocupan a quienes presentan problemas de conducta alimentaria (Garner, 1998; Meza y Pompa, 2013, b).

La imagen corporal es un concepto complejo que se ha utilizado para aludir a una estructura psíquica que incluye la representación consciente e inconsciente de nuestro cuerpo; esta imagen corporal incluye dos dimensiones una social y una individual (Aguado, 2004).

Como se ha visto, existen diferentes factores de riesgo involucrados en el desarrollo de sobrepeso y obesidad, entre ellos se encuentra como otro factor asociado la insatisfacción y alteración de la imagen corporal. La imagen corporal está directamente ligada a la autoimagen y a la autoestima, las cuales están íntimamente relacionadas con la constitución de la imagen corporal y los componentes de cada una de ellas son más problemáticos en los individuos obesos (Harriger y Thompson, 2012).

Dohnt y Tiggemann (2006) y Smolak (2004) plantean la posibilidad del que el origen de la insatisfacción corporal se encuentre en la infancia. Investigaciones acerca de imagen corporal en la infancia y la preadolescencia, muestran que las preocupaciones de la imagen corporal son notables para las niñas de 5 años (Abramovitz y Birch, 2000) se ha informado que niños de cinco y seis años de edad prefieren las figuras de cuerpo más delgado que la propia (Davison, Markey y Birch, 2003; Hendy, Gustitus y Leitzel-Schwalm, 2001), resultados indican que niños de ocho años experimentan insatisfacción corporal (Skemp-Arlt, Rees, Mikat y Seebach, 2006). Se ha considerado que los cambios psicológicos y físicos durante el comienzo de la pubertad se vinculan con la imagen negativa del cuerpo, conductas alimentarias no saludables, dieta (Ackard y Peterson, 2001) y la presencia de insatisfacción corporal (Attie y Brooks-Gun, 1989, Rodriguez y Cruz, 2008). Con lo cual se concluye que insatisfacción corporal se presenta en edades previas a la adolescencia (McCabe y Ricciardelli, 2004; Phares, Steinberg, y Thompson, 2004; Skemp-Arlt et al. 2006.), sin

embargo, existe controversia para poder establecer en qué punto del desarrollo la evaluación de la imagen corporal corresponde con la satisfacción/insatisfacción corporal y si su presencia en dichas etapas puede o no predecir los TCA durante la adolescencia y la adultez.

### **2.2.5 Ansiedad**

La ansiedad de acuerdo al diccionario de psicología es una sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el pre-dominio de tensión física. Se manifiesta frente a cualquier amenaza percibida, sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria. Científicamente, la ansiedad es conceptualizada como respuesta de pelea o huida. Es llamada así dado que todos sus efectos se dirigen hacia la pelea o la huida con respecto al peligro. Se manifiesta a través de tres canales: cognitivo (pensamientos, ideas), fisiológico (síntomas físicos como sudoración, mareo, aumento del ritmo cardiaco, etc.) y motor (acciones como la evitación, la huida, el escape) (Consuegra, 2010).

Saldaña y Rosell (2000) mencionan que Bruch en 1973 propuso que los indicadores de hambre podían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales, y que esta falta de discriminación podía producir una ingesta inadecuada, y que consideraba posible que el individuo obeso confundiera con frecuencia sus diversos estados de activación emocional con el hambre, y a consecuencia de este error de discriminación comiera cuando estuviera activado emocionalmente (Saldaña & Rosell, 2000).

Días y Enríquez (2007) mencionan que el comer, o más exactamente masticar, requiere un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar se transforma en una forma de reducir la ansiedad. Si el comer como recurso antiansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se aumentará de peso, incluso estableciendo en algunas personas

un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende, aumentar de peso, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador. Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo.

Un estudio realizado por Veldhorst et al. (2014), demostraron que los niños obesos tienen niveles de cortisol elevados crónicamente, midiendo la presencia de esa hormona en el pelo del cuero cabelludo, que refleja la exposición a largo plazo y puede ser un biomarcador del estrés. El cuerpo produce la hormona cortisol cuando una persona experimenta estrés. Cuando una persona se enfrenta a momentos estrés de manera frecuente, el cortisol y otras hormonas del estrés se acumulan en la sangre y, con el tiempo, pueden causar serios problemas de salud.

El estudio observacional caso-control analizó muestras de cabello de 20 niños obesos y 20 niños de peso normal para medir los niveles de cortisol. Cada grupo incluyó a 15 niñas y 5 niños con edades comprendidas entre 8 y 12 años.

Los sujetos obesos tenían una concentración media de cortisol de 25 pg / mg en el pelo del cuero cabelludo, en comparación con una concentración media de 17 pg / mg en el grupo de peso normal.

Días y Enríquez (2007) también mencionan que en los niños se presenta ansiedad por distintos factores y pueden encontrar la manera de reducir ésta comiendo, la cual para éstos es una forma rápida y placentera de disminuir este síntoma; por lo tanto, es posible que

si persiste la ansiedad el niño aumente de peso y se presente un ciclo en el cual la ansiedad lo lleve a la obesidad y la obesidad a la ansiedad.

### **2.2.6 Autoeficacia al ejercicio**

Es un concepto que introdujo Albert Bandura, y la define como un constructo principal para realizar una conducta ya que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias de autoeficacia es decir los pensamientos que tiene una persona sobre su capacidad y autorregulación para poder poner en marcha dicha conducta será decisiva.

La autoeficacia percibida desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano puesto que afecta el comportamiento no sólo de manera directa, sino también por su impacto en otros determinantes claves tales como metas, aspiraciones, expectativas de resultados, percepción de los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social (Bandura,1997).De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen habilidades personales que les permitan regular sus acciones (García, 2015).

Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas, tanto autoestimulantes como autodesvalorizantes, en los cursos de acción que ellas eligen para perseguir; los desafíos y metas que ellas se plantean para sí mismas y su compromiso con los mismos; la cantidad de esfuerzo que invierten en determinados emprendimientos; los resultados que esperan alcanzar por sus esfuerzos; la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos y su resistencia a la adversidad (Olaz, Silva y Pérez, 2001).

La autoeficacia se asocia directamente con la motivación para seguir determinando curso de acción o adoptar conductas de salud, como lo es la actividad física (Bandura, 1997).

A continuación, se mencionan algunos estudios que han investigado la relación entre la autoeficacia y la actividad física:

En un estudio longitudinal de 1994 realizado en Rhode Island, Estados Unidos, Marcus, Eaton, Rossi y Harlow, concluyeron que la autoeficacia aparece como un importante indicador de la conducta hacia el ejercicio.

En 1996 Kimiecik, Horn y Shurin estudiaron una muestra de 81 niños de 11 a 15 años de edad en Ohio, Estados Unidos, encontrando una correlación significativa entre la autoeficacia y la actividad física de estos niños.

En un estudio llevado a cabo en 2006 por Jeffrey, Kimberly y Caughtey, en una muestra de niños México-americanos de 9 a 12 años de edad residentes en Detroit, Estados Unidos, se concluyó que tanto las actitudes como la norma subjetiva y la percepción del control predijeron la actitud hacia la actividad física.

La autoeficacia percibida se concibe como uno de los principales determinantes de las intenciones de hacer ejercicio físico y de continuar haciéndolo por largos periodos de tiempo (Aedo y Ávila, 2009).

### **2.3 Factores Sociales**

La conducta alimentaria es una conducta psicosocial por excelencia porque es con la familia que se aprenden gustos, aversiones, hábitos alimenticios y estilos de vida a



través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción entre la madre y su hijo. Después, la conducta alimentaria puede estar influida por los pares, por los valores de la sociedad, los medios de comunicación y factores socioeconómicos (Gómez, et al., 2006; Vizcarra, 2010).

### **2.3.1 Comportamiento alimentario**

El entorno social y al medio ambiente, es decir, los correspondientes escenarios alimentarios se encuentran directamente ligados con la alimentación a través de la relación que los individuos de una sociedad determinada van a establecer con la naturaleza y los recursos comestibles que les rodean. Por lo tanto, la cultura tiene un papel fundamental en cada individuo pues, ésta provee un amplio conocimiento y de normas, las cuales construyen las maneras de alimentarse, y la intención y acción de cada persona participarán en la elección del consumo alimentario.

Tomando en cuenta lo anterior, la naturaleza del acto de alimentarse es, además de biológica, social, económica y eminentemente cultural, como Mintz (2003, p. 28) señala, “el acto de comer es más que el simple hecho de ingerir los alimentos”. De esta manera, alimentarse constituye un elemento básico para mantener la vida, que es común a todos los seres vivos, pero que en el caso de los humanos esta necesidad se acompaña de simbología, representaciones y normas que nacen de la cultura (Hubert, 2007; Meléndez, Cañez y Frías, 2010). Este conjunto de representaciones, creencias, conocimientos y prácticas heredadas y/o aprendidas, se asocian directamente con la alimentación y son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado (Contreras & García, 2005).

### 2.3.2 Familia

Es dentro de la familia donde se aprenden los hábitos alimenticios: lo que comemos, horarios y la cantidad de los alimentos. La influencia de los padres se encuentra relacionada con la adquisición de hábitos alimentarios y la actitud frente a la comida que el individuo presenta a lo largo de su vida, así, la selección de alimentos constituye una serie de conductas aprendidas y heredadas. En algunos casos el desarrollo natural del niño se ve perturbado por la incapacidad de los padres para llevar a cabo este proceso de alimentación, por lo que se crean conflictos en el niño, como resultado de la ansiedad que los padres depositan en él, siendo el obeso el emergente del síntoma familiar (Guillén 2014).

Hilde Bruch (1973) en un estudio menciona que las madres de niños obesos se comportan de forma ansiosa, tienden a ser sobreprotectoras, hostiles, rechazantes e inseguras y en cuanto a los padres describe que son pasivos, o ausentes y tienden a ser poco comunicativos en la relación familiar.

La forma en que los padres dirijan la comida o la acción de alimentarse, será importante durante las primeras etapas de vida, ya que, hasta cierto punto, de esto dependerá la formación de la personalidad y en los años posteriores consolidar la salud o desencadenar la enfermedad. Suelen haber familias que tienden a ofrecer la comida como señal de afecto o cuando desean premiar al otro, es decir, se les enseña a los niños a obtener alguna recompensa afectiva o material únicamente si se terminan la comida servida, y por ello tales conductas persistirán hasta la vida adulta (Guillén, 2014).

La obesidad depende también del control voluntario del individuo mediante su alimentación y el desarrollo de actividad física. El esquema corporal representa la imagen interna y externa que el individuo tiene de sí, la persona obesa tiende a tener una imagen distorsionada de sí misma que se puede dar por la actitud que la familia tiene respecto a su cuerpo, siendo aceptado o agredido constantemente, llevándolo a una autoevaluación, a la falta de su desarrollo o incapacidad para realizar actividad física. La familia puede llegar a transmitir miedos, e inseguridades con respecto a la actividad corporal, así como la imagen de su cuerpo, evitando que realice actividades para su bienestar.

Existen características comunes entre las familias obesas, las cuales entorpecen su comunicación, resolución y afrontamiento de problemas familiares, haciéndolas familias disfuncionales.

Los patrones de comunicación llevados a cabo por estas familia se caracterizan por: 1) amalgamamientos: interrumpir a los demás o arrebatarse la palabra; 2) tangencializaciones: cuando se emite una respuesta sin hacer caso al mensaje del emisor; 3) mixtificaciones: cuando existe contradicción en lo que se percibe y lo que el otro comunica; 4) predicciones paradójicas: cuando una persona se siente obligada a dudar del contenido de sus percepciones con el fin de no poner en peligro una relación con otra persona de mayor jerarquía; 5) descalificaciones: una anulación del mensaje que se envía; 6) metamensajes: es un mensaje que oculta resentimiento o desagrado; 7) rechazos: manifestar inconformidad de manera verbal o no verbal; 8) sobreprotección: realizar las actividades que le corresponde a otro así como abogar por él y 9) coaliciones: unión de dos o más personas para afectar a otro. Lo anterior hace contraste en las familias con miembros de peso normal, quienes emplean

mensajes de aceptación y de atención verbal y corporal facilitando la comunicación entre sus integrantes (Álvarez, Osornio y Vázquez, 1992).

### **2.3.3 Estilo de vida pocos saludables y malos hábitos de alimentación.**

Un estilo de vida se refiere al conjunto de actividades que una persona, pueblo, grupo social y familia realiza diariamente o con frecuencia, esto depende de sus conocimientos, necesidades, posibilidades económicas, entre otros aspectos.

Sin embargo, cuando se mantiene un estilo de vida poco saludable, no existe un involucramiento de actividades que puedan prevenir efectos negativos sobre la salud, entre los que se encuentran una alimentación incorrecta, mala práctica de actividad física y un mal manejo adecuado del estrés.

De acuerdo al Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) la obesidad se debe a los estilos de vida sedentarios, la alta ingestión de alimentos densamente energéticos, la alta mercadotecnia de alimentos no saludables y comida rápida y la alta ingesta de bebidas azucaradas (INSP, 2013).

El sedentarismo se define por el Ayuntamiento de Salud Pública de Madrid en el 2011 como la falta de actividad física regular, lo que implica que el individuo realiza menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana. La conducta sedentaria se ha considerado propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013, catalogó el sedentarismo como uno de los cuatro factores de mayor riesgo de muerte y estima que en el mundo 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a esto. Las personas con poca actividad física corren un riesgo de 20% y 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. Se ha estimado que el 60% de la población mundial es sedentaria, tan solo en México el 7% de la población mayor a 15 años hace deporte, dentro del cual sólo el 35% lo realiza el tiempo recomendado (30 a 45 minutos). Se ha demostrado que el sedentarismo es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, por lo que llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios a favor de la salud (OM-C Salud, 2014).

“El término actividad física hace referencia a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que tienen como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal” (Guillén, 2014, p.122).

La OMS (2013), hace énfasis en el deber que tienen los padres para que sus hijos lleven hábitos sanos desde sus primeras etapas de vida, para que formen parte de su personalidad. Debido a las altas demandas de la actualidad, los padres indirectamente o directamente promueven en sus hijos hábitos poco saludables, entre ellos el consumo de comida chatarra, poca participación en ejercicios físicos o actividades al aire libre sustituyendo éstas por largas horas de televisión, exponiéndolos a los distintos mensajes de los medios de comunicación, sumando a lo anterior los padres no brindan una alimentación correcta, la cual debe seguir las siguientes características: a) completa: es decir que se incluye alimentos de cada uno de los grupos alimenticios: verdura y fruta, cereales, alimentos de origen animal y leguminosas, para asegurar la ingestión de todos los nutrimentos necesarios;

b) equilibrada: guarda proporciones adecuadas entre proteínas, carbohidratos y lípidos (grasas), sabiendo que todos los nutrimentos son igual de importantes para mantener la salud;

c) suficiente: se pretende cubrir con las necesidades nutricias que cada persona requiere y obtener un peso saludable, en el caso de los niños se favorece el crecimiento y desarrollo en la velocidad adecuada; d) variada: integra diferentes alimentos de cada grupo en las comidas;

e) inocua: que significa que el consumo habitual de los alimentos no implica riesgos para la salud, porque están libres de microorganismos dañinos, toxinas y contaminantes; f) adecuada: según los gustos y la cultura de quien la consume, de acuerdo a sus recursos económicos. (OM-C, 2014).

#### **2.3.4 Medios de comunicación.**

De acuerdo con Herrero (2008) los medios de comunicación no son sólo una de las fuerzas que influyen en la cultura y en la opinión pública sino que probablemente son la fuerza más poderosa; la fuerza de otros agentes como la familia, la escuela, la iglesia, se ha diluido y ha contribuido, sin duda, al rápido crecimiento del poder de los medios y es cierto que todos, en cualquier ámbito, solemos mirar a los medios de comunicación como agentes causantes, propiciadores, desencadenantes o reforzadores de cualquier actitud, conducta o problema social. Los medios dotan de mitos y valores, de símbolos y creencias; proporcionan modelos de referencia.

