



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**La obesidad infantil y sus repercusiones  
psicológicas en niños escolares**

**T E S I S**

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

**P R E S E N T A**

**Karina Jazmín Ramírez Medina**

**Directora: Dra. Carolina Santillán Torres Torija  
Dictaminadores: Mta: Martha Elba Alarcón Armendáriz  
Dra: Norma Coffin Cabrera**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mi madre:**

*Porque lo eres todo, porque sin ti, no hubiera pasado nada de esto. MIL GRACIAS*

### **A mi padre:**

*Porque a tu manera, en muchos momentos me diste consuelo, y me enseñaste esa gran pasión por la escritura.*

### **A mis papis:**

*Por ser mis segundos padres, y darme el apoyo incondicional para cada sueño.*

### **A mis tías (Raquel y Lidia):**

*Por siempre tener una palabra de aliento para mí, y por verme como a una hija.*

### **A Oscar:**

*Por estar siempre. En cada paso, en cada momento, en cada caída y en cada logro, te quiero demasiado.*

### **A las profesoras: Carolina, Martha Elba y Norma Coffin:**

*Por su gran paciencia, y enorme enseñanza, por tanto aprendizaje ¡GRACIAS!*

### **A la UNAM:**

*Por ser mi máxima casa de estudios.*

***Todo sueño cumplido es una gran oportunidad de seguir logrando...***

## INDICE

<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 1</b>	
<b>Obesidad infantil en México</b>	<b>5</b>
1.1 Definición de nutrición	5
1.2 Problemas de nutrición infantil en México	5
1.3 ¿Qué es la obesidad?	5
1.4 La obesidad infantil como problema mundial de salud	7
1.5 Factores que conducen a la obesidad infantil	9
1.5.1 Factor familiar	10
1.5.2 Factor social/ambiental	12
1.5.3 Factor escolar	16
1.6 Sugerencias para el cuidado de la salud en la escuela	19
1.7 Sugerencia para el cuidado de la salud en el hogar	22
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Consecuencias de la obesidad infantil</b>	<b>26</b>
2.1 La obesidad infantil a través de un modelo de salud	26
2.2 Consecuencias psicológicas	28
2.3 Consecuencias sociales	30
2.4 Enfermedades consecuentes de la obesidad infantil	31
<b>Capítulo 3</b>	
<b>Alteraciones psicológicas de la obesidad infantil</b>	<b>35</b>
3.1 Imagen corporal	35
3.2 Auto concepto/ Auto estima	40
3.3 Depresión infantil	43
<b>Justificación y Método</b>	<b>47</b>
<b>Resultados</b>	<b>51</b>
<b>Discusión</b>	<b>58</b>
Conclusiones	62
Referencias bibliográficas	63
<b>Anexos</b>	
Escala BSQ Anexo 1	69
Consentimiento Informado Anexo 2	71
Permiso otorgado por la escuela Enrique Vázquez Islas Anexo 3	72
Permiso otorgado por la escuela Japón Anexo 4	73

## **RESUMEN**

La obesidad ha sido un tema de gran relevancia en el ámbito de la salud, ya sea salud física o psicológica, siendo México el primer país con obesidad en adultos y en niños, es importante revisar las consecuencias negativas de este padecimiento, y resaltar que las consecuencias, físicas, o psicológicas no son las mismas en adultos que en niños.

En el presente trabajo, se abordará el tema de la obesidad, con mayor interés en la obesidad infantil, abarcando los factores y causas que conducen a ella, así como sus consecuencias, físicas y psicológicas.

Se concluirá con una investigación hecha en dos escuelas de la ciudad de México aplicando el Body Shape Questionnaire diseñado en 1987 por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn el cual mide la satisfacción de la imagen corporal, tema de gran interés, por el tipo de población con la que se trabajó.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (2015). Las encuestas de salud le han dado a nuestro país el primer lugar a nivel internacional, no sólo en obesidad infantil sino también en obesidad de adultos, el exceso de grasa corporal es preocupante no sólo por los problemas que conlleva en sí misma, sino también por las enfermedades que una persona puede padecer en función de la obesidad.

La obesidad en adultos, si bien es un factor de salud preocupante, también lo es en cuestión de estética, ya que el estereotipo de la mujer queda marcado con un cuerpo delineado, con curvas y sin exceso de masa corporal, situación que no varía para los hombres ya que el estereotipo masculino es de un hombre delgado, pero con los músculos marcados. Este estereotipo se difunde cada vez más en los medios de comunicación hacia un público promedio de 20 años, sin embargo los niños también quieren alcanzar dicho estereotipo, quizá exista la explicación a los 10 años porque los cambios hormonales comienzan y entonces los niños tienen exigencias estéticas en su cuerpo y en el cuerpo de sus iguales, pero, ¿por qué un cuerpo obeso es símbolo de críticas en los niños más pequeños?

El presente trabajo se enfoca en analizar la percepción de la imagen corporal de acuerdo al IMC, con mayor enfoque en los niños con obesidad, por ser factor importante de salud en México. Se revisará el punto social, es decir, cómo se perciben los niños con obesidad ante la sociedad, también las causas de la obesidad infantil y cómo es que la familia y la tecnología así como los medios de comunicación influyen para que la obesidad infantil en México hoy en día sea un problema de salud.

Posteriormente, se ahondará en la importancia de la imagen corporal, comparando la percepción de los niños con un IMC de delgadez extrema hasta como lo hacen los niños con obesidad, Por lo tanto el objetivo de este trabajo es analizar la percepción de la propia imagen corporal en niños de sexto año de primaria.

# **CAPÍTULO I**

## **LA OBESIDAD INFANTIL EN MÉXICO**

Este primer capítulo abarca desde la etiología de obesidad hasta los índices de obesidad tanto en México como en el mundo enfocando la obesidad infantil como principal tema de investigación

### **Definición de Nutrición**

En el tema de la obesidad es primordial conocer las diferentes definiciones que puede tener el concepto de nutrición, pues ésta es la base de cualquier problema alimentario en las personas. La nutrición es eminentemente involuntaria, inconsciente y continua, el acto de comer es intermitente y, en esencia, voluntario y consciente (Bourges, 2001), es un acto meramente fisiológico ya que se trata de aportar los diversos nutrientes necesarios para que el organismo tenga una óptima funcionalidad, sin embargo la nutrición algunas veces se confunde con la alimentación, siendo ésta un complemento de la nutrición, sólo es el vehículo para que la nutrición se pueda llevar a cabo.

Otra definición de nutrición aportada por la O.M.S (2015) señala que la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad.

### **Problemas de nutrición infantil en México**

Existen dos principales problemas por la falta de nutrientes, el primero es la desnutrición. La cual refiere que los nutrientes no se están adquiriendo normalmente debido a una falta de alimentación. Afecta principalmente a las zonas del sur del país, claramente se puede deducir por qué, puesto que los estados más pobres se localizan en el sur de México (Oaxaca, Veracruz, Guerrero, entre otros). Gómez en 1946 define a la desnutrición como toda pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, sin prejuizar en sí, de lo avanzado del mal, pues igualmente se llama

desnutrido a un niño que ha perdido el 15% de su peso, que al que ha perdido 60% o más, relacionando estos datos siempre al peso que le corresponde tener para una edad determinada, según las constantes conocidas.

De acuerdo a Bourges (2001), la desnutrición, es una alimentación crónicamente insuficiente o mal estructurada por errores o limitaciones diversas en el acceso a los alimentos. Por lo general existe insuficiencia de energía a la que se agregan en grado y combinaciones variables deficiencias de hierro, proteínas y algunas vitaminas y minerales.

Una de las estrategias más importantes que señaló en el 2011 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, U.N.I.C.E.F por sus siglas en inglés para prevenir la desnutrición en cualquier parte del mundo, se le conoce como los 1000 días críticos para la vida, los cuales hacen referencia a tener los cuidados oportunos en el embarazo y los primeros dos años de vida del bebé los cuales son fundamentales para el desarrollo del niño o niña.

El segundo, es la obesidad, siendo éste el enfoque principal del presente trabajo. Las estadísticas muestran la obesidad como un problema, puesto que actualmente México ocupa el primer lugar en obesidad infantil y adulta. La obesidad infantil también es un problema a nivel nutricional, puesto que en este caso se consumen alimentos ricos en grasas, azúcares, y escasos de nutrientes, pero al igual que la desnutrición la economía tiene gran influencia ya que los estados con mayor registro de obesidad se encuentran al norte del país. (UNICEF, 1999).

### **¿Qué es la obesidad?**

El término de obesidad, proviene del latín "obesus", que significa, persona que posee exceso de gordura (Portí, 2006). La obesidad como se mencionó anteriormente afecta a muchas personas de diferentes edades en el país, es un problema de salud pública por el número de personas que lo padecen y es de gran inquietud porque el padecer obesidad desencadena muchas otras enfermedades crónicas no transmisibles como son hipertensión, diabetes mellitus, gota, enfermedad cardiovascular, cáncer de colon, cervix y mama (Acevedo, García, Zárate, 2001). La OMS (2015)



define a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que podría ser perjudicial para la salud. Dentro del problema nutricional que abarca un exceso de peso se habla también de sobrepeso, muchas veces estos dos términos (obesidad y sobrepeso) se llegan a confundir o se cree que son lo mismo; sin embargo para poder diferenciarlos se necesita hablar del IMC (índice de masa corporal).