Sánchez y Montalbán (2008) mencionan que la influencia de la publicidad no solo tiene efectos sobre los adultos sino también en los niños considerada muy fuerte para ellos, y puede catalogarse como un instrumento peligroso, ya que crea apetencias y necesidades que no corresponden a la edad del niño o del adolescente, y que en la mayoría

de los casos no podrá satisfacer. Las técnicas publicitarias abusan de las limitadas capacidades de análisis y racionalidad del niño y su natural credibilidad, por lo que necesitan del consejo y la explicación de sus padres.

La prevalencia de obesidad está directamente relacionada con el aumento del tiempo destinado a ver televisión, en niños y adolescentes de 6 a 17 años. Esto se debe a que ver televisión representa una actividad pasiva y a que muchos telespectadores consumen diversos productos ricos en calorías mientras ven la televisión, incitando el sedentarismo (Muñoz, 2010).

La publicidad también influye de forma importante. De los miles de anuncios que ven los niños al año en televisión, dos terceras partes son sobre alimentos con elevado contenido en calorías, grasas, colesterol, azúcar y sal o ciertos refrescos. Se ha demostrado que, por cada hora de incremento de visión de la TV, aumenta la prevalencia de obesidad, tanto en niños como en adultos; convirtiéndose el hecho de ver televisión en un buen predictor de obesidad (Sánchez & Montalbán, 2008). En el estudio de DeBoer (2013), donde analizó datos de más de 11,000 niños inscritos en un estudio longitudinal de niñez temprana en el año escolar 2011-2012, se encontró que los niños en edad preescolar miran cerca de 3.3 horas la televisión, mencionando que aquellos que veían incluso tan poco como una hora de televisión tenían el 50 o 60% de probabilidad de tener sobrepeso y 58% a 73% de ser obesos en comparación con los niños que veían menos de una hora. Y los niños que veían una hora o más de TV diaria tenían una probabilidad de 39% de tener sobrepeso y 86% de volverse obesos entre el kínder y el primer año. Un año más tarde, los investigadores entrevistaron a la mayoría de los padres de los niños sobre su tiempo frente a la pantalla, también midieron

su altura y peso. Era el tiempo mirando la televisión lo que pareció hacer la diferencia en el aumento de peso de los niños. El comportamiento sedentario puede reemplazar el tiempo en el que los niños normalmente pasarían haciendo actividad física (Christensen, 2015).

Sin duda la publicidad necesita de un emisor y un receptor, al igual que hay un mensaje que consiste en información que facilita la labor de consumo, es de los principales promotores también de un ideal corporal, que brinda una idea de belleza, principalmente para las mujeres. Existe una alta promoción de ideal de delgadez y estigmatización dependiendo del peso corporal, la idea e imagen de un cuerpo perfecto, tiene gran influencia, creando un conflicto psicológico (Guillén, 2014).

#### **2.4 Factores socioeconómicos**

Los factores socioeconómicos son determinantes para el desarrollo del sobrepeso y obesidad, la cultura, la globalización, la condición económica, la urbanización, el entorno social y político.

En los niveles socioeconómicos más desfavorecidos, se observa la obesidad paradójicamente vinculada a grados de desnutrición, siendo las mujeres y los niños los más afectados. Por otro lado, en los niveles socioeconómicos más altos, no se esperaría observar de forma habitual la obesidad y la desnutrición, debido a que se piensa que tienen recursos para consumir alimentos saludables y acceder a tratamientos médicos (Gabin de Sardoy, 2010).



En la sociedad actual, la industria segmenta la oferta y comercialización de productos alimentarios, en función de la capacidad económica de los consumidores. Los productos de baja calidad son dirigidos a los sectores con menor poder adquisitivo. Cuanto más bajo es el poder de compra del público al que se dirige, más alto es el contenido de grasas, azúcares y aditivos. Generalmente los productos industrializados de comida chatarra se dirigen a la población con menor capacidad económica y son relativamente más caros y menos recomendables desde el punto de vista nutricional (Fausto, Valdez, Aldrete y López, 2006). Se puede afirmar, entonces, que los pobres no comen lo que quieren, ni lo que saben que deben de comer, sino lo que pueden, las personas con bajos recursos económicos están desnutridos porque no tiene lo suficiente para alimentarse, y son obesos debido a que se alimentan mal, debido al desequilibrio energético (Vizcarra, 2010).

Sin embargo, no todas las poblaciones que padecen de escasez de recursos económicos tendrán como consecuencia sobrepeso y obesidad; la alta incidencia de sobrepeso y obesidad en países como México, indica que existen otras causas que no se relacionan directamente con su nivel de desarrollo, sino con la expansión de los procesos de globalización que afectan los estilos de vida de poblaciones humildes como en las que cuentan con mejores ingresos (Carmona y Vizcarra-Bordi, 2009).

La sociedad moderna sobrevalora la estética corporal y asocia el concepto de delgadez con el de éxito profesional y de felicidad. Por otro lado, el aumento de horas diarias fuera del hogar, la mecanización de la vida cotidiana (ascensores, escaleras mecánicas, electrodomésticos, controles remotos, etc.), la inserción laboral y profesional de la mujer, el incremento en la jornada laboral, etc., son todos factores que han traído aparejados una

disminución en el gasto energético diario y un mayor consumo de alimentos industrializados y fuera del hogar. Estos últimos suelen ser alimentos con mayor densidad energética a expensas, principalmente, de hidratos de carbono y grasas. Teniendo todo esto en consideración, se observa que la obesidad es una consecuencia directa e ineludible –si no se toman medidas higiénico-dietéticas necesarias- en las sociedades globalizadas actuales (Gabin de Sardoy, 2009, p.2).

Carmona y Vizcarra-Bordi, (2009) realizaron un estudio con escolares de 6 a 12 años, de zonas urbanas del sur del Estado de México con altos grados de migración internacional, encontrando una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como una alimentación caracterizada por un alto consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono, los resultados indican que la alta migración masculina, la escasez de empleos productivos y los apoyos gubernamentales insuficientes, forman una compleja realidad en estas comunidades, donde se introducen servicios urbanos (internet, telefonía celular y alámbrica, entre otros), también nuevos hábitos alimenticios que se conjugan con los tradicionales. Reflejándose todo ello en los cambios que se dan en los estilos de vida que son cada vez más semejantes a los urbanos, en donde los escolares se muestran menos activos.

El nivel socioeconómico elevado es un factor de riesgo de obesidad en los países de bajos recursos y en los de transición nutricional. Mientras que el medio rural es un factor de protección a diferencia de los países desarrollados, en los cuales el nivel socioeconómico bajo es generalmente un factor de riesgo de obesidad (Colomer, 2006).

La alimentación es parte de una vida digna, al que todo ser humano tiene derecho, por lo que se espera que hoy en día se tenga acceso a una alimentación adecuada por medio

de alimentos culturalmente aceptados y que se producen en forma sostenible para el medio ambiente y la sociedad (Gabin de Sardoy, 2010).

### **III. Sobrepeso y obesidad como problemas de salud pública en México.**

La obesidad constituye un problema de salud pública que se ha calificado como la “epidemia del siglo”, a la que se ha destinado una gran cantidad de recursos económicos y humanos para su manejo, control y prevención. De acuerdo con datos de la OMS, hace diez años había en el mundo un aproximado de 330 millones de adultos obesos; en 2005 alcanzó los 400 millones de personas, y se calcula que para el año 2015 habrá por lo menos 2,300 millones de individuos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

Este problema se relacionaba anteriormente con los países industrializados, pero el sobrepeso y la obesidad han aumentado notablemente en los países en vías de desarrollo, principalmente en el medio urbano. En México, es la enfermedad metabólica más frecuente. Considerado como el país con más obesos en el mundo, aumentó su prevalencia de 59.7% en 2000 a 66.7% en 2006, constituyéndose en un riesgo clave para el desarrollo de las patologías que ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad. Los riesgos de la obesidad se relacionan a una elevada propensión a padecer enfermedades crónicas, tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial y alteraciones pulmonares y cardiovasculares, siendo también un elevado factor de riesgo para desarrollar varios tipos de cáncer. También afecta la esfera psicológica del individuo al disminuir la autoestima de quien la padece y afectar sus relaciones sociales (Verdalet, 2011).

Es, pues, evidente la magnitud de este problema, y la situación se torna aún más preocupante debido a que la obesidad no discrimina, pues afecta a cualquier individuo sin considerar su edad, sexo, raza o nivel socioeconómico. Es por ello que la población infantil, al sufrir un constante cambio en los estilos de vida asociados a la urbanización, la variabilidad

en la economía y el desarrollo tecnológico, se ha visto afectada, por lo que ha habido un consecuente incremento de casos de niños obesos.

### **3.1 El sobrepeso y obesidad infantil como problemas de salud pública en México.**

Gómez, Lumbreras y Hernández (2011), definen a la salud pública como:

“La ciencia y el arte de mejorar la salud de la población mediante los esfuerzos organizados de la sociedad. Es por lo tanto una ciencia que abarca los problemas de salud de la población en general y de cada uno de sus componentes en particular, la salud pública incorpora actividades médicas e intervenciones en planificación información sanitaria, promoción y protección de la salud, intentando siempre llegar a todos los eslabones de la sociedad para garantizar el estado de salud y bienestar de todas las personas y entendiendo la salud como un derecho fundamental de toda persona” (p. 7).

El gasto en salud ha aumentado rápidamente en México desde el 2012, particularmente el gasto gubernamental.

En el 2013, la expectativa de vida en México era la más baja de todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); 74.6 años en comparación con el promedio de la OCDE de 80.5 años. La brecha entre la expectativa de vida en México y el promedio de la OCDE se ha ampliado desde 4 años en el 2000 hasta casi 6 años en el 2013, ya que el aumento ha sido mucho más lento en México que en otros países (OCDE, 2015).

La situación de salud pública en México ha cambiado dramáticamente en los últimos 40 años, ya que nos enfrentamos a una transición epidemiológica donde coinciden enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas, lo que aunado a la transición demográfica en la que existe un envejecimiento acelerado de la población, hace necesario reconocer la importancia de invertir en acciones de salud y educación.

México se encuentra inmerso en un incremento de las enfermedades crónico-degenerativas como causa de morbilidad y mortalidad, con alto costo económico y social. La mejor alternativa para disminuir la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles es la prevención a lo largo de la historia natural de la enfermedad. Este tipo de enfermedades constituye un grupo de padecimientos que contribuyen a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral).

La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico. Existen variaciones significativas en la prevalencia de obesidad, sobrepeso, dislipidemias, hipertensión arterial y síndrome metabólico, en el periodo comprendido por las Encuestas Nacionales de Salud (1994-2006). Por otra parte, el sobrepeso, la obesidad son factores de riesgo que se asocian con el incremento de enfermedades crónicas tales como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama, osteoartritis, y otras

más. La atención médica que requieren estas enfermedades tiene un fuerte impacto sobre los recursos financieros, humanos y de infraestructura disponibles.

La obesidad actualmente es conocida como la gran epidemia del siglo XXI, afecta indistintamente a mujeres y hombres, adultos, adolescentes y niños. Desde los años ochenta, los niños han tenido la inclinación por consumir alimentos distintos a los acostumbrados en la familia; desean comer la denominada comida rápida y chatarra. Asimismo, la actividad física se realiza poco; heredando hábitos de vida poco saludables a los niños (Mercado y Vilchis, 2013).

En México, las encuestas nacionales de salud de los años 1999 y 2006 demuestran que tanto el sobrepeso como la obesidad en niños de entre 5 y 11 años aumentaron casi un 40%. En la encuesta nacional se reveló que, en el país, 26% de los niños en edad escolar presentan sobrepeso y obesidad. En Sonora, los datos eran más preocupantes, pues el 40% de los niños y el 35% de las niñas padecían sobrepeso u obesidad (Quizán, Álvarez y Espinoza, 2007; Mercado y Vilchis, 2013).

México ha caído en el descuido. La mayoría de la población es de nivel socioeconómico bajo y por lo tanto existen factores que hacen más vulnerable a la gente a sufrir una inmensa desnutrición y obesidad. En el 2003 Figueroa llevó a cabo una investigación con niñas y niños mexicanos de cinco a once años y concluyó que el sobrepeso y obesidad son problemas de salud de alta prevalencia en niños en edad escolar en México y se asocia positivamente con el nivel socioeconómico, la edad de los escolares y la escolaridad de las madres, además existen otros aspectos que generan la obesidad en la sociedad como el político y social. Algunos temas que no ponen importancia en los centros de educación son

el acoso escolar, el maltrato infantil, la pobreza, la autolesión y la obesidad, esta última especialmente en educación infantil y primaria.

La obesidad y el sobrepeso tienen causas multifactoriales y por lo tanto cada país debe instituir sus propias medidas, diseñadas a partir de experiencias internacionales, pero con la flexibilidad para aplicarlas en todos los estratos de la población.

### **3.2 La acción del gobierno ante la problemática**

El gobierno de la ciudad de México, ha iniciado el abordaje de un nuevo paradigma de intervención, que radica en prevenir una enfermedad y sus complicaciones siendo esto más benéfico que lo obtenido por atenderla, aunque esta atención sea de manera oportuna y adecuada, siempre será mejor prevenir. El Sistema de Salud cuenta con estrategias de manejo integrado, cuya evaluación permite consolidar nuevos modelos específicos de “prevención clínica” para la población. Esta característica introduce oportunidades para la prevención, el desarrollo de herramientas pronósticas y la creación de modelos fármaco-económicos. Al conocer las modificaciones de la prevalencia nacional de estas anomalías le es posible al sistema de salud pronosticar el daño de las enfermedades crónicas no transmisibles y evaluar el efecto de las acciones preventivas. En consecuencia, la evolución natural de este tipo de padecimientos permite la institución de programas preventivos dirigidos a diferentes estratos de la población (Córdova 2009).

En el marco de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud, el presidente Enrique Peña Nieto en el 2013 presentó la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, que pretende combatir los



problemas que México enfrenta en materia de obesidad y sobrepeso, la cual prevalece en la actualidad.

La iniciativa está integrada por tres pilares: salud pública, atención médica oportuna, y regulación sanitaria y política fiscal en favor de la salud, informó presidencia en un comunicado.

En el primer rubro del proyecto, integra la estrategia para la promoción de estilos de vida saludables, amplias campañas de promoción a la salud a través de la educación, monitoreo permanente de las enfermedades no transmisibles, así como la implementación de acciones preventivas; en el segundo punto de la estrategia, se señala que a partir de un nuevo modelo de identificación de personas con factores de riesgo, o con diagnóstico previo, se asegurará que tengan acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, privilegiando siempre la prevención; en el tercer apartado, contempla que el gobierno es el encargado de promover distintas medidas para alentar comportamientos saludables entre la población (Forbes Staff, 2013).

Complementando a lo anterior se cuenta con los programas de apoyo a la salud, programas de educación a la nutrición, promoción de la actividad física y el deporte, como el programa lanzado recientemente por la Comisión Nacional del Deporte, para luchar contra la obesidad infantil: dicha campaña es llamada “Ponte al 100”.

Un proyecto realizado de forma conjunta en el 2010, con el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Pediatría, con la asesoría del Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de Chile, patrocinado por la empresa Tresmontes Lucchetti, el

gobierno municipal de Tlaltizapán el sector Salud de Morelos y la Secretaría de Educación, llamado "Prevención de la Obesidad Infantil en escolares", tiene como idea central prevenir el sobrepeso y la obesidad. El proyecto pretende mejorar la alimentación y aumentar la actividad física en los niños en edad escolar, el mismo plan contempla flexibilidad suficiente para integrar sugerencias de la comunidad, para lograr las metas con estrategias como las siguientes: Regular la venta de alimentos en planteles escolares; sensibilización sobre la venta; capacitar al personal sobre la venta de alimentos; organizar eventos que promuevan la actividad física; fortalecer los comités de salud, maestros y padres se deben integrar a este plan en una cultura nueva contra la obesidad.