Debido a que con base a esta medida se hace la diferencia entre si una persona tiene sobrepeso u 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. El criterio que la O.M.S (2015) establece es un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso, e igual o superior a 30 determina obesidad. Por lo tanto el sobrepeso es, en grados de riesgo, menor que la obesidad.

### **La obesidad infantil como problema mundial de salud**

Olmedo (2011) señala que la obesidad ha existido a lo largo del tiempo. Algunas de las pruebas que existen son estatuillas de la era paleolítica con forma de mujer alrededor del año 1500 a.c, estas estatuillas se han encontrado en diferentes partes del mundo y de diversas culturas.

Actualmente debido al porcentaje de personas que padecen obesidad 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. El costo económico de cualquier país que presenta un gran número de personas con obesidad es muy alto. En el informe sobre el estado mundial de la agricultura y la alimentación de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2013, FAO por sus siglas en inglés da un reporte de costos para los países que tienen problemas de nutrición, en los cuales se incluye también la malnutrición o desnutrición.

“Las estimaciones más recientes de la FAO indican que 868 millones de personas (el 12.5% de la población mundial) están subnutridas en cuanto al consumo de energía alimentaria; sin embargo, estas cifras representan tan solo una fracción de la carga mundial de la

malnutrición. Se calcula que el 26% de los niños del mundo padecen retraso del crecimiento, 2,000 millones de personas sufren de carencia de micronutrientes (uno o más) y 1,400 millones de personas tienen sobrepeso, de los cuales 500 millones son obesos.” (pág. 1-2)

Aunque no se dispone de estimaciones globales de los costos económicos del sobrepeso y la obesidad, se calcula que el costo acumulativo de todas las enfermedades crónicas no transmisibles —en relación con las cuales el sobrepeso y la obesidad están entre los principales factores de riesgo— ascendió a alrededor de 1.4 billones de dólares en 2010, de acuerdo con la FAO (2013), en el 2007 los cinco países con mayor obesidad fueron: México, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia y Reino Unido. México ocupa el primer lugar entre ellos con 69.5% y Reino Unido el último con un porcentaje de 61.4 % (Ver Tabla 1).

**Tabla 1**  
*Países con mayor obesidad*

País	Población con obesidad
México	69.5%
Estados Unidos	68%
Nueva Zelanda	62.6%
Australia	61.4%
Reino Unido	61.4%

De acuerdo con Sánchez (2013) casi dos tercios del total de adultos, en México y un tercio de los niños son obesos o tienen sobrepeso, lo que nos coloca como país en el primer lugar de casos de obesidad. Particularmente México registra un aumento en obesidad infantil desde 1998-2012 siendo éste último, año en que se realizó la penúltima encuesta nacional de salud; el incremento es de 7.8% a 9.7% respectivamente en niños menores de cinco años y en niños escolares (5 - 11 años) se registra que la cuarta parte del país tiene exceso de peso corporal (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). Sin embargo en 2016 se publica el informe más reciente por la encuesta nacional de salud y nutrición, en la cual se manifiesta un descenso mínimo en la prevalencia de escolares con

obesidad, se cita a continuación los porcentajes dados por la ENSANUT (2016) para mayor especificación.

“La prevalencia de sobrepeso fue de 17.9% (IC95% 15.2, 21.1) y de obesidad de 15.3%(IC95% 12.5, 18.6) en 2016. La cifra de sobrepeso fue 1.9 puntos porcentuales menor que la observada en la ENSANUT 2012. En 2016, se observó una prevalencia mayor de obesidad en los niños de 18.3%; (IC95% 14.3, 23.2) en comparación con las niñas con 12.2% (IC95% 9.4, 15.5). Este mismo comportamiento se presentó en 2012” (pág. 66-67)

Aunque México en cuestión de nutrición sufre de dos grandes problemas que son la desnutrición y la obesidad infantil se ha demostrado que en la actualidad la obesidad es el mayor desorden infantil, aunque algunos años atrás el mayor desorden era la desnutrición; ahora se invierten los papeles y la Escuela Nacional de Estudios Superiores de León (ENES, 2011) menciona que hasta hace 40 años la mayor preocupación era la desnutrición, esto alusivo por otra parte a lo que hace mención Bourges (2001), quien explica este problema de nutrición referido a la anemia, deficiencia de hierro y, en algunos casos, la de vitamina A y de yodo.

Pero al parecer según la ENES, (2011) las personas que antes querían ganar calorías por un problema de desnutrición, son las mismas que se están convirtiendo en obesas, En cuanto a los niños señala que los de los estados de Chiapas y Guerrero tienen desnutrición, pero a la vez padecen también de obesidad pues el refresco está en su dieta diaria, aunque la obesidad por supuesto no es sinónimo de nutrición, debido a que tomando el ejemplo de estos estados mencionados por la ENES, las personas con bajos recursos comen productos que no les generan nutrientes, esto por ende trae como consecuencias que si es comida chatarra trae en primer lugar no nutre, y en segundo engorda.

“De hecho, los mexicanos parecen ser adictos al azúcar, ya que consumen más refrescos azucarados por persona que cualquier otro país del mundo” (ENES, 2011).

De acuerdo a Cabrera (2015), quién menciona en el diario El Universal el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, posee las cifras más altas de sobrepeso (33%) casos de diabetes en niños de más de 10 años y está en cuarto lugar en muertes por diabetes mellitus.

### **Factores que conducen a la obesidad**

Son diversos los factores que conllevan el aumento de peso en los niños, incluso su peso de nacimiento ya es un factor a considerar, así como la obesidad de los progenitores, ambos son factores que se determinan sin que el niño pueda tener control de ello, sin embargo las horas dedicadas a la televisión, el rebote temprano de adiposidad y la duración del sueño, más que factores son estilos de vida que conducen a la obesidad. El grupo familiar más directo, especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales (Vázquez, Olivares y Santos, 2008).

La obesidad es un padecimiento que se adquiere en el transcurso de la vida de las personas; tienen que adquirirse ciertos hábitos para que la obesidad como padecimiento progresivo se denote en las personas, o bien puede ser incluso una cuestión genética la causa de la obesidad, por lo tanto a continuación se describen tres factores que están profundamente involucrados al momento de tocar especialmente el tema de obesidad infantil; el familiar, el social y el ambiental.

**Factor familiar.** Desde el vientre materno la alimentación es fundamental para la salud del bebé, incluso que la madre fume durante la gestación o después del parto, que la madre tenga diabetes u obesidad son factores de riesgo para que el bebé desarrolle posteriormente sobrepeso u obesidad.

La lactancia también forma parte de los cuidados para que el niño no desarrolle ni desnutrición ni obesidad. La Enciclopedia del desarrollo de la

primera infancia (2010) señala que la lactancia materna proporciona a los niños una experiencia de sabores lo cual puede permitir que posteriormente los niños que hayan sido amamantados acepten alimentos generalmente rechazados, como las verduras. Por otra parte la introducción de alimentos sólidos antes de las 15 semanas también son factor de riesgo, pues introducir estos alimentos (cereales, frutas, verduras o carne) después de la semana 16 ayuda tanto a evitar la obesidad como a reducir riesgos de reacciones alérgicas (Enciclopedia del desarrollo de la primera infancia, 2010). Los niños adquieren y desarrollan la mayoría de las conductas respecto a la comida, ya sea la preferencia o el rechazo a ciertos alimentos en casa; los padres, que son la parte fundamental de este desarrollo se involucran en la manera de imponer su autoridad respecto a las comidas puesto que pueden ser muy estrictos en la restricción de ciertos alimentos, o se comportan de manera permisiva ante el rechazo del niño hacia otros alimentos por ejemplo, las verduras. Los niños siempre imitan lo que ven, y es por ello que a veces el rechazo de las frutas y verduras se asocia a este tipo de aprendizaje puesto que el rechazo puede comenzar con los padres y por ello los niños imitan esta conducta. Por el contrario los niños prefieren de modo natural, los sabores dulces y salados y no necesitan aprender a aceptar estos alimentos. Sin embargo, cuando tienen la oportunidad de probar reiteradamente nuevos alimentos, como frutas y verduras, adquieren el gusto por comidas que antes habían rechazado; Ventura, Savage, May, Leann, Birch (2005) mencionan que los estudios han mostrado que este proceso puede tardar entre cinco y 16 intentos, antes que el niño acepte un nuevo alimento.

Por lo anterior los padres como primer vínculo de los niños hacia su alimentación son quienes deben de crear y modelar una vida saludable a sus hijos, así como cuidar los alimentos y bebidas que los niños tengan al alcance en el hogar. En tanto que la alimentación con los bebés también hay que tener un cuidado especial puesto que la lactancia es parte fundamental en la nutrición del bebé y posteriormente cuidar el tiempo en que los alimentos comienzan a incluirse en la dieta del niño.

**Factor social y ambiental.** Como seres sociales desde niños se tiene un aprendizaje de todo lo que está alrededor (ambiente) así como de quienes están alrededor, en el caso de los niños la persona de quienes están a cargo principalmente la madre y el padre, ya que siempre existe la convivencia con alguien más. En la primera infancia existe una convivencia mayor entre los familiares, posteriormente se comienza a convivir con más frecuencia con amigos o compañeros de escuela; pero a lo largo de las distintas convivencias también se interactúa con el ambiente, ya sean los lugares públicos, la literatura, los medios de comunicación, etc.