Otro programa federal implementado para fomentar hábitos saludables es “La estrategia 5 paso por tu salud”, la cual pretende como primer paso incentivar la realización de ejercicio físico durante 1 hora, incrementado el ejercicio gradualmente hasta realizarlo los cinco días de la semana; como segundo paso se promueve el consumo de agua, considerando que este consumo es un medio de hidratación importante; el tercer paso consiste en recomendar el consumo diario de 5 raciones de verduras y frutas; en el cuarto paso se abordarán conductas de riesgo, como lo son el sedentarismo, el consumo de cigarro, comer en exceso, y al mismo tiempo se promoverá la detección y la constante observación de actitudes, sentimientos o pensamientos que perjudiquen la salud de las persona, además de realizar una valoración física por medio de la medición de peso, talla, índice de masa corporal y como quinto paso, se integrará el entorno familiar y de amistades, creando redes de apoyo que beneficien la aplicación del programa.

La estrategia "5 pasos para la salud escolar" tiene metodología EPODE de Francia, inspirada en el desarrollo de la comunidad para la comunidad de una manera concreta, un proceso que integra el aprendizaje de nuevos conocimientos paso por paso en alimentación y actividad física con una filosofía en educación y cambio de conductas. Actualmente se ha reportado que esta metodología ha sido seguida por distintas comunidades de distintas nacionalidades, entre las que se encuentran 167 francesas (EPODE), en 13 comunidades belgas (VIASANO), 32 españolas (THAO) y en 5 comunidades griegas, reportado resultados positivos sobre la prevalencia de obesidad infantil.

### **3.3 Tratamientos**

Además de las estrategias del Gobierno Federal por tratar este problema de salud, actualmente se han llevado a cabo diversos tratamientos médicos, psicológicos e integrales que tienen como objetivo principal brindar consejos médicos, es decir explicar temas relacionados a una dieta adecuada y la realización de ejercicio, así como también implementación de tratamientos farmacológicos o quirúrgicos, e intervenciones psicológicas y psicoeducativas.

La Secretaría de Salud ha puesto en marcha acciones como brindar servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio, todo esto con la finalidad de fomentar la actividad física, incrementar el consumo diario de frutas y verduras, mejorar la información para los consumidores en cuanto a propiedades nutricionales de los alimentos y las porciones adecuadas de una dieta; promover la lactancia hasta los 6 meses de edad y la disminución del consumo de azúcares, grasas y sodio en la población así como aumentar la disponibilidad y consumo de agua potable.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, al ser un organismo público descentralizado tiene por objetivo establecer y desarrollar programas de seguridad social, para todos los trabajadores y sus familiares afiliados, protegidos por la ley general de trabajo. En su servicio de medicina preventiva realiza un examen de detección de sobrepeso u obesidad, si el resultado es positivo, es canalizado con un médico familiar o se le brinda la opción de participar en grupos de ayuda, en donde se toman en cuenta cada una de sus características individuales para proporcionarle un plan de nutrición adecuado. Este instituto también se ha dado a la tarea de crear campañas de prevención para la obesidad y sobrepeso, entre las que se encuentran “controla, evítala” y “mídete no te pases”.

El tratamiento que brinda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE), se caracteriza por ser multidisciplinario, en donde trabaja el psicólogo, nutriólogo y el psiquiatra para ayudar a modificar la dieta, se brinda un diseño de rutina de ejercicio físico, una modificación conductual y en casos severos cirugías o tratamiento farmacológico, considerando desde población infantil hasta la adulta.

Los tratamientos para la obesidad infantil deben ser multidisciplinarios con la intervención de profesionales de la salud y de todos los involucrados en el ámbito escolar, familiar y gubernamental. El tratamiento de la obesidad infantil no debe centrarse solo en indicaciones de dieta y ejercicio, sino también se debe convencer al niño de lograr cambios en el área afectiva y en su ámbito educativo. El objetivo primario del tratamiento infantil es mejorar a largo plazo el peso, ya sea con su pérdida o el mantenimiento del mismo durante el crecimiento lineal (Gómez, et al., 2008).

Siguiendo en la línea de tratamiento, para algunos niños será suficiente establecer hábitos saludables de alimentación, y otros pueden necesitar esfuerzos adicionales para alcanzar un balance negativo de energía. El plan de manejo debe individualizarse en el niño y adolescente con sobrepeso u obesidad, de acuerdo a la presencia de otros factores de riesgo, requerimientos energéticos, grado de actividad física y velocidad de crecimiento para cubrir las necesidades nutricionales y alcanzar las metas. En quienes presentan peso normal, las medidas deberán ser encaminadas a mantener el peso y evitar que progresen a obesidad. Las acciones específicas deberán intensificarse en niños de alto riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, como aquellos que inician sobrepeso en períodos críticos (antes de los cinco a seis años y adolescencia) y en hijos de padres obesos. En población pediátrica con obesidad, con alto riesgo, los cambios en el estilo de vida que incluyan pérdida moderada de peso (7% del peso corporal), con estrategias dietéticas (que incluyan restricción en la ingesta calórica y en las grasas), programa de actividad física y apoyo psicológico (Gómez et al., 2008).

Los tratamientos psicológicos se han enfocado en abordar el tratamiento de la obesidad de formas muy variadas. A menudo se usa la combinación de la Terapia Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), lo cual muestra los mejores resultados para combatir los efectos físicos del sobrepeso y obesidad, en dónde se trata de modificar no solo el peso, sino los hábitos de vida, promoviendo la adquisición de hábitos saludables para niños, adolescentes y adultos, que permitan estabilizar el peso, teniendo resultados favorables para la salud (Peña, Garza, Gutiérrez, Méndez y Ramírez, 2012).

Frecuentemente, las personas con sobrepeso y obesidad, incluyendo a niños, presentan comorbilidad psicológica como trastornos que pueden interferir en la adaptación y

evolución del programa de tratamiento general y conviene detectarlos y diagnosticarlos al inicio. Deben tenerse en cuenta, especialmente, los trastornos de conducta alimentaria que pueden acompañar a la obesidad, ya que no resultan infrecuentes los casos de bulimia nerviosa y, principalmente, trastorno por atracón. Asimismo, es frecuente la presencia del síndrome del comedor nocturno y se observa de manera habitual picoteo, generalmente de alimentos de elevado contenido energético que a veces son sus alimentos preferidos y, en otras ocasiones, cualquier alimento. Otras patologías pueden estar presentes como trastornos depresivos u otros trastornos del humor. En estos casos conviene abordar los problemas desde el inicio del tratamiento y si es necesario, de forma individualizada. El éxito del tratamiento está directamente relacionado con la comorbilidad física y psicológica, motivación, conflictos y situaciones personales (Lafuente y Mercedes, 2011, a).

Entre otros, se encuentra el Tratamiento Cognitivo Conductual que abarca junto a los componentes cognitivos propios de esta terapia, procedimientos comportamentales para el abordaje de la conducta alimentaria y el ejercicio físico que se asemejan en algunos aspectos con los de la terapia conductual. La psicoterapia cognitivo-conductual se enfoca en que el paciente reconozca qué debería cambiar y cómo puede hacerlo. La tarea consiste en solicitar al paciente que observe primero su conducta, pensamientos y sentimientos, así como la relación que existe entre ellos y sus hábitos alimentarios, de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas que puedan ponerse en práctica en su vida diaria (Lafuente y Mercedes, 2011, b).

Entre las técnicas empleadas, se pueden clasificar las a) técnicas de autocontrol: que incluyen autoobservación, registro de comida y de situaciones desencadenantes,

establecimiento de metas realistas a corto y largo plazo, control de estímulos (comer sentado, despacio, sin otras actividades, límites y lista de comida, levantarse de la mesa al comer, compra controlada); b) reestructuración cognitiva propiamente dicha: conocimiento que el paciente tiene de sus propios pensamientos y emociones, conocer las relaciones de emociones y situaciones de ingesta, detectar pensamientos automáticos negativos irracionales (cuestionar, analizar y cambiar) y sustituir las creencias y suposiciones erróneas por ideas más apropiadas; c) focos de trabajo: autoestima, actitud ante las críticas, valoración de las fortalezas, desarrollar el sentido de autoeficacia, imagen corporal y refuerzo de logros, aun siendo pequeños; d) desarrollo de otras habilidades de manejo de dificultades: aprender conductas alternativas en vez de comer, estrategias de manejo del estrés y regulación de afectos, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, entrenamiento en solución de problemas, además de prevención e interpretación de recaídas. e) seguimiento y evolución: trata de la reevaluación y realimentación de cambios producidos y mantenidos (Lafuente, 2011). Algunas de estas técnicas pueden ser utilizadas en población infantil, ya que se han adaptado para el trabajo con niños.

Finalmente se podría considerar a la etapa infantil como un aliado para conseguir una mejor eficacia de las estrategias y acciones para combatir y prevenir el problema. Es importante comenzar desde las etapas preescolar y escolar, ya que es en éstas donde se crean los hábitos sociales, familiares y ambientales que continúan a lo largo de la vida. Es importante considerar la psicoeducación tanto para niños como para adultos, de acuerdo con un estudio de Peña (2012) en donde utilizó una intervención psicoeducativa, se demostraron cambios significativos en la disminución de peso, IMC, talla de cintura y duración de

actividades físicas). El objetivo es que el paciente descubra nuevas formas y conductas y las lleve a su vida diaria beneficiándose de un mayor bienestar y eficacia.

La investigación del perfil de las personas con sobrepeso y obesidad ha sido de gran importancia para los investigadores, quienes a través de su trabajo nos han dado a conocer los perfiles psicológicos de las personas con esta condición, para que puedan ir desarrollando modelos de intervención y prevención, y así combatir los padecimientos crónicos que involucran la salud física y psicológica y las psicopatologías, viéndose afectados.



## **IV. MÉTODO**

### **4.1 Planteamiento del Problema y Justificación**

Como se ha revisado, el sobrepeso y la obesidad infantil han tomado dimensiones alarmantes dentro de la población mexicana, poniendo en riesgo las distintas áreas de desarrollo de los niños, afectando su salud física y mental a corto y largo plazo, afectando su calidad de vida. Como se sabe las causas del sobrepeso y la obesidad son múltiples, entre ellas los factores psicológicos juegan uno de los papeles principales, ya que afectan directamente en el desarrollo y permanencia de la problemática, sin embargo, no se les da la importancia y la integración adecuada a los distintos programas de tratamiento. Es por esto que la presente investigación aborda la evaluación de las variables psicológicas de interés con la finalidad de identificar aquellas variables predominantes en los perfiles psicológicos que estén influyendo en los niños con sobrepeso y obesidad permitiendo desarrollar un modelo de intervención o prevención integral adecuado a las características de los niños.

Adicional a lo anterior el crecimiento del sobrepeso y la obesidad infantil también se ha visto influenciado por las características únicas de los sectores socioeconómicos y la diversidad demográfica del país, aspecto que ha sido incluido en este estudio, para tener una primera impresión de la zona más afectada actualmente.

Este trabajo se considera socialmente relevante porque le ofrece al investigador, al niño y al medio en donde se desenvuelve una serie de áreas de oportunidad para trabajar de tal manera que se logre una prevención o en dado caso un tratamiento adecuado que beneficie su salud física y psicológica; además de conocer la zona con mayor vulnerabilidad al desarrollo de sobrepeso-obesidad infantil.

La batería que se utilizó para la evaluación brinda al investigador un ahorro de esfuerzo, ya que es sencilla de entender para su aplicación. Los distintos instrumentos que la componen son escalas breves, por lo que se tienen que responder pocos reactivos, implicando así una breve inversión de tiempo, lo que la vuelve un instrumento noble, no intrusivo, siendo aceptado por los niños.

#### **4.2 Pregunta de Investigación**

En este estudio se plantean varios cuestionamientos, primero se plantea la pregunta de si ¿existe la posibilidad de encontrar existencia de una variable dominante en los perfiles de normopeso, sobrepeso y obesidad? ; ¿serán obtenidas diferencias significativas en los índices de sobrepeso y obesidad entre las escuelas ubicadas en diferentes zonas (urbana y rural)? ; y ¿se comprobará la diferencia esperada entre los perfiles de los niños con normopeso comparados con los niños que presentan obesidad y sobrepeso?

#### **4.3 Objetivo General**

Explorar las variables psicológicas (ansiedad, insatisfacción corporal, autoestima y autoeficacia al ejercicio) que se presentan en los niños con normopeso, sobrepeso-obesidad, mediante la aplicación de una batería para conseguir la descripción de un perfil psicológico y conocer la posible influencia de la zona demográfica.

#### **4.4 Objetivo Específico**

Diferenciar los perfiles de las subcategorías de la muestra (normopeso, sobrepeso y obesidad) de acuerdo con las variables encontradas.

Determinar las variables psicológicas significativas sin importar la condición física y la posible influencia de la localización de las escuelas.

Identificar las variables que pueden perpetuar en el desarrollo y permanencia de la problemática.

#### **4.5 Descripción de Variables (conceptual y operacional)**

**Variables Independientes:** normopeso, sobrepeso y obesidad

##### **Normopeso**

**Definición conceptual:** Es el peso normal de una persona respecto a su estatura, es decir el Índice de Masa Corporal (IMC) ideal, por lo tanto, es aquel que permite a una persona llevar una vida saludable, mejorando la calidad y la esperanza de vida (Manual de Nutrición Clínica, 2012).

##### **Sobrepeso**

**Definición conceptual:** El sobrepeso, al igual que la obesidad se caracteriza por el aumento del peso corporal y se acompaña a una acumulación de grasa en el cuerpo.

Se debe a un desequilibrio entre la cantidad de calorías que se consumen en la dieta y la cantidad de energía (en forma de calorías) que se gasta, durante las actividades físicas (Mosby, 2004).

##### **Obesidad**

**Definición conceptual:** La obesidad se define como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa riesgo para la salud. Es el producto de un balance

calórico positivo, ya sea por medio de un elevado aporte energético o por una reducción del gasto de energía (Moreno, 1997).

**Definición operacional de las variables independientes:** La medida para las tres categorías de peso mencionadas, se obtienen a través del Índice de Masa Corporal (IMC), medida que relaciona el peso con la altura de acuerdo con la siguiente fórmula:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m}^2\text{)}$ .

Para identificar el IMC obtenido de la formula se debe consultar las tablas de Índice de Masa Corporal para niños y niñas, tomando en cuenta la edad (ver tabla 1).

**Tabla 1.**

*Tabla de Índice de Masa Corporal para niñas*

| Edad (años) | NIÑAS    |            |           |          |
|-------------|----------|------------|-----------|----------|
|             | IMC Bajo | IMC Normal | Sobrepeso | Obesidad |
| 6           | < 13.2   | 15.2       | >_ 17.3   | >_ 19.7  |
| 7           | < 13.2   | 15.5       | >_ 17.8   | >_ 20.5  |
| 8           | < 13.3   | 15.8       | >_ 18.4   | >_ 21.6  |
| 9           | < 13.5   | 16.3       | >_ 19.1   | >_ 22.8  |
| 10          | < 13.7   | 16.9       | >_ 19.9   | >_ 24.1  |
| 11          | < 14.1   | 17.5       | >_ 20.7   | >_ 25.4  |

**Organización Mundial de la Salud, OMS, 2007.**

**Tabla 2.***Tabla de Índice de Masa Corporal para niños.*

| NIÑOS       |          |            |           |          |
|-------------|----------|------------|-----------|----------|
| Edad (años) | IMC Bajo | IMC Normal | Sobrepeso | Obesidad |
| 6           | < 13.6   | 15.4       | >_ 17.6   | >_ 19.8  |
| 7           | < 13.5   | 15.5       | >_ 17.9   | >_ 20.6  |
| 8           | < 13.6   | 15.8       | >_ 18.4   | >_ 21.6  |
| 9           | < 13.7   | 16.2       | >_ 19.1   | >_ 22.8  |
| 10          | < 14.0   | 16.6       | >_ 19.8   | >_ 24.0  |
| 11          | < 14.3   | 17.2       | >_ 20.6   | >_ 25.1  |

**Organización Mundial de la Salud, OMS, 2007.**

**VARIABLES DEPENDIENTES:** autoestima, ansiedad, insatisfacción corporal y autoeficacia al ejercicio.

### **Autoestima**

**Definición conceptual:** La palabra se compone de auto, que es un prefijo del griego autos; que significa “uno mismo”, “por sí mismo” y estima, que significa, “consideración”, “aprecio”, “valorar”, “considerar”. Tener autoestima significa tener un concepto positivo de uno mismo, un sentimiento de que se es digno, agradable y competente. Una forma de definir la autoestima se centra en las respuestas psicológicas que la persona sostiene de su self. Estas respuestas se describen normalmente como de naturaleza afectiva o basadas en el sentimiento, es decir, positivo versus negativo o aceptación versus rechazo (Díaz y Díaz, 2008, p.2, a).

La autoestima puede verse como una función o componente de la personalidad. En este caso la auto-estima se considera como parte de uno mismo o sistema del self, normalmente vinculada a la motivación y/o autorregulación (Díaz y Díaz, 2008, b).

**Definición operacional:** Para medir autoestima se utilizó la Escala de Autoestima para niños de Joaquín Caso Niebla, 1999. La escala está conformada por 21 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert (siempre, usualmente, algunas veces, rara vez, nunca), con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach= 0.88, se califica con 5 puntos las respuestas que impliquen expresiones relacionadas con una alta autoestima y con 1 las que impliquen baja autoestima. Una calificación alta en la escala, representa una mayor autoestima (Hernández, Caso y González, 2011).

## **Ansiedad**

**Definición conceptual:** El término anxiety (ansiedad) se define como un “estado emocional tenso” (Funk & Wagnalls, 1963: Beck, Emery & Greenberg, 2014, p. 59). “A menudo marcado por síntomas físicos tales como tensión sudor, palpitación y aumento de pulsaciones” (Webster’s Third International dictionary, 1981: Beck, Emery & Greenberg, 2014, p. 59).

**Definición operacional:** Se utilizó la Escala de Ansiedad para niños de Spence, la cual está compuesta por 38 ítems, con una consistencia interna, Alfa de Cronbach, de la SCAS de .88; de .81 para el factor Ataque de Pánico/Agorafobia; de .74 para ansiedad de separación; para el factor de Fobia Social, fue de .71; en el factor Miedo al Daño Físico, de .75; para el factor Trastorno Obsesivo-Compulsivo, fue de .77, y finalmente, el factor Ansiedad Generalizada, tuvo una confiabilidad de .72.

Cuenta con tres opciones de respuesta tipo Likert: Siempre o Casi siempre; A veces; Casi nunca, se califica dando el puntaje de 1, 2 o 3 puntos de acuerdo a la respectiva respuesta, posteriormente mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem, se obtiene el total, en dónde a mayor puntaje, más ansiedad (Spence, et al., 2010).

### **Insatisfacción corporal**

**Definición conceptual:** La insatisfacción corporal es definida como las discrepancias entre la imagen corporal autopercebida y la imagen corporal ideal es un constructo complejo que engloba percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos referentes al propio cuerpo (Bully, Elosua, y López, 2012).

**Definición operacional:** Se eligió la Escala Breve de Insatisfacción Corporal (EBICI) de Baile, González y Pallarés, 2012, la cual está compuesta por tres elementos en formato escala likert. La calificación de los ítems es de la siguiente manera: En el ítem 1, si se puntúa a= 0 puntos, b= 1 punto y c= 2 puntos; en el ítem 2, a= -1, b= 0, c= 1, d = 2 y en el ítem 3, a= 0, b= 1, c= 2, d= 3. Una mayor puntuación en la escala implica un mayor nivel de insatisfacción con el propio cuerpo. Esta escala cuenta con una alfa de Cronbach de .738 (Baile, González y Pallares, 2012).

### **Autoeficacia al ejercicio**

**Definición conceptual:** La teoría de la autoeficacia parte de la distinción conceptual (Bandura, 1977) entre expectativas de eficacia o autoeficacia (capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento) y expectativas de resultados (probabilidad percibida de que un comportamiento produzca determinadas consecuencias) y propone que ambos tipos de expectativas actúan en gran medida, como

determinantes de la elección de actividades, del esfuerzo y de la persistencia en las actividades elegidas, de los patrones de pensamiento y de las respuestas emocionales.

En el área del deporte la variable psicológica más estudiada es la confianza en las propias capacidades físicas. La influencia de la autoconfianza sobre el rendimiento deportivo se ha investigado desde la perspectiva conceptual y metodológica que aporta la teoría de autoeficacia (Balaguer, Escartí y Villamarín, 1995).

**Definición operacional:** La escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física de Aedo y Ávila, 2006, es la que fue seleccionada para evaluar autoeficacia hacia la actividad física en los niños escolares. Dicha escala está compuesta por 11 reactivos con solo dos opciones de respuesta (sí o no), positiva o negativa la respuesta se le otorga un punto y se realiza un conteo del número de respuestas totales de sí y no. A menos puntaje de respuestas positivas, menor autoeficacia. Cuenta con un alfa de Cronbach estandarizada de 0.735 (Aedo y Ávila, 2006).

#### **4.6 Hipótesis**

En esta investigación nos hemos planteado las siguientes hipótesis: los niños con sobrepeso y obesidad presentaran altos índices de ansiedad, baja autoestima, alta insatisfacción corporal y baja autoeficacia al ejercicio; se espera encontrar un mayor índice de niños con sobrepeso-obesidad en la zona urbana; se espera encontrar diferencias significativas entre el perfil de un niño con normopeso y con sobrepeso-obesidad.



#### **4.7 Diseño y Tipo de Estudio**

La investigación a realizar es de tipo correlacional, comparativo, exploratoria, con una metodología cuantitativa, el tipo de muestreo que será utilizado es no probabilístico, no paramétrico, siendo una muestra independiente.

#### **4.8 Participantes**

N= 264 niños y niñas de ambas escuelas, 146 de la escuela primaria Wilfrido Massieu ubicada en una zona categorizada como zona urbana y 118 de la escuela Leyes de Reforma del 55, ubicada en una zona categorizada por el gobierno de la Ciudad de México como rural, la muestra es exclusivamente perteneciente a los grados escolares de 3ro a 5to de primaria, la edad de los niños oscila entre los 7 a los 11 años de edad, considerando ambos sexos, sin discriminar su condición física, es decir, se aplica a niños con normopeso, sobrepeso y obesidad.

El criterio de inclusión y clasificación de IMC empleado en este estudio, es la tabla de índice de masa corporal para niños y niñas, tomada de la Organización Mundial de la Salud 2007 (ver tabla 1 y 2).

#### **4.9 Escenario**

Aula de clase, correspondiente a cada grupo, con iluminación adecuada y libre de ruido e interrupciones. Durante la aplicación asistían dos aplicadores por aula, quienes tenían que estar adecuadamente capacitadas para guiar la evaluación; la capacitación consistía en mostrarles los contenidos de la batería de pruebas comprendiendo

adecuadamente cada reactivo y su respectiva forma de respuesta; también se les habilitaba en control de grupo de niños, enseñando a modular el volumen de la voz, preparando a los aplicadores para hacer un adecuado report y dar las instrucciones claras y correctas.

#### **4.10 Materiales**

Lápiz del número dos, goma, pupitres y la batería que proporcionaban las investigadoras.

#### **4.11 Instrumento de medición**

Para conformar la batería, fueron seleccionados cuatro cuestionarios, dichas escalas serán descritas a continuación, junto con lo que se evalúa en cada una:

##### **Escala de Autoestima para niños**

Escala de Autoestima para niños de Joaquín Caso Niebla de 1999, la cual consta de 21 reactivos con 3 opciones de respuesta (Siempre o Casi siempre, Algunas veces y Casi nunca o nunca), que evalúa la autoestima de niños y preadolescentes. La escala se divide en cuatro factores: Percepción de sí mismo, Relación familiar, Percepción de competencia y Manejo de emociones. Una calificación alta en la escala, representa una mayor autoestima.

La prueba de Autoestima (Caso, 1999) forma parte del inventario de escalas psicosociales en México, es una escala estandarizada por Joaquín Caso Niebla en 1999 se validó en población mexicana, con una muestra de 306 estudiantes de 4° a 6° grado de primaria y 615 estudiantes de 1° a 3° grado de bachillerato. Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. Para los niños, se produjeron tres factores

que explicaron 36.2% de la varianza total. Para los adolescentes, se obtuvieron cuatro factores que explicaron 57.7% de la varianza total. El índice de confiabilidad obtenido para la escala completa en el caso de los niños fue de  $\alpha = 0.81$ , y para los adolescentes,  $\alpha = 0.83$  (Calleja, 2005).

### **Escala de Ansiedad para niños**

Escala de Ansiedad para niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997). Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con tres opciones tipo Likert: casi nunca o nunca, a veces, siempre o casi siempre. Fue adaptada al español de México por Laura Hernández y validada en población mexicana por la misma autora en el 2009.

Para su estandarización se utilizaron 554 niños de 8 a 12 años pertenecientes a escuelas primarias públicas de la ciudad de México, mismos que respondieron la ITA-UNAM que mide ansiedad y al CES-D que mide depresión. Se investigó si se confirmaba el modelo estructural de la SCAS hallado por Spence. Mediante análisis confirmatorio, se probaron dos modelos: uno de 38 ítems y otro de 32 ítems, ambos con 6 factores relacionados, englobados bajo un factor de orden superior de ansiedad general. El modelo de 38 ítems se ajustó razonablemente, confirmando el encontrado por Spence. Pero, el modelo de 32 ítems ajustó mejor. Ambos coinciden con los trastornos de ansiedad más comunes clasificados por el DSM-IV-R. Los análisis psicométricos adicionales refuerzan la validez de constructo de la SCAS y muestran una consistencia interna aceptable.

La validez convergente se estableció con respecto a la otra medida de ansiedad: el ITA-UNAM (Hernández, Guzmán et al., 2003). La calificación total de la SCAS alcanzó una correlación de .70. La SCAS y la medida de depresión, el CES-D para niños y adolescentes mostraron una correlación de .56 (Spence, Aguilar, Hernández, Gallegos, Martínez, Bermúdez y González, 2010).

### **Escala breve de Insatisfacción Corporal en Niños**

Escala breve de Insatisfacción Corporal en Niños- EBICI esta escala fue diseñada y validada por Baile, González y Pallarés en población española de Madrid en el 2012, fue estandarizada con una muestra de 62 niños procedentes de escuelas primarias españolas, tras el análisis de fiabilidad se dice que cuenta con una buena consistencia interna (alfa de Cronbach .738), y está compuesta por tres elementos en formato de escala Likert, en dónde a mayor puntuación en esta escala, existe un mayor nivel de insatisfacción con su cuerpo (Baile, González, y Pallares, 2012).

### **Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física**

Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física (Aedo y Ávila, 2006). Tiene como objetivo evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños de edad escolar, a través de 11 reactivos. Por medio de tres factores: La búsqueda de alternativas positivas hacia la actividad física, la capacidad de enfrentar posibles barreras para realizar la actividad física y las expectativas de habilidad o competencia.

Múltiples estudios han utilizado la autoeficacia para tratar de explicar la actividad física, La escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física (Aedo y Ávila, 2006) es de las primeras que se desarrolla en México para evaluar esta temática, se estandarizo a través de una muestra de 900 niños de escuelas primarias públicas, la edad oscilaba entre 7 y 10 años. La confiabilidad test-retest obtenida demuestra que la escala desarrollada tiene un alto grado de congruencia y de acuerdo con la consistencia interna alfa de Cronbach de esta escala que es de 0,733 (0,735 estandarizado), se puede afirmar que tiene una adecuada consistencia interna entre sus reactivos. El instrumento ha mostrado características psicométricas adecuadas y una importante consistencia con escalas similares a las utilizadas anteriormente por otros autores.

#### **4.12 Procedimiento**

Los instrumentos se aplicaban en una sola sesión, dentro de las aulas de clase de forma grupal, con una duración máxima de 45 minutos, en el horario matutino, en grupos de 3° a 5° año.

De primera instancia, en ambas escuelas primarias se llevaba a cabo una junta para obtener el permiso de los directivos de las respectivas escuelas. Posteriormente se convocaba a una segunda junta con los profesores, donde se les explicaban las actividades a realizar, la justificación y objetivos de las mismas, así como la confidencialidad de los resultados.

Una vez teniendo la autorización de todo el personal educativo, se tomaba en cuenta el consentimiento de los niños para su participación de forma grupal, se les comentaba

que su participación era voluntaria y que el cuadernillo no tenía valor académico, y se hacía énfasis en que no había respuestas buenas o malas.

Al lograr dicho consentimiento por las partes involucradas, se iniciaba la aplicación propiamente, se llevaba a cabo de manera grupal, de tal forma que cada instrucción e inciso fuera entendido claramente por cada niño. Las dudas eran expuestas ante el grupo y se les explicaba a todos. Una vez que se resolvían se les daba tiempo para que respondieran en silencio.

Para asegurar la validez de la variable dependiente, el procedimiento que se debía seguir era conocer el IMC de los niños, por lo que se solicitaba a cada director proporcionara los respectivos certificados médicos, los cuales fueron realizados en agosto del 2015 y se obtuvieron en noviembre del mismo año, primero se obtenía el peso y talla, y se procedía a calcular el índice de masa corporal, mediante la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$$

Es pertinente aclarar que, esta investigación comenzó en septiembre del 2015, por lo que los certificados médicos utilizados se realizaron el agosto del 2015 y los recibimos en noviembre del mismo año.

Ya que se obtenía la información anterior, se confirmaba la condición de cada niño (normopeso, sobrepeso-obesidad), separando la muestra en dichas categorías, de esta forma se procedía al vaciado de puntajes de las respuestas en Excel para obtener las bases de datos, que fueron utilizadas posteriormente para el análisis estadístico con el programa “GraphPad

Prism 6". GraphPad Prism 6, fue el software elegido para este estudio debido a que permite realizar fácilmente pruebas estadísticas ofreciendo comparaciones, correlaciones y análisis ideales para los fines del estudio, brindándonos un lenguaje claro y comprensible de los datos estadísticos, este software proporciona varias maneras de revisar paso a paso los datos obtenidos y brinda una amplia gama de gráficos funcionales para la presentación de los resultados.

Es necesario mencionar que, para el análisis de resultados de la escala dicotómica de autoeficacia al ejercicio, se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), debido a que este nos permitió obtener las frecuencias exactas de las respuestas.

Por otro lado, para evitar la contaminación derivada de los experimentadores o aplicadores debía ser importante que estudiaran profundamente los instrumentos que conformaban la batería, fue necesario asegurar que cada uno de ellos entendiera y conociera todo lo que comprendía cada instrumento (instrucciones, ítems, opciones de respuesta, modo de aplicación y puntuaciones y su forma adecuada de interpretar) y cada una de las categorías en la que se dividen los instrumentos.

Para garantizar la comparabilidad de la muestra, se realizó una igualación de ella, de tal manera que cada niño que se encontró dentro de la categoría de sobrepeso-obesidad de acuerdo con su IMC, tuviera una contraparte, es decir un niño que contara con las mismas características generales (edad, género, escolaridad y grado escolar) pero que su condición física fuera la contraria (normopeso), logrando así eliminar una contaminación de resultados, ya que se tenía una muestra homogénea, sin ninguna variabilidad.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio se describen de la siguiente manera:

A. Se muestra el análisis estadístico, que incluye:

A1. La frecuencia de las tres categorías de condición física por escuela Ajusco (rural) y Santo Domingo (urbana).

A2. Un análisis descriptivo del Índice de Masa Corporal de la muestra global de niños, y de las calificaciones obtenidas a través del cuestionario Evaluación de comportamientos saludables (variables psicológicas).

A3. Posteriormente se muestran las correlaciones realizadas de las escalas aplicadas: Autoestima, Insatisfacción Corporal, Autoeficacia al Ejercicio y Ansiedad con la condición física de los niños normopeso, sobrepeso y obesidad.

A4. La descripción de los resultados continúa con las comparaciones realizadas entre normopeso, sobrepeso y obesidad con sus respectivas correlaciones.