Actualmente la tecnología es parte fundamental de la vida y esto no excluye a los niños puesto que cada vez ellos son más hábiles con cualquier aparato tecnológico, lo grave, es que los padres no se los prohíben, a los tres años los niños fácilmente utilizan un teléfono celular y además la cantidad de información que circula en internet es impresionante, y los padres no siempre están al pendiente de lo que los niños revisan. Sin embargo estar con el celular, la televisión, o la tableta también es una forma de mantener tranquilos a los niños pues en vez del ejercicio que usualmente se incluye en los juegos infantiles se elige estar solamente sentados observando algún aparato de los mencionados. Olmedo (2011) señala que el gasto energético tiende a ser menor en los niños con obesidad; una de las razones que explica esta inactividad es el mayor tiempo que los niños destinan a los juegos computarizados y a la televisión. Algunos padres incluso les permiten usar estos aparatos a la hora de estar comiendo, existe un riesgo en esta parte, puesto que un niño o cualquier persona que coma y esté “distráido” es decir, que no tenga el total de su atención enfocado en el acto de comer, puede ingerir más alimento del que su cuerpo en verdad esté requiriendo. En México si bien ha influido el tema de la publicidad, los cambios que se han tenido en el ámbito nutricional es lo que conlleva a las diversas enfermedades que se enfrentan hoy en día.

Actualmente la sociedad se rige por la lucha de clases, lo de la clase baja o media la mayoría de las veces desea pertenecer a las clases altas, o por lo menos llevar un estilo de vida similar, por ello México se ha convertido en un país consumista, esto llevado hasta la alimentación conlleva a que cualquier alimento “nuevo” mostrado en la publicidad sea adquirido, de esta

manera la adquisición inmediatamente estaría colocando a la persona en otro status social (Fausto, Valdez, Alderete y López, 2006).

Hablando exclusivamente de la televisión, la publicidad expuesta es alarmante pues existen demasiados anuncios de comida chatarra, de refrescos, dulces, incluso existe publicidad que muestra que la televisión se ve con la familia, sentados y comiendo. Pero como mencionan Vázquez et al. (2008) la publicidad de alimentos ricos en calorías, azúcar y sal, se muestran en todos los lugares a los que concurren los niños.

De acuerdo a lo anterior, Moreno y Toro en el 2009 realizaron un estudio en San Luis Potosí, en el cual se tuvo por objetivo demostrar que tanto el consumo televisivo, como el consumo de alimentos frente a ésta, propicia la obesidad en cualquiera de sus niveles, así también cómo la televisión propone a los niños un estilo de vida consumista tanto alimentario como televisivo. La población del estudio fueron niños de ambos sexos, con una edad promedio de seis a 13 años de escuelas primarias en la zona urbana de la ciudad de San Luis Potosí, aproximadamente de clase media. Los resultados de dicha investigación arrojaron que al 97% de los infantes les gusta ver televisión. Las horas que los niños ven televisión es un tema importante ya que cada vez se ve más la televisión a edades tempranas por lo que reemplazan el juego y actividades en las que gastan energía. Este mismo estudio menciona que el 41% de los niños ven de una-tres horas diarias de televisión mientras que el 29% dedica más de tres horas a ver televisión.

Actualmente la televisión se considera en los países occidentales como la mayor fuente de inactividad; la Academia Americana de Pediatría ha recomendado que en la infancia- adolescencia no se haga uso de más de dos horas/día de Televisión (Lechuga, Martínez, Novalbos y Rodríguez, 2010).

La relación entre la obesidad en este caso infantil y la televisión radica en dos problemas: el tipo de publicidad y las horas que los niños dedican frente al televisor. Atalah y González (2011), en relación a estos dos problemas mencionan que algunos estudios internacionales muestran que los niños entre dos y 17 años de edad ocupan en promedio dos horas y media por día en ver televisión. Dentro de ese tiempo están expuestos a un

promedio de una publicidad de alimentos cada cinco minutos (cerca de 30 por día), que son principalmente de alimentos no saludables, emitidos con técnicas avanzadas de mercadeo y persuasión. Mencionan también que algunas técnicas de publicidad consisten en relacionar los alimentos o el objetivo de compra con la fantasía, la unión familiar, la felicidad y la aceptación social, por mencionar algunas. En México la publicidad que tiene las técnicas anteriores normalmente se enfoca en la aceptación social y en la felicidad de las personas que las consumen, como ejemplo los anuncios más representativos de este tipo son de los refrescos y el mayor representante, es sin duda Coca Cola (Atalah y Gonzáles, 2011).

Es importante valorar y darse cuenta del tiempo que se está dedicando a la televisión, debido a que este tiempo regularmente es sedentario, y por lo anterior se resalta que incluso dos horas y media aunque parezca poco, dedicadas a ver la televisión en este caso, los niños, afecta mucho en cuestiones de salud.

En el 2014 se tomaron medidas de publicidad ante el problema de obesidad al que México se enfrenta, tomando en cuenta los horarios escolares y el nivel de audiencia infantil, con el objetivo de reducir la exposición que los niños tienen frente a la publicidad de productos con un alto contenido calórico; modificando la información que reciben a través de la televisión abierta y restringida, así como en las salas de exhibición cinematográfica (Diario Oficial de la Federación, 2014). A continuación los lineamientos que se publicaron en el Diario Oficial de la Federación (2014). de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de publicidad.

“Podrán publicitarse los alimentos y bebidas no alcohólicas que no se ajusten a los criterios nutrimentales establecidos en el artículo anterior, así como los productos correspondientes a las categorías de confiterías, chocolates y productos similares a chocolate, en los siguientes supuestos: **a)** En televisión abierta y restringida: i. De lunes a viernes de las 00:00 horas a las 14:30 horas, y de las 19:30 horas a las 23:59 horas; ii. Sábado y domingo de las 00:00 horas a las 7:00 horas, y de las 19:30 horas a las 23:59 horas, o iii. Durante la transmisión de telenovelas, deportes, noticieros, series cuya clasificación oficial o de origen no se considere apta



para menores de edad y películas cuya clasificación oficial o de origen sea B, B15, C o D, de conformidad con el Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión, en Materia de Concesiones, Permisos y Contenido de las Transmisiones de Radio y Televisión. **b)** En salas de exhibición cinematográfica, durante la proyección de películas cuya clasificación oficial sea B, B15, C o D, de conformidad con el Reglamento de la Ley Federal de Cinematografía, así como durante la transmisión en vivo o grabada de deportes” (pág. 37).

El factor social de la obesidad infantil si bien tiene mucho que ver con la televisión, debido a la publicidad que se expone, también tiene relación con la sociedad en la que se está incluido como persona, ya que la manera de alimentarse también se puede clasificar por países, por ello existen las comidas tradicionales aunque Ortiz (1964) cit. en Fausto, et al (2006) señala que la publicidad está rompiendo la unión entre comida y territorio pues no existe unión entre lo que se anuncia y el lugar en donde se está visualizando dicha publicidad. Por su parte Casanueva (2001) cit. en Fausto, et.al (2006) plantea que la comida mexicana es muy valiosa nutricionalmente hablando siempre y cuando se mantenga la diversidad en ella, el predominio de cereales y leguminosas, el consumo abundante y variado de frutas y verduras, con la adición de pequeñas cantidades de alimentos de origen animal, en contraste con los países desarrollados donde predominan los alimentos de origen animal, cereales refinados y un alto consumo de alimentos energéticos.

La facilidad con la que ahora se obtiene la comida es muy lejana a la actividad que era requerida en otras épocas para obtener los alimentos, pues anteriormente la agricultura, la pesca, la caza de animales eran actividades necesarias para obtener los alimentos (Fausto, et al, 2006). Este sedentarismo es también un factor importante de la obesidad, debido a que no gastamos la energía que consumimos ni siquiera para obtener lo que nos vamos a comer, incluso hoy en día la comida se puede pedir desde casa ahorrándose así la energía en prepararla o en salir a buscar los alimentos.

**Factor escolar.** La escuela es el lugar en donde los niños y jóvenes pasan la mayor parte del día después de la casa, por ello es importante que existan conductas de buena alimentación y de actividad física dentro de la escuela, pero, ¿la escuela apoya la prevención de la obesidad infantil?

Si bien en la escuela se pasa la mayor parte del tiempo después del hogar, existen múltiples factores que no ayudan en lo absoluto a la prevención de la obesidad, uno de ellos es la comida que se ingiere dentro de las escuelas en las “cooperativas” estas se encuentran disponibles a la hora del receso, y venden una gran cantidad de dulces, aguas, jugos, etc. Aunado a esto puede resaltarse que no todos los niños llevan comida de casa a la escuela y que no todas cuentan con comedor pues de 40,000 escuelas de educación básica específicamente primaria, sólo 15,349 son de tiempo completo, es decir cuentan con el servicio de comedor (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2016), de esta manera se comienza a visualizar que la escuela tiene muchos factores que pueden estar afectando la salud infantil.

Simón Barquera, director de Epidemiología de la Nutrición del Centro de Investigación en Nutrición y Salud, dependiente del Instituto Nacional de Salud Pública en México, afirmó que las evidencias fisiológicas muestran que se presentan excesos que van de 100 a 200 calorías en cada ingesta, en un periodo corto de cuatro horas, que es el promedio de estancia de los niños y niñas en las escuelas (Martínez, 2010). En un sondeo realizado por la Profeco en el 2009 el 74% de los padres que les daban dinero a sus hijos para que gastaran en la escuela dijeron que sus hijos gastaban ese dinero en golosinas, jugos envasados y frituras (Beade, 2009).