B. Finalmente se realizó un análisis no estadístico (cualitativo), describiendo una a una las variables evaluadas, y separando la muestra en las categorías previamente establecidas de acuerdo al IMC de los niños participantes.

Proseguimos a exponer cada tabla obtenida con su respectivo análisis.



## A. Análisis Estadístico

### A 1. Análisis de Frecuencias

**Tabla 3.**

*Frecuencia de normopeso, sobrepeso y obesidad de la escuela ubicada en zona rural y la escuela ubicada en zona urbana.*

| Condición | Número de Niños      |                       |
|-----------|----------------------|-----------------------|
|           | Escuela N°1<br>Rural | Escuela N°2<br>Urbana |
| Normopeso | 56                   | 82                    |
| Sobrepeso | 41                   | 31                    |
| Obesidad  | 21                   | 33                    |

En la tabla 3, se puede observar la frecuencia de niños con normopeso, sobrepeso y obesidad de ambas escuelas. Los valores obtenidos indican la existencia de un mayor número de niños con sobrepeso en la escuela N° 1 (zona rural) y un mayor número de niños con normopeso y obesidad en la escuela N°2 (zona urbana).

### A2. Análisis Descriptivo

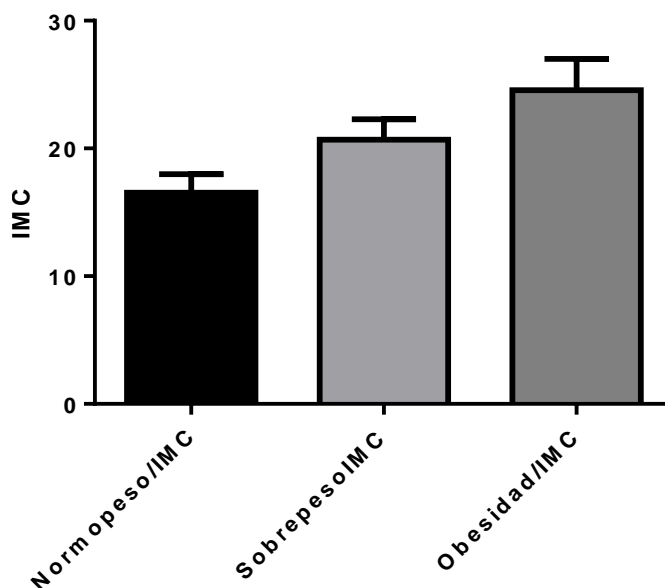
#### **Datos a nivel descriptivo correspondientes a la condición y variables psicológicas**

Estos datos han sido calculados sobre la muestra total (N=264) utilizando el programa GraphPad Prism 6, el cual es una herramienta útil para el procesamiento de datos y gráficas con fines estadísticos, también fue utilizado el programa Statistical Package for

the Social Science (SSPS) para la obtención de frecuencias de una escala nominal. Los resultados que aparecen únicamente muestran valores descriptivos en puntuaciones, sin comparaciones con otros momentos de la evaluación.

**Figura 3.**

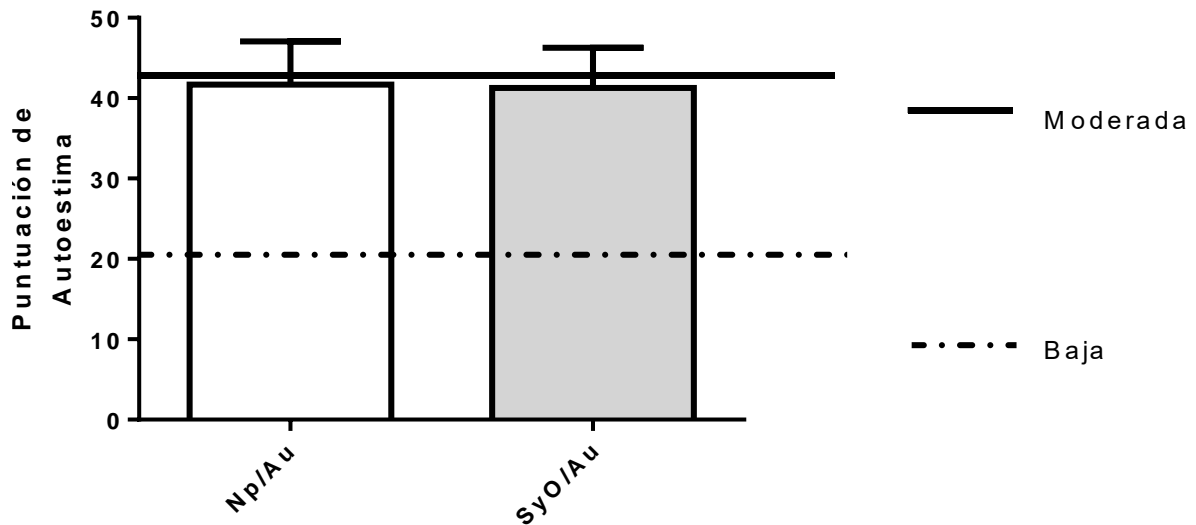
*Media y Desviación Estándar global de IMC (N= 264 x normopeso, sobrepeso y obesidad)*



La figura 3, muestra los resultados del IMC de la muestra global. Como se puede observar se obtuvo una  $X=16.53$  y  $DE= 1.46$  en los niños con normopeso, una  $X= 20.69$  y  $DE= 1.60$  en los niños con sobrepeso y una  $X= 24.57$  y  $DE= 2.45$  en los niños con obesidad.

**Figura 4.**

*Media y Desviación Estándar global de Autoestima (N= 264 x normopeso, sobrepeso y obesidad)*

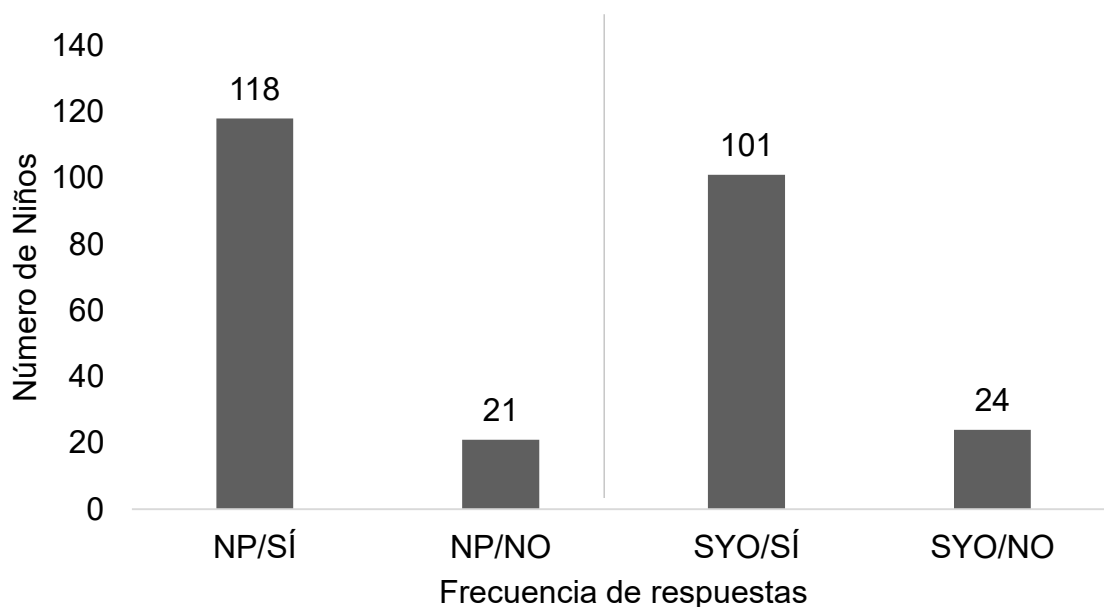


**Nota:** Las puntuaciones establecidas para la calificación de la escala están divididas en 3 autoestima baja, moderada y alta; a mayor puntuación mayor autoestima. La línea punteada representa niveles de autoestima baja y los puntajes arriba de ella representan autoestima moderada.

La figura 4, muestra los resultados de los puntajes de la escala de autoestima de la muestra global. Como se puede observar se obtuvo una  $X=41.70$  y  $DE= 5.35$  en los niños con normopeso (Np) y una  $X= 41.26$  y  $DE= 5.02$  en los niños con sobrepeso y obesidad (SyO).

**Figura 5.**

*Frecuencias de respuestas de Autoeficacia al Ejercicio (N= 264 x normopeso, sobrepeso y obesidad)*

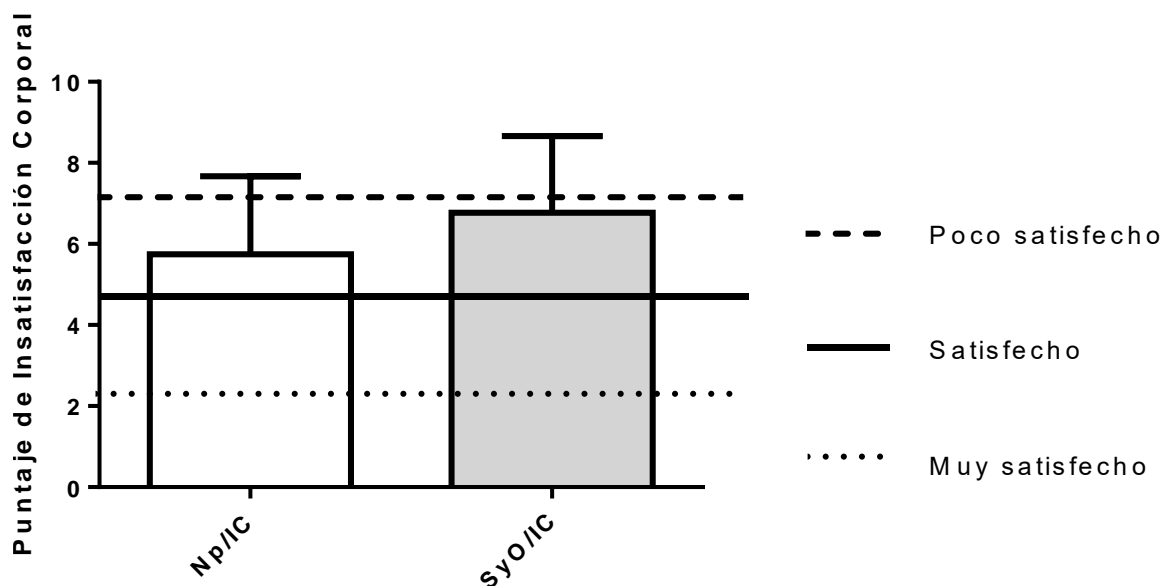


**Nota:** Las puntuaciones establecidas para la calificación de la escala dicotómica se dividen en mayor eficacia al ejercicio y menor eficacia al ejercicio. Donde a mayor cantidad de respuestas positivas, mayor autoeficacia al ejercicio.

La figura 5, muestra el número de niños que dieron una respuesta positiva o negativa en la escala de insatisfacción Corporal. Del lado izquierdo se observan la cantidad de niños con normopeso (NP) con sus respectivas puntuaciones y del lado derecho los niños con sobrepeso y obesidad (SYO).

**Figura 6.**

*Media y Desviación Estándar global de la escala Breve de Insatisfacción Corporal (N= 264 x normopeso, sobrepeso y obesidad)*

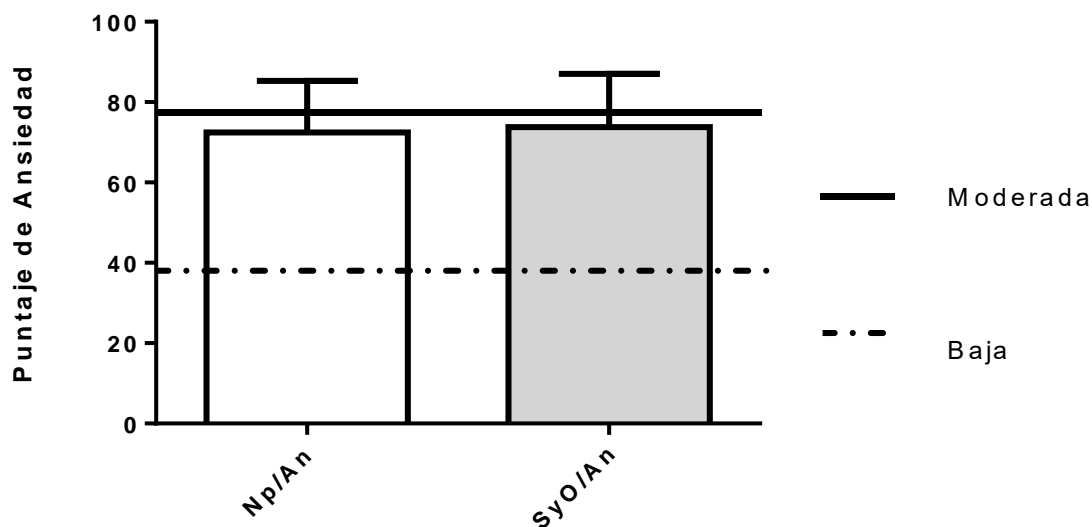


**Nota:** Las puntuaciones establecidas para la calificación de la escala están divididas en 3 muy satisfecho, satisfecho y poco satisfecho; a mayor puntuación menor satisfacción corporal. La línea punteada representa un mayor nivel de satisfacción corporal y los puntajes que se encuentran por arriba de la línea continua representan que están satisfechos, seguida por los puntajes que representan un menor grado de satisfacción con su imagen corporal.

La figura 6, muestra los resultados de los puntajes de la escala de Breve de Insatisfacción Corporal de la muestra global. Como se puede observar se obtuvo una  $X=5.74$  y  $DE= 1.91$  en los niños con normopeso (Np) y una  $X= 6.76$  y  $DE= 1.89$  en los niños con sobrepeso y obesidad (SyO).

**Figura 7.**

*Media y Desviación Estándar global de la Escala Breve de Ansiedad (N= 264 x normopeso, sobrepeso y obesidad)*



**Nota:** Las puntuaciones establecidas para la calificación de la escala están divididas en 3 ansiedad baja, moderada y alta; a mayor puntuación mayor ansiedad. La línea punteada representa niveles de ansiedad baja y los puntajes arriba de ella representan ansiedad moderada.

La figura 7 muestra los resultados de los puntajes de la escala de ansiedad de la muestra global. Como se puede observar se obtuvo una  $X=72.4$  y  $DE= 12.84$  en los niños con normopeso (Np) y una  $X= 73.76$  y  $DE= 13.27$  en los niños con sobrepeso y obesidad (SyO).

#### A 4. Análisis correlacional

Con base en los datos recabados se realizó un análisis de correlación, haciendo uso de la P de Pearson, para determinar datos significativos relacionando la condición del niño y la variable evaluada.

En este proceso se tomaron correlaciones significativas menores a  $P < .05$ , para el procesamiento de los datos, se utilizó el programa GraphPad Prism 6.

#### Tabla 4.

*Tabla de correlaciones con Índice de Masa Corporal y variables psicológicas utilizando P de Pearson*

|                      | Autoestima | Insatisfacción Corporal | Ansiedad |
|----------------------|------------|-------------------------|----------|
| Condición            |            |                         |          |
| Normopeso            | -0.050     | -0.063                  | 0.08257  |
| Sobrepeso y Obesidad | -0.09225   | <b>0.3088***</b>        | -0.03747 |

\*\*\* $P \geq 0.001$

En la tabla 4, se observa que se encontró una asociación, débil pero estadísticamente significativa entre el Índice de Masa Corporal de sobrepeso y obesidad e insatisfacción corporal ( $r=.3088$ ;  $p=.001$ ),

#### A 5. Análisis comparativo

Se aplicó la prueba T-Student, (usada en muestras paramétricas) ya que la muestra es independiente y el programa GraphPad Prism 6, para determinar la presencia de diferencias de condición en las variables analizadas. Los grupos de niños estudiados muestran

diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.0001$ ) únicamente en la variable de Insatisfacción Corporal. No se encontró ninguna estadística importante en las diferencias de condición en ansiedad y autoestima (Ver tabla 5).