El mayor problema de los niños o a lo que más hace referencia la bibliografía revisada hasta el momento es que un buen número de niños se van sin desayunar a la escuela, agregando que el horario de clases abarca la hora del almuerzo, por eso los niños que van en la mañana podría decirse que tienen un problema mayor con la alimentación, debido a esto Albaroa (2011) menciona a través de la Profeco que la NOM-043-SSA (2005) estipula que algunas de las consecuencias que se presentan en los niños cuando frecuentemente no desayunan adecuadamente o no desayunan son:

baja estatura, anemia, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, aterosclerosis, diabetes mellitus, cáncer y osteoporosis.

Para una mejor comprensión de lo que es el desayuno, o un adecuado desayuno, se definirá éste de acuerdo a Galiano y Moreno (2010).

“El desayuno se puede definir como la primera comida del día, tomada antes de empezar las actividades diarias, en las 2 primeras horas desde que se despierta, normalmente no más tarde de las 10:00. Proporciona entre el 20 y el 35% del total de las necesidades de energía diaria” (pág. 405).

Una dieta adecuada, según los autores citados anteriormente, consistiría en los siguientes aportes calóricos, por ello si se salta el desayuno nos estaría haciendo falta el 30% de energía (Ver Tabla 2).

**Tabla 2.**

*Aportes calóricos recomendados en cada comida.*

Comida	Aporte calórico
Desayuno	25%
Almuerzo	30%
Comida	15-20%
Cena	25-30%

Ahora, si se relaciona el desayuno con la obesidad Galiano y Moreno (2010) señalan que los niños con obesidad tienden a desayunar menos calorías, o se saltan el desayuno y tienden a cenar mucho. Con relación al nivel académico señalan que en general, los niños con hambre tienden a presentar más problemas emocionales, de comportamiento y académicos. En cambio, los niños que hacen un desayuno completo cometen menos errores y trabajan más rápido en la resolución de problemas de matemáticas. También mejora el rendimiento de la memoria, la atención y la puntualidad.

Grantham en el 2005 recopila varios estudios realizados sobre la relación de la omisión del desayuno y el desempeño escolar. Revisa nueve estudios, de los cuales tres no encuentran ningún bajo rendimiento a falta

del desayuno, y dos si lo muestran, pero estos dos estudios se realizaron con niños desnutridos. En tres de los estudios revisados solamente se hacían las pruebas una hora después de no haber desayunado, una semana, y el último se realizó al azar, probando la repercusión de desayunar pocas o muchas calorías. Los dos anteriores no tuvieron resultados significativos, éste último sólo tuvo afectaciones en el test de creatividad siendo los niños que habían desayunado pocas calorías, en las demás pruebas tampoco hubo resultados significativos.

En Israel se les hizo una prueba cognitiva a niños al azar, posteriormente se eligieron al azar quienes recibirían desayuno escolar y quienes no, dos semanas después se les volvió a hacer la prueba anterior, y los niños que no habían recibido desayuno tuvieron resultados más bajos en las pruebas de memoria.

Sánchez (2013) menciona diversos alimentos importantes para incluir en un buen desayuno, para que sea completo, incluir, lácteos, como leche, yogurt y queso fresco, ya que representan una importante fuente de calcio y de proteínas, así como vitaminas A, D y B, en cuanto a cereales, se deben incluir pan integral, pan tostado, galletas de avena o granola, ya que aportan una gran cantidad de hidratos de carbono y, si son integrales, también de fibra, también la tortilla es ideal para el desayuno. En cuanto a las frutas, se pueden consumir en forma de jugo, aunque la fruta entera, es más nutritiva pues aporta más fibra al consumirla con su piel, y también se evita el consumo de azúcar, que normalmente contendría en jugo. Los huevos y embutidos pueden incluirse en el desayuno, pero sería conveniente reservarlos para la comida del medio día o la cena.

La importancia del factor escolar para el desencadenamiento de la obesidad infantil radicaría por todo lo anterior en qué es lo que comen los niños en la escuela, debido a que si desayunan o no en casa, en la escuela la mayoría de los niños comen en el recreo y dependiendo lo que coman es lo que afecta su salud, para ello a continuación se describen algunas sugerencias para la casa y la escuela.

**Sugerencias para el cuidado de la salud en la escuela**

La escuela al ser un lugar parecido al hogar, puede tener diversas maneras de cuidar la salud integral de los niños, ya sea con restringir dentro de las instalaciones de ésta ciertos tipos de alimentos o impartirles educación física en un horario completo y no sólo un día a la semana, así como dar platicas en torno al cuidado de la salud para la prevención de la obesidad infantil y para que los niños mismos sean los que se comiencen a preocupar por cuidarse a sí mismos.