**Tabla 5.**

*Tabla de comparaciones de los puntajes obtenidos en la evaluación de las variables psicológicas de los niños con normopeso contra los niños con sobrepeso y obesidad, utilizando T de Student (paramétrico)*

| Condición                          | Autoestima | Insatisfacción Corporal | Ansiedad |
|------------------------------------|------------|-------------------------|----------|
| Normopeso vs. Sobrepeso y obesidad | 0.4918     | < <b>0.0001****</b>     | 0.4275   |

\*\*\*\* $P \leq 0.0001$

En la tabla 5, se puede observar que existe una diferencia en los resultados obtenidos de los niños con normopeso vs los niños que presentan Sobrepeso y Obesidad, en la escala de insatisfacción corporal ( $t = 4.339$ ,  $gl=262$ ,  $p < 0.0001$ ). Como puede observarse en la gráfica, los niños con sobrepeso-obesidad reflejan un nivel más alto de insatisfacción corporal comparado con los niveles de los niños con normopeso.



## B. Análisis Cualitativo

De acuerdo a Sampieri (2006, p. 11), un análisis cualitativo es “una descripción detallada de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones”, por ello se decidió realizar este análisis con la finalidad de saber de forma más detallada, el estado de los niños en cada una de las variables evaluadas, haciendo más descriptivos los resultados y las características encontradas en los niños.

**Tabla 6.**

*Frecuencia de normopeso, sobrepeso y obesidad de la variable psicológica autoestima dividida en sus tres niveles de acuerdo al grado de afectación.*

| Condición | Número de Niños |                     |                 |
|-----------|-----------------|---------------------|-----------------|
|           | Autoestima Baja | Autoestima Moderada | Autoestima Alta |
| Normopeso | 6               | 114                 | 19              |
| Sobrepeso | 2               | 64                  | 5               |
| Obesidad  | 6               | 44                  | 4               |

En la tabla 6, se puede observar que la mayoría de los niños de la muestra se colocan dentro de los parámetros de autoestima moderada, sin embargo, son los niños con normopeso los que resaltan dentro de la categoría de autoestima alta, teniendo una minoría de niños obesos en esta misma. Finalmente se observa que los niños con obesidad y niños con normopeso podrían estar presentando niveles de autoestima baja.

**Tabla 7.**

*Frecuencia de normopeso, sobrepeso y obesidad de la variable psicológica insatisfacción corporal dividida en sus tres niveles de acuerdo al grado de afectación.*

| Condición | Número de Niños |            |                |
|-----------|-----------------|------------|----------------|
|           | Poco Satisfecho | Satisfecho | Muy Satisfecho |
| Normopeso | 17              | 96         | 26             |
| Sobrepeso | 12              | 54         | 5              |
| Obesidad  | 21              | 30         | 3              |

En la tabla 7, los puntajes de frecuencia indican que más del 50% de los niños participantes se encuentran satisfechos con su imagen corporal, sin embargo, son los niños con obesidad y sobrepeso quienes presentan puntajes representativos de insatisfacción corporal y los niños con normopeso los que más satisfechos se encuentran.

**Tabla 8.**

*Frecuencia de normopeso, sobrepeso y obesidad de la variable psicológica ansiedad dividida en sus tres niveles de acuerdo al grado de afectación.*

| Condición | Número de Niños |                   |               |
|-----------|-----------------|-------------------|---------------|
|           | Ansiedad Baja   | Ansiedad Moderada | Ansiedad Alta |
| Normopeso | 0               | 13                | 126           |
| Sobrepeso | 0               | 3                 | 68            |
| Obesidad  | 0               | 7                 | 47            |

La tabla 8, indica la falta de niveles bajos de ansiedad en la población total de niños sin importar su condición y muestra que la mayoría de la población presenta niveles altos de ansiedad, siendo los niños con normopeso los que presentan los niveles más significativos.

**Tabla 9.**

*Frecuencia de normopeso, sobrepeso y obesidad de la variable psicológica autoeficacia al ejercicio dividida en sus dos niveles de percepción.*

| Condición | Número de Niños          |                             |
|-----------|--------------------------|-----------------------------|
|           | Se perciben Autoeficaces | No se perciben Autoeficaces |
| Normopeso | 118                      | 21                          |
| Sobrepeso | 67                       | 4                           |
| Obesidad  | 49                       | 5                           |

En la tabla 9, se observa que la mayoría de la población sin importar la condición se perciben autoeficaces para realizar ejercicio físico. Si nos enfocamos en los niños que no se perciben eficaces, se puede observar que los niños con normopeso presentan una pobre percepción de autoeficacia que los niños con obesidad y sobrepeso.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación fue ofrecer una descripción de un perfil psicológico, a través de una batería de pruebas conformada por escalas que solían ser aplicadas en forma separada, su contenido está basado en variables previamente estudiadas, las cuales se ha encontrado que se presentan en niños con sobrepeso-obesidad. Se esperaba encontrar diferencias en los perfiles de las categorías de la muestra, tomando en cuenta no solo a los niños con sobrepeso y obesidad, sino también a los niños con normopeso, obteniendo así aquellas variables psicológicas significativas, sin importar la condición física del niño y teniendo presente también la posible influencia que puede tener la localización de las escuelas en que se realizó la aplicación, en los resultados de las evaluaciones de los niños.

Al identificar las variables que pueden perpetuar el desarrollo y permanencia de la problemática, se da paso a una primera impresión que será de ayuda para un diagnóstico psicológico y poder tomar las medidas pertinentes para prevenir o tratar lo encontrado.

De manera particular y con fines estadísticos, la muestra fue dividida en solo dos categorías, siendo un primer grupo aquellos niños con normopeso y conformando al segundo grupo los niños con sobrepeso y obesidad, de tal forma que la muestra estudiada fuera homogénea y se obtuviera mayor confiabilidad en los resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos en el análisis descriptivo de los 264 participantes muestran que en autoestima las puntuaciones oscilan dentro del rango de autoestima moderada, no siendo significativa la condición que presenta el niño y considerando la desviación estándar obtenida, podemos confirmar la eficacia de los datos y la poca dispersión

de ellos. Por otro lado, los resultados obtenidos en la escala de ansiedad tampoco presentan diferencias significativas, predominando una ansiedad moderada en niños con normopeso y un ligero aumento en los niños con obesidad y sobrepeso; corroborando lo que Días y Enríquez (2007) establecieron, sobre la relación de la obesidad con altos niveles de ansiedad, en dónde la ingesta excesiva de alimentos es utilizado por el infante como un mecanismo compensador que “alivia” su estado ansioso, creando un círculo vicioso perjudicial. Si tomamos en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, podemos agregar que ya no son solamente los niños con obesidad los que presentan altos niveles de ansiedad y utilizan una sobre ingesta para controlarla, sino que los niños con un peso adecuado actualmente también viven con niveles alarmantes de ansiedad y que pueden estar utilizando diferentes mecanismos compensatorios que a largo plazo pueden causar problemas en su salud.

Así mismo los resultados obtenidos de la muestra global indican que la mayoría de los niños con sobrepeso y obesidad se sienten pocos satisfechos con su imagen corporal en comparación con los niños con normopeso. Confirmando así, que la alteración de la imagen corporal es frecuente en individuos obesos, así como su notable inconformidad con su figura corporal, tal como fue encontrado en la literatura por Jones, 2004; Harriger, & Thompson (2012).

El análisis de frecuencias fue realizado con la finalidad de describir los resultados obtenidos en la única escala con opción de respuesta dicotómica de la batería, mostrando diferencias mínimas entre los niños con normopeso, sobrepeso y obesidad, las elecciones de respuesta de la mayoría de los niños sin importar su condición fueron positivas, es decir, que se perciben autoeficaces para realizar actividades físicas; este resultado nos hizo considerar

que independientemente de la condición física que tenga el infante, su autoeficacia va a radicar en la motivación y creencias que ellos tengan para realizar una acción o tarea determinada, confirmando el concepto que Olzas et. al., 2001, construyeron de autoeficacia. Sin embargo, después de realizar el análisis no estadístico, se encontró que los niños con sobrepeso y obesidad presentan una tendencia a percibirse poco eficaces ante la actividad física, lo que no llevó a considerar que los resultados del análisis de frecuencias pudieron ser contemplados dentro de la media estadística, perdiendo significancia.

Para conocer la frecuencia del sobrepeso y la obesidad en las escuelas, siendo de importancia la zona en la que se localizan, el análisis empleado permito encontrar que en la escuela N° 1 (rural) hay una mayor población de niños con sobrepeso en comparación con la escuela N° 2, en cuanto a la obesidad se observa una mayor tendencia en la escuela N° 2 (urbana). Sin embargo, es en la escuela urbana en donde se mantiene un mayor número de niños con normopeso. Lo obtenido nos corrobora lo establecido en la literatura por distintos investigadores como Vizcarra (2010), quien menciona que la zona rural presenta una mayor tendencia a desarrollar obesidad debido a los grandes cambios de urbanización que han surgido a través del tiempo en el país, modificando sus estilos de vida, hábitos alimenticios, y su acceso a comida con altos contenidos calóricos y con ello estar expuestos a una vida sedentaria.

La zona urbana a pesar de mostrar índices significativos en sobrepeso y obesidad infantil, muestra una mayor permanencia de niños con normopeso, confirmando que las personas que viven en zonas urbanas tienen mayor acceso a servicios médicos y nutricionales para el control del peso, se cuenta con áreas destinadas para el ejercicio físico y se encuentran

expuestos a programas para la prevención y promoción de estilos de vida saludables, además de tener acceso a una mayor diversidad de alimentos para su adecuada elección.

Por otro lado los resultados obtenidos en el análisis de correlaciones individuales de los niños con sobrepeso y obesidad, muestran que hay una correlación significativa entre el índice de masa corporal con insatisfacción corporal, es decir, que a mayor IMC existirá una mayor insatisfacción corporal, dichos resultados se confirmaron a través de una matriz de correlación; por lo tanto reafirmamos que el IMC es un buen indicador de insatisfacción corporal, ya que a medida que se incrementa, aumenta la insatisfacción corporal y que sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud, como lo estableció Jones (2004).

Posteriormente se realizó el mismo análisis de correlaciones individuales, pero únicamente con los resultados de los niños con normopeso, sin embargo, no se obtuvieron correlaciones significativas, lo que nos podría referir que los niños con esta condición física no presentan índices significativos en estas variables psicológicas. Sin embargo, a este primer análisis se añadió también una matriz de correlación, la cual nos indicó que, si bien no es significativa estadísticamente, existe la relación entre el IMC de normopeso y la autoestima, es decir, que los niños que tienen un peso adecuado, también son susceptibles a presentar una baja autoestima, existiendo la posibilidad de que este factor psicológico sea influyente en el aumento o disminución de peso.

Se realizó un análisis comparativo con el objetivo de encontrar diferencias significativas entre los niños con normopeso y sobrepeso en cuanto a las variables psicológicas. Este análisis nos brindó un amplio panorama ya que se muestra claramente que



la única variable que marca una diferencia significativa entre las condiciones es insatisfacción corporal, variable que anteriormente había sido directamente relacionada al sobrepeso y obesidad, confirmando que mientras exista un índice de masa corporal elevado, mayor será la insatisfacción corporal que presente el niño.

Respecto a las variables de autoestima y ansiedad, no se señalan diferencias, lo que puede indicar que la condición de sobrepeso y obesidad no es un factor determinante para presentar índices elevados de ansiedad y bajos niveles de autoestima, es decir, los niños con IMC elevados, tienen en mayor o menor medida afectaciones en su ansiedad y autoestima, al igual que los niños con normopeso, por lo que resulta que estas variables se están presentando en niveles significativos de afectación, por muchas otras variantes alternas además del sobrepeso y la obesidad.

Finalmente se realizó un análisis no estadístico para saber más a detalle y de forma cualitativa que pasaba con las poblaciones respecto a los puntajes de las variables obtenidos más minuciosamente. Este análisis nos mostró que gran parte del porcentaje de la población se encontraba dentro del rango de la media. Hay indicios de afectación en autoestima, insatisfacción corporal y ansiedad en los niños con obesidad, sin embargo, estos niños se perciben autoeficaces ante la realización de actividad física.

Se encontró que los niños con sobrepeso se encuentran predominantemente ansiosos, se perciben autoeficaces hacia el ejercicio físico y presentan niveles moderados de autoestima e insatisfacción corporal.

Cabe también señalar que la mayoría de la población de niños con normopeso presentan puntajes categorizados dentro de la media establecida, pero no están exentos de presentar altos niveles de ansiedad y que, a pesar de ser un porcentaje mínimo, existe la presencia de insatisfacción corporal y de baja autoestima, no obstante, cuentan con el mejor puntaje de autoeficacia al ejercicio.

En conclusión, el sobrepeso y obesidad tienen una relevancia importante dentro de los problemas de salud pública en México, debido a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que trae consigo, poniendo al individuo en riesgo de presentar una de las enfermedades consideradas como principales causas de muerte en el país.

Al hablar del problema de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, es de suma importancia tomar en cuenta cada uno de los factores antecedentes al problema, siendo muchos de ellos fundamentales para su desarrollo y permanencia, agregando a ellos los procesos de globalización e industrialización que afectan los estilos de vida, teniendo como resultado una inequidad social que determinará una mayor dificultad para tratar el problema en aquellas zonas marginadas.

En lo que se refiere a los aspectos psicológicos evaluados en esta investigación en los niños con sobrepeso y obesidad, los resultados señalan la presencia de insatisfacción corporal. Los registros científicos encontrados de Harriger y colaboradores (2012), sobre el impacto de la obesidad en la imagen corporal, mencionan que los niños y niñas a partir de los 11 años ya se muestran insatisfechos con su figura y los sentimientos que les genera: creen que no tienen el peso adecuado, no están satisfechos con su imagen física y peso corporal y, al menos en alguna ocasión, ha controlado la ingestión de comida para evitar

engordar. Sin embargo, cabe señalar que los resultados obtenidos de la evaluación de comportamientos saludables, también toman en cuenta a niños de edades que oscilan entre los 7 y 11 años, ya que de acuerdo a la literatura este es el rango de edad infantil más afectado en la población mexicana. Por lo que no solo se presentan problemas de insatisfacción corporal en niños de 11 años, sino que se empieza a desarrollar desde edades más tempranas.

Se ha considerado al IMC como un efectivo indicador de insatisfacción corporal, ya que a medida que se incrementa aquél, aumenta ésta. Efectivamente, esta afirmación se corrobora en los resultados expuestos en el apartado anterior, resultando muy significativo indicar que la existencia de valores más altos de satisfacción corporal, se presentan a medida que desciende el índice de masa corporal y, al contrario, se reduce de forma muy significativa a medida que se incrementa dicho índice.

Por otra parte, esta evaluación no excluyó a los niños con normopeso por lo que, los resultados obtenidos indican la presencia de bajos niveles de autoestima, en niños con esta condición y altos niveles de ansiedad. Es importante señalar que hay factores psicológicos evaluados que, aunque no fueron estadísticamente significativos, al ser analizados detalladamente nos muestran que los niños con obesidad y sobrepeso tienen ansiedad elevada y existe la presencia de baja autoestima. Sin embargo, la mayoría de los niños sin importar su condición física se perciben autoeficaces para realizar ejercicio, lo que nos lleva a considerar que algunas características psicológicas no necesariamente se relacionan únicamente con el sobrepeso y la obesidad, debido a que existe una variabilidad de factores sociales, ambientales y culturales (sistema familiar, estilos de crianza,

socioeconómicos, medios de comunicación, deseabilidad social) que pueden preceder a los problemas psicológicos.

En México la mayoría de la población presenta sobrepeso y obesidad, por lo que es importante crear estrategias integrales que incluyan factores protectores con el fin de prevenir el desarrollo de la problemática desde edades tempranas evitando enfermedades asociadas o comórbida. También es relevante considerar la inclusión de toda la población, es decir, se debe promover programas para el mantenimiento adecuado de la salud física y mental en niños, adultos y adultos mayores, así como también tratar la inequidad de las zonas demográficas del país, promoviendo programas para tener estilos de vida saludables, al igual que servicios médicos y psicológicos de calidad, beneficiando a toda la población sin discriminar.

A lo largo del desarrollo de este estudio, nos encontramos con la limitación de la falta de estandarización en México de la escala Breve de Insatisfacción Corporal (EBICI) por ello fue necesario utilizar una versión adaptada, lo cual debe ser considerado como un posible sesgo. Es recomendable que, para estudios ulteriores, se investigue si cuenta con una estandarización en población mexicana, de no ser así se sugiere su estandarización.

También se vuelve deseable realizar la aplicación del instrumento a grupos reducidos, evitando la deseabilidad social de los participantes y teniendo un mejor control de las respuestas y de su adecuada aplicación.

Hemos considerado que además de la deseabilidad social observada en los participantes, derivada de la presión social de los mismos compañeros del aula, los niños se

percibían inseguros al proporcionar sus datos personales, debido al temor de tener alguna repercusión por sus resultados, lo que afectó sus respuestas y limitó el estudio, por lo que se recomienda para futuras réplicas del estudio y de acuerdo a los objetivos del investigador los datos personales sean limitados, de manera que se resguarde la identidad del participante.

## Referencias

- Abramovitz, B. A., & Birch, L. L. (2000). Five-year-old girls ideas about dieting are predicted by mothers' dieting. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(10), 1157-1163. doi: 10.1016/S0002-8223(00)00339-4
- Ackard, D. M., & Peterson, C. B. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 187-194.
- Aedo, A. & Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (4), 324-329. Recuperado de: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892009001000006](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001000006)
- Aguado, J. C. (2004). Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad. *Instituto de investigaciones antropológicas*. Facultad de Medicina: UNAM
- Alvarado, A., Guzmán, E., y Gonzales, M. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(2), 417-428. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>
- Álvarez, R. (1999). Cap. 2: Que es la autoestima. En *Obesidad y autoestima* (p.5). México: McGraw-Hill interamericana
- Álvarez, R., Osornio, C. & Vázquez, A. (1992). Determinación del perfil psicológico en

obesos. Tesis de licenciatura en psicología. ENEP-Iztacala: UNAM.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y*

*Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. Barcelona: Masson.

Arraisa, M. (2006). Cap. 23: Análisis discriminante: el procedimiento discriminante. En *Guía para el análisis de datos* (pp.1-84) Córdoba: Consejería de innovación, ciencia y empresa.

Balaguer, I., Escartí, A. & Villamarín, F. (1995). Autoeficacia en el deporte y la actividad física: Estado actual de la investigación. *Revista del Psicología General y Aplicada*, 48 (1), 139- 159.

Baile, J., González, M. & Pallares J. (2012). Propiedades psicométricas de la escala breve de evaluación de la insatisfacción corporal infantil. *Acción Psicológica*, 9(1),125-132. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:AccionPsicologica2012-numero1-5110/Documento.pdf>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.

*Psychological Review*, 84, 191-215. Recuperado de:

<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>

Barquera, S., Campos, I., Rojas, R. & Rivera J. (2010). Obesidad en México: Epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*,146, 397-407. Recuperado de: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n6/38\\_vol\\_146\\_n6.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n6/38_vol_146_n6.pdf)

Barrera, A., Rodríguez, A. & Molina, M. (2013). Escenario Actual de la Obesidad en México.

*Rev. Med. México*, 51(3), 292-299. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=41704>

Beck, A. & Emery, G. (2014). Cap. 1 Aspectos teóricos y clínicos. En *trastornos de ansiedad y fobias*, (p. 59). España: Desclée de brouwer.

Bermúdez-Ornelas, G., Spence, H., Aguilar, J., Hernández-Guzmán, L., Gallegos, J.,

Martínez-Cabezuelo, G. & Frontera, P. (2007). Cap.1 ¿Qué es la obesidad? En *Enseñame a comer*, (p.22). México: EDAF.

Bully, P., Elosua, P. y López, A. (2012). Insatisfacción corporal en la adolescencia:

Evolución en una década. *Anales de Psicología*, 28 (1), 196-202. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/140672/126762>

Calderón, C., Forns, M. & Varea, V. (2009). Obesidad infantil: ansiedad y síntomas

cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *An. Pediatr*, 71(6), 484-489. Recuperado de: <http://www.analesdepediatria.org/es/obesidad-infantil-ansiedad-sintomas-cognitivos/articulo/S169540330900469X/>

Calleja, N. (2005). *Inventario de escalas psicosociales en México* (p.108). UNAM: Facultad

de Psicología. Recuperado de:

<http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>

Carmona, G. M. & Vizcarra Bordi, I. (2009). Obesidad en escolares de comunidades rurales,



con alta migración internacional en México central. *Población y Salud en Mesoamérica*, 6 (2), 1-18. Recuperado de <http://uaemex.redalyc.org/articulo.oa?id=44660209>

Carver, C. & Scheier, M. (1997). ¿Qué es la psicología de la personalidad? En *teorías de la Personalidad*, (p.5). México: Pearson.

Casillas, M., Montaña, N., Reyes, V., Bacardí, M., Jimenez, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomed*, 17, 243-249. Recuperado de: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb061742.pdf>

Cavitas, A. & Hernandez, A. (2012). Modelo de autocontrol basado en la ley de igualdad en niños con sobrepeso y obesidad. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología: UNAM

Colomer, R. J. (2005). Prevención de la obesidad infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 7 (26), 255-275.

Contreras, J & García, M. (2005). *Alimentación y Cultura*. (p.473). España: Ariel.

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Recuperado de:

<http://www.academia.edu/4562479/119415476-DICCIONARIO-DE-PSICOLOGIA>

Córdova, J. (2009). Sobrepeso y obesidad, problemas de salud pública en México.

*Cirugía y Cirujanos*, 77 (), 421-422. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66212714001>

Córdova J., Barriguete J., Radilla C., Bourges H., Arakelian A., Aldunate L., Cervantes G.,

- Valencia C y Sánchez J. (2010). Estrategia 5 paso para la salud escolar. Recuperado de: [http://sep.gob.mx/work/appsite/basica/estrategia\\_5\\_pasos.pdf](http://sep.gob.mx/work/appsite/basica/estrategia_5_pasos.pdf)
- Christensen, J. (2015, 6 de mayo). Mirar una hora de televisión puede aumentar el riesgo de obesidad en niños. *Expansión SNN: Estas Unido*. Recuperado de: <http://expansion.mx/salud/2015/05/06/mirar-una-hora-de-tv-puede-aumentar-el-riesgo-de-obesidad-en-ninos>
- Davison, K. K., Markey, C. N., & Birch, L. L. (2000). Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite*, 35, 143-151. doi: 10.1006/appe.2000.0349
- Días, E. y Enriquez, D. (2007). Obesidad infantil ansiedad y familia. *Medigraphic Artemisa*, 24 (1), 22-26. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2007/bis071e.pdf>
- Díaz, M. & Díaz, M. (2008). Obesidad y Autoestima. *Enfermería global*, 7, 1-10. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834749021>
- Dishman, R., Molt, RW, Saunders, R., & col, y. (2004). Self-efficacy partially mediate the effect of a school-based physical-activity intervention among adolescent girls. *Preventive Medicine*, 628-636.
- Domarco J., Cuevas L., Shamah T. & Ávila M. (2012). Sobre peso y obesidad en niños y adolescentes. En *Encuesta Nacional de Salud 2012 resultados nacionales (ENSALUT)*. Recuperado de:

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Dohnt, H. K., & Tiggemann, M., (2006). Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 141-151. Recuperado de:

<http://www.cluteinstitute.com/ojs/index.php/JABR/article/viewFile/7554/7620>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Instituto Nacional de Salud Pública*.

Recuperado de:

[http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet\\_ResultadosNacionales14Nov.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf)

Esparza Reynaga, L. (2003). *Ansiedad, peso corporal y conducta alimentaria*

(*normal/anómala*). (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología: UNAM.

Estilos de vida y hábitos no saludables, aumentan el problema de obesidad, 2013. México.

Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de:

[http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud14/2733-estilos-de-vida-y-](http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud14/2733-estilos-de-vida-y-habitos-no-saludables-aumentan-problema-de-obesidad.html)

[habitos-no-saludables-aumentan-problema-de-obesidad.html](http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud14/2733-estilos-de-vida-y-habitos-no-saludables-aumentan-problema-de-obesidad.html)

Fausto G., Valdez L., Aldrete R. & López Z. (2006). Antecedentes históricos sociales de la

obesidad en México. *Revista medigraphic artemisa*, 2 (8), 92-93. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062f.pdf>

Forbes. (2013, 31 de octubre). Estrategia para combatir la obesidad (2013). *Revista Forbes*.

Recuperado de: <http://www.forbes.com.mx/pena-nieto-presenta-estrategia-para-combatir-obesidad/>

Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD. (2002). *Obesidad: consenso*. México: McGraw Hill.

Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD. (2011). *Obesidad: consenso*. México: McGraw Hill.

Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD. (2012). *Obesidad: consenso*. México: McGraw Hill.

Gabin de Sardoy M. M. (2010). La obesidad en los diferentes niveles socioeconómicos.

*Revista electrónica de portales médicos*, 1-5. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2113/1/La-obesidad-en-los-diferentes-niveles-socio-economicos.html>

García, J. (2015). La autoeficacia de Albert Bandura. *Psicología y mente*. Recuperado de:

<http://ccp.sagepub.com/content/11/2/271.full.pdf+html>

Garner, D.M. 1998. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). TEA:

Madrid.

Goldberg, A. (2002). Secuelas de obesidad en la salud. *Obesidad.net*. Recuperado de:

<http://www.obesidad.net/spanish2002/secuela3.shtml> (Revisado el 24 de marzo de 2004).

Gómez, N., Lumbreras, B. & Hernández, I. (2011). Cap. 2. Conceptos y funciones de la salud pública. *En Manual de Epidemiología y Salud Pública para grados en ciencias de la salud*, 7-10. México: Panamericana.

Gómez, G., Gónzales, M., Solis, T., Cuevas, C., Unikel, S., Saucedo, M y Rodríguez, E.

(2006). Población universitaria: obesidad, prevalencia y su relación con agresión y conductas compensatorias y alimentarias de riesgo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (2), 135-148.

Gómez, R., Rabago, R., Castillo, E., Vázquez, F., Barba, R., Castell, A., Andrés, S. y Wachter,

N. (2008). *Tratamiento del niño obeso. Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65 (6). Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600011)

González, M., Martínez, J., Hernández, L., Spence, S., Gallegos, J., Bermúdez, G. & Aguilar, J.

(2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42() 13-24. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>

González Montesinos, M J; Martínez-Guerrero, J I; Hernández-Guzmán, L; Spence, S H;

Gallegos Guajardo, J; Bermúdez-Ornelas, G; Aguilar Villalobos, J; (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista*

*Latinoamericana de Psicología*, 42(),13-24. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>

Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J.

(1993). Selfefficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.

Guerrero, I. & González, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños

de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>

Guillén R. (2014). Cap. 1. Presente y futuro de la obesidad. *En psicología de la obesidad,*

*esferas de vida, multidisciplina y complejidad*, 9. México: Manual Moderno, UNAM.

Guillén R. (2014). Cap. 12. Ejercicio y Obesidad. *En psicología de la*

*obesidad, esferas de vida, multidisciplina y complejidad*,9. México: Manual

Moderno, UNAM.

Harriger, J. & Thompson, J. (2012). Psychological consequences of obesity: Weight bias and

body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry*,

24(3), 247-53. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22724646>

Hernández, L., Caso, J. & González, M. (2011). Prueba de Autoestima para

Adolescentes. *Universitas Psychologica*, 10, 535-543. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722451017>

Herrero A. (2008). El horario infantil en televisión: de la falta de imaginación a la

- irresponsabilidad de los mensajes publicitarios. En *Trastornos de conducta alimentaria*, (p. 7). Valladolid: Facultad de Filosofía y Letras. Recuperado de: [http://www.tcasevilla.com/archivos/el\\_horario\\_infantil\\_en\\_television.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/el_horario_infantil_en_television.pdf)
- Hubert, A. (2007). En M. I. Gracia & J. M. Comelles. *No comerás*. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio, (pp. 9-12). Barcelona: Icaria, Observatorio de la Alimentación
- Jáuregui, E., López, J., 1, Macis, A., Porras, S., Reynaga, P., Morales, J. & Cabrera, J. (2013). Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *Revista euroamericana de ciencias del deporte*, 2(2), 69-75. Recuperado de: [file:///C:/Users/yeniy\\_000/Downloads/194641-700911-1-SM%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/yeniy_000/Downloads/194641-700911-1-SM%20(8).pdf)
- Jeffrey, J. Kimberly, L., Caughtry, N. (2007). The Theory of Planned Behavior: Predicting Physical Activity in Mexican-american Children. *J Sports Exerc Psychol*; 29(2), 225–38.
- Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study *Developmental Psychology*, 40, 823-835. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000162&pid=S1900-2386201200020000200017&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000162&pid=S1900-2386201200020000200017&lng=en)
- Kaplan, A. y Blake, W. (1987). Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 645-653
- Keys, A., Fidanza, F., Karvonen, M., Kinura, N. y Taylor, H. (1972). Indices of relative

- weight and obesity. *J Chron Dis.* 25, 329-43. Recuperado de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968172900276>
- Kimiecik, J., Horn, T, y Shurin, C. (1996). Relationships Among Children's Beliefs, Perceptions of their Parents' Beliefs and their Moderate-tovigorous Physical Activity. *Res Q Exerc Sport*, 63(3), 324–36. doi: 10.1080/02701367.1996.10607960
- Lazarevich, I. y Rodríguez, J. (2003). Manifestaciones psiquiátricas en los trastornos tiroideos, diabetes mellitus y obesidad. *Psiquis*, 23(5),149- 151.
- Lafuente, M. (2011). Tratamiento Cognitivo Conductual de la Obesidad. Trastornos de la conducta alimentaria,14: 1490-1504. Recuperado de:  
[http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento\\_cognitivo\\_conductual\\_de\\_l\\_obesidad.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento_cognitivo_conductual_de_l_obesidad.pdf)
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un Problema que requiere atención. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 357-360. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36325041010>
- Mancilla, J., Durán, A., Ocampo, T. y López, V. (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. *Salud Pública en México*, 34(5), 533-539.
- Mancilla, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Amaya, A. y Álvarez, G. (2012). Insatisfacción corporal en niños y adolescentes una revisión sistemática. *Revista Mexicana de trastornos alimenticios*, 3(1), 62-79. Recuperado de:



[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232012000100008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000100008)

Marcus, B., Eaton, C., Rossi, J., Selfefficacy, H. (1994). Decision Making and Stages of Change: An Integrative Model of Physical Exercise. *J Appl Soc Psychol* 24 (17), 489–508. Doi: 10.1111/j.1559-1816.1994.tb00595.x

Martinez Roca - Coleccion "Biblioteca de Psicologia, Psiquiatria y Salud / Salud 2000"

Martínez R, (2013). Salud y Nutrición. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNISEF)*, 53-60. Recuperado de: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>

Martínez L. (2005). *La acción gubernamental ante la obesidad como problema de salud pública en México* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX, México.

Martínez, A., Bárcena, E., Rodriguez, R., Greenawalt, S., Carbajal, L. & Zarco, R. (2009). Obesidad y comorbilidades en niños y adolescentes asistidos en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediátrica México*, 30 (3), 167-74. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2009/apm093g.pdf>

Martínez, F., Daniels, S., Arnett, D., Eckel, R., Gidding, S., y Hayman, L. (2005). Antecedentes históricos de la Obesidad. *Gaceta Médica de México*. 149:53-60. Recuperado de:

[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/martinez\\_r\\_a/capitulo3.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo3.pdf)[consulta]

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A re-view of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685. Doi: [10.1016/S0022-3999\(03\)00129-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00129-6)

Melédez J., Cañez G. y Frías H. (2010). Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 8 (2): 1131-1147. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v8n2/v8n2a25.pdf>

Mercado, P., y Vilchis, G. (2013). La obesidad en México. Artículo académico, Universidad Iberoamericana, México. Recuperado de: <http://alternativas.me/index.php/numeros/28t/32-5-la-obesidad-infantil-en-mexico>

Meza Peña, C. & Pompa Guajado, E. (2013). Insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes de Monterrey. *International Journaly of good Conscience*. Recuperado de:

[https://www.google.com.mx/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.spe  
ntamexico.org/v8n1/A4.8\(1\)3243.pdf&ved=0ahUKEwjv29Gu647MAhUCsIM  
KHXpbD\\_YQFghjMBE&usg=AFQjCNHS2iovWXmiwhKous2FCe1Yf3tKIw&si  
g2=wr6BcK1JXbWtVI3UIfo16A](https://www.google.com.mx/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.spe<br/>ntamexico.org/v8n1/A4.8(1)3243.pdf&ved=0ahUKEwjv29Gu647MAhUCsIM<br/>KHXpbD_YQFghjMBE&usg=AFQjCNHS2iovWXmiwhKous2FCe1Yf3tKIw&si<br/>g2=wr6BcK1JXbWtVI3UIfo16A)

Mintz, S. W. (2003). *Sabor a comida, sabor a libertad*. Incursiones en la comida, la cultura y el pasado. México: Ediciones de la Reina Roja.

- Monroy, S. J. (2008). Niños gordos en números redondos, *Gaceta Urbana*, 3.
- Montalvo, A. (2014). *Impacto en el estilo de vida saludable y activo de los niños a través de la modificación parental conductual* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX, México.
- Moreno, G. (1997). Diagnóstico de obesidad y sus métodos de evaluación. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26 (1), Santiago de Chile. Recuperado de: <http://vinculacion.dgire.unam.mx/Congreso-Trabajos-pagina/Trabajos2015/1Ciencias%20Biol%C3%B3gica%20y%20de%20la%20Salud/3.Ciencias%20de%20la%20Salud/38.%20CIN2015A10171.pdf>
- Mosby (2004). *Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermería y Ciencias de la salud*. Elsevier, España: Editorial Elsevier.
- Muñoz, F. (2010). *Niños, adolescentes y medios de comunicación. Salud y conocimientos*. Recuperado de: <http://salud.conocimientos.com.ve/2010/03/ninos-adolescentes-y-medios-de.html>
- Norma Oficial Mexicana, NOM. (2010). *Manejo integral de la obesidad*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
- OCDE. (2015). *Panorama de la salud 2015: Análisis sobre cómo se compara México con el resto de los países OCDE*. Recuperado de [http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Health-at-a-Glance-2015-Country-Note-MEXICO\\_Espa%C3%B1ol-final.pdf](http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Health-at-a-Glance-2015-Country-Note-MEXICO_Espa%C3%B1ol-final.pdf)

Olaiz, G., River, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S. & Hernández M.(2006).

*Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, 2006.* Instituto Nacional de

Salud Pública. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>

Olaz, F., Silva, M. y Pérez, E. (2001). *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia.*

Universidad Nacional Autónoma de Córdoba: Argentina.

Olivia, O. y Fragoso, S. (2013). Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la

buena alimentación en la salud. *Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 4 (7), sin página.

OM-C Salud, (2014). Un estilo de vida saludable. *OM-C Salud con menos grasa.*

Recuperado de: <http://www.omcsalud.com/articulos/un-estilo-de-vida-saludable/>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016). *Obesidad y Sobrepeso.* Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Peña, T., Garza, T., Gutiérrez, R., Méndez, E. & Ramírez J., S.F. (2012). Intervención

psicoeducativa en el tratamiento de la obesidad en un centro de salud de Nuevo León, México. *Portal de Revistas científicas y arbitrarias de la UNAM*, 19(4), 90-93.

Philip, G. (1981). *Webster's Third New International Dictionary of the English.*

Massachusetts: Editorial Merriam-Webster, 201.

Quizán, T., Álvarez, G. y Espinoza, A. (2007). Obesidad infantil: el poder de la alimentación y

- la actividad física. *Revista Universidad de Sonora*. Recuperado de:  
<http://www.revistauniversidad.uson.mx/revistas/22-22articulo%203.pdf>
- Raich, R., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Reilly, J., Methven E., McDowell, Z., Hacking, B., Alexander, D. & Stewrt, L. (2009). Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*, 88(9): 748-52. Recuperado de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12937090>
- Ríos Ramírez, E. M. (2002). *La obesidad en niños de 10-15 años: relación entre baja autoestima, ansiedad y depresión* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX, México.
- Romero, E., Márquez, S., Bernal, F., Camberos, N., De Paz, J. (2014). Imagen corporal en niños obesos: efectos producidos por un programa de ejercicio físico. *Revista de Ciencias del Deporte*, 10(3), 149-162. Recuperado de: [http://www.e-balonmano.com/ojs/index.php/revista/article/view/174/pdf\\_31](http://www.e-balonmano.com/ojs/index.php/revista/article/view/174/pdf_31)
- Ruíz, I., Fernández, M., Bolaños, P. & Jáuregui, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12, 1331-1337. Recuperado de: [http://www.tcasevilla.com/archivos/obesidad\\_y\\_rasgos\\_de\\_personalidad.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/obesidad_y_rasgos_de_personalidad.pdf)
- Saldaña, C. y Rossell, R. (2000). Psicología de la Obesidad. *En obesidad*. España: Editorial
- Salas L, (2013). El sedentarismo es una “epidemia mortal”. *Crhoy noticias*. Recuperado de:

<http://www.crhoy.com/archivo/segun-la-oms-el-sedentarismo-es-una-epidemia-mortal/>

Salud Publica del Ayuntamiento de Madrid (2011). Sedentarismo y Salud. *Madrid más salud*. Recuperado de: [http://www.madridsalud.es/temas/sedentarismo\\_salud.php](http://www.madridsalud.es/temas/sedentarismo_salud.php)

Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. (2006). Cap. 1. Enfoques cuantitativo y cualitativo en la investigación científica. En *Metodología de la Investigación*, 11. México: Mc Graw Hill.

Sánchez M. y Montalbán C. (2007). La influencia de los medios de comunicación en la Alimentación. *La alimentación desde la infancia* [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://educalimenta.blogspot.mx/2008/04/la-influencia-de-los-medios-de.html>

Sánchez, R. (2012). Autoconcepto vs. Autoestima. *La autoestima en las autoestimas múltiples* (11-12). México: Trillas.

Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), 2015. *No a la obesidad*. Recuperado de: [http://www.noalaobesidad.df.gob.mx/index.php?view=article&catid=40%3Asobrepeso-y-obesidad&id=44%3Asobrepeso-y-obesidad&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com\\_content&Itemid=59](http://www.noalaobesidad.df.gob.mx/index.php?view=article&catid=40%3Asobrepeso-y-obesidad&id=44%3Asobrepeso-y-obesidad&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com_content&Itemid=59)

Silvestri, E., Stavile, A. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad* (Posgrado en Obesidad a Distancia). Universidad Favaloro, Córdoba Capital. Recuperado de: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>

Skemp-Arlt, K. M., Rees, K. S., Mikat, R. P., & Seebach, E. E. (2006). Body image

dissatisfaction among third, fourth, and fifth grade children. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(3), 58-61. Recuperado de: [http://cjhp.fullerton.edu/Volume4\\_2006/Issue3/058-067-skemp-arlt.pdf](http://cjhp.fullerton.edu/Volume4_2006/Issue3/058-067-skemp-arlt.pdf)

Sevicios de Salud Pública de D.F (s.f). Sobre peso y Obesidad. *Secretaría de Salud del*

*Distrito Federal*. Recuperado de:

[http://www.noalaobesidad.df.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44&Itemid=59](http://www.noalaobesidad.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=59)

Spence, S H; Aguilar Villalobos, J; Hernández-Guzmán, L; González Montesinos, M J;

Gallegos Guajardo, J; Bermúdez-Ornelas, G; Martínez-Guerrero, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42, 13-24. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515880002.pdf>

Trejo, P., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F., Valdez, G. (2010). Insatisfacción de la

imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300006)

Vásquez, C. y Valle, N. (25 octubre de 2005). Temperamento, carácter y personalidad. De

mente circular. Recuperado de: <http://ecologia-mental.blogspot.mx/2005/10/temperamento-carcter-y-personalidad.html>

Veldhorst, M., Noppe, G., Jongejan, M., Kok, C., Mekic, S., Koper, J., Rossum, E. y Akker,

- E. (2014). *Increased Scalp Hair Cortisol Concentrations in Obese Children*. *J Clin Endocrinol Metab*. Rotterdam, 99 (1), 285-290. Doi: 10.1210/jc.2013-2924
- Verdalet, M. (2011). La obesidad: un problema de salud pública. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana*, 24 (3). Recuperado de: <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol24num3/articulos/obesidad/>
- Vila, G., Zipper, E., Dabbas, M., Bertrand, C., Robert, J., Ricour, C. & Mouren, M. (2014). Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosom Med*, 66(3), 387-394. Doi: 10.1111/psm.12156
- Villalpando-Hernández, S. & Villalpando-Carrión, S. (2008). *Nutrición en el primer año de vida* en Nutriología médica, 59-76. México: Panamericana.
- Villaseñor, S., Ontiveros, C., Cárdenas, K. (2006). *Salud mental y obesidad Investigación en Salud*, 8(2), 86-90. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14280205.pdf>
- Vizcarra, I (2010). *Factores psicológicos, psicosociales y socioculturales en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública en México* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX, México.



## **ANEXOS**

## EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES



### DATOS DEL NIÑO

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Número de hermanos: \_\_\_\_\_

Lugar que ocupas entre tus hermanos: \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas a la semana ves la televisión? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas a la semana juegas video juegos? \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzaste a ver la televisión? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas dedica a las actividades lúdicas (deportes, música, etc.)? \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 1 (A)

A continuación se presenta una serie de afirmaciones, para cada una tacha con un X el número de la escala (1= Siempre; 2=Algunas veces; 3= Casi nunca o nunca) que mejor te describa. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas.

|   | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 1. Me gusta como soy.                                     |   |   |   |
| 2. Me siento bien cuando estoy con mi familia.            |   |   |   |
| 3. Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela. |   |   |   |
| 4. Estoy feliz de ser como soy.                           |   |   |   |

|   | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| Tengo una de las mejores familias de todo el mundo.               |   |   |   |
| 5. Estoy orgulloso(a) de mí.                                      |   |   |   |
| 6. Soy un(a) buen(a) amigo(a).                                    |   |   |   |
| 7. Me gusta la forma como me veo.                                 |   |   |   |
| 8. Hago enojar a mis padres.                                      |   |   |   |
| 9. Si me enojo con un(a) amigo(a) le digo groserías.              |   |   |   |
| 10. Soy muy lento(a) para realizar mi trabajo escolar.            |   |   |   |
| 11. Soy un(a) tonto(a) para realizar los trabajos de la escuela.  |   |   |   |
| 12. Soy malo(a) para muchas cosas.                                |   |   |   |
| 13. Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que quiero. |   |   |   |
| 14. Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal.            |   |   |   |
| 15. Me gustaría ser otra persona.                                 |   |   |   |
| 16. Siento ganas de irme de mi casa.                              |   |   |   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 17. Tengo una mala opinión de mí mismo(a).                      |  |  |  |
| 18. Mi familia está decepcionada de mí.                         |  |  |  |
| 19. Me siento fracasado(a).                                     |  |  |  |
| 20. Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente. |  |  |  |

## SECCIÓN 2 (EBICI)

A continuación se presenta una serie de afirmaciones, marca con una X la que mejor te describa.

1. Con respecto a tu aspecto:
  - a) Creo que tengo el peso e imagen adecuados.
  - b) Me gustaría perder unos pocos kilos.
  - c) Me gustaría perder muchos kilos.
  
2. Con respecto a tu imagen física y peso corporal:
  - a) Me siento muy satisfecho, estoy contento(a) con mi peso y cuerpo.
  - b) Me siento satisfecho.
  - c) Me siento poco satisfecho.
  - d) Me siento muy insatisfecho, no estoy nada contento con mi peso y cuerpo.
  
3. Ha intentado controlar lo que comes para no engordar (Por ejemplo, intentando comer menos de ciertas cosas, o no probando algún tipo de alimento...):
  - a) Nunca.
  - b) Alguna vez.
  - c) A menudo.
  - d) Siempre estoy controlándome.

### SECCIÓN 3 (AAE)

A continuación se presenta una serie de afirmaciones, para cada una tacha con una cruz el número de la escala (1= Sí; 2= No) que consideres apropiada. Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas. Asegúrate de contestar todas las afirmaciones.

| <i>Yo creo que puedo:</i>  | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. Hacer algo de actividad física después de la escuela la mayoría de los días entre semana. |    |    |
| 2. Hacer actividad física después de la escuela aunque también vea TV o juegue videojuegos   |    |    |
| 3. Correr al menos 8 minutos sin parar.  |    |    |
| 4. Hacer actividad física aunque haga calor o frío afuera.                                   |    |    |
| 5. Hacer ejercicio aunque me sienta cansado.   |    |    |
| 6. Hacer actividad física aunque tenga mucha tarea.  |    |    |
| 7. Hacer actividad física aunque me quede en casa.   |    |    |
| 8. Hacer ejercicio o algún deporte aunque mis amigos crean lo contrario                      |    |    |
| 9. Hacer actividad física aunque tenga otras clases en la tarde.                             |    |    |

| <i>Yo creo que puedo:</i>  | Sí | No |
|--|----|----|
| 10. Tengo la habilidad necesaria para jugar el deporte que quiera o para hacer ejercicio.                          |    |    |
| 11. Alguno de mis padres (o adulto que me cuida) puede llevarme a practicar deporte o hacer ejercicio en la tarde. |    |    |

### SECCIÓN 4

(ANS)

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas o malas.

1 Siempre o Casi siempre; 2 A veces; 3 Casi nunca

|   | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 1. Hay cosas que me preocupan.                          |   |   |   |
| 2. Me da miedo la obscuridad.                           |   |   |   |
| 3. Cuando tengo un problema siento raro en el estómago. |   |   |   |
| 4. Siento temor.  |   |   |   |
| 5. Me daría miedo estar solo (a) en casa.               |   |   |   |
| 6. Me da miedo presentar examen                         |   |   |   |

|  | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|
| 7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.   |   |   |   |
| 8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.   |   |   |   |
| 9. Tengo miedo de equivocarme enfrente de la gente.  |   |   |   |
| 10. Me preocupa hacer un mal trabajo en l escuela.   |   |   |   |
| 11. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.   |   |   |   |
| 12. De repente siento como su no pudiera respirar sin razón alguna.  |   |   |   |
| 13. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave). |   |   |   |
| 14. Siento miedo si tengo que dormir solo(a).  |   |   |   |
| 15. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo.  |   |   |   |
| 16. Me dan miedo los perros.   |   |   |   |
| 17. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.  |   |   |   |
| 18. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte.  |   |   |   |
| 19. De repente empiezo a temblar sin razón.  |   |   |   |
| 20. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.   |   |   |   |

|   | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 21. Me asusta ir al doctor o al dentista.   |   |   |   |
| 22. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a).   |   |   |   |
| 23. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores.   |   |   |   |
| 24. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo. |   |   |   |
| 25. Me siento asustado(a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro.  |   |   |   |
| 26. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.  |   |   |   |
| 27. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques).                                 |   |   |   |
| 28. De repente me siento muy asustado(a) sin razón.   |   |   |   |
| 29. Me dan miedo los insectos o las arañas.   |   |   |   |
| 30. De repente me siento mareado(a)   |   |   |   |
| 31. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón.   |   |   |   |
| 32. De repente mi corazón late muy rápido sin razón.  |   |   |   |
| 33. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada temer.  |   |   |   |

|   | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 34. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados, como túneles o cuartos pequeños.                                |   |   |   |
| 35. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en cierto orden). |   |   |   |
| 36. Me molestan pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi mente.  |   |   |   |
| 37. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo.                                   |   |   |   |
| 38. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.   |   |   |   |