La OMS proporciona en el 2013 diversas sugerencias exclusivamente para el cuidado de la salud en la escuela.

**Tabla 3***Sugerencias para el cuidado de la salud física y alimentaria en la escuela*

Salud alimentaria		Salud física	
<b>Propuestas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Propuestas</b>	<b>Objetivos</b>
Ofrecer educación sanitaria en las escuelas	Ayudará a que los estudiantes adquieran conocimientos, actitudes, creencias y aptitudes necesarias para toma de decisiones fundamentadas, así como tener conductas saludables y crear condiciones propias para la salud	Clases diarias de educación física	Ofrecer actividades variadas adaptadas a las necesidades de los niños intereses y capacidades del máximo número de estudiantes
Ofrecer programas alimentarios escolares	Para incrementar la disponibilidad de alimentos saludables en las escuelas (por ejemplo, desayuno, almuerzo, o refrigerios a precios reducidos).	Actividades extracurriculares	Ofrecer actividades como deportes y programas no competitivos (por ejemplo recreos activos)
Máquinas expendedoras de alimentos saludables	Máquinas que únicamente vendan alimentos como agua, leche, frutas y verduras, sándwich y refrigerios con pocas grasas	Medios de transportes	Alentar el uso de medios de transportes no motorizados
Garantizar los alimentos servidos en las escuelas	Garantizar el cumplimiento de requisitos nutricionales mínimos en los alimentos	Instalaciones adecuadas	Que los estudiantes y la comunidad puedan practicar actividades físicas.
Ofrecer servicios de salud escolar	Ayudará a fomentar la salud y el bienestar, así como a prevenir, reducir, seguir, tratar y derivar los problemas de salud o trastornos importantes en estudiantes y personal que labore en las escuelas.	Actividades físicas	Estimular a los profesores, padres y estudiantes para que realicen actividades físicas
Involucrar a padres de familia	Fomentar la participación de padres de familia.		

Ofrecer educación sanitaria y programas alimentarios escolares son a consideración personal de los puntos más importantes de la salud alimentaria debido a que hablan de la alimentación dentro de la escuela, y resaltando que no todas las familias podrían pagar la comida de la escuela, un precio considerable es oportuno para que más niños puedan tener acceso a este beneficio. Por otra parte en México aún no se tiene en las escuelas públicas y no en todas las privadas acceso a máquinas expendedoras pero se rescata de este punto el consumo dentro de la escuela de fruta, verdura, agua, leche, o sándwiches.

También la salud física es importante puesto que acompaña a la prevención de la obesidad infantil; las clases diarias de educación física mencionadas en la Tabla 3 son una buena propuesta para que la actividad física en los niños sea un hábito ya que pocos fuera del horario escolar realizan alguna otra actividad física. Las instalaciones para realizar dicha actividad también son indispensables al llevar a los niños a educación física debido a que se necesita espacio al aire libre o si algunas escuelas ofrecen otras actividades como gimnasia, natación, etc. se deben tener espacios acorde a la actividad que se imparten.

### Sugerencias para el cuidado de la salud en el hogar

Tanto la enciclopedia del desarrollo de la primera infancia (2010), como la OMS (2015) recomiendan para una buena nutrición del niño, la lactancia materna, ya que ésta ayuda a que el niño aprenda a regular la cantidad que ingiere de alimento. En la tabla 4 se muestran las sugerencias de la OMS sobre lo que es bueno fomentar y reducir tanto en cuestión de alimentos como de actividad física.

**Tabla 4**

*Sugerencias para el cuidado de la salud alimentaria y física en el hogar*

<u>Sugerencias alimentarias</u>		<u>Sugerencias para actividad física</u>	
<u>Reducir</u>	<u>Fomentar</u>	<u>Reducir</u>	<u>Fomentar</u>
La ingesta de alimentos ricos en grasas y pobres de micronutrientes (refrigerios envasados)	Desayuno saludable antes de ir a la escuela y procurar comer en familia	El tiempo de inactividad física	La ida a la escuela y a otras actividades sociales a pie o en bicicleta en condiciones de seguridad
Ingesta de bebidas azucaradas	Ingesta de frutas y verduras y refrigerios saludables (cereales integrales, hortalizas entre otros)		Actividad física en familia, hacer paseos, o participar juntos en juegos activos
La exposición a prácticas mercadotécnicas por ejemplo el tiempo dedicado a ver televisión	Información y aptitudes para que elijan alimentos saludables		



Anteriormente se hizo énfasis en la importancia del desayuno, y de las cosas que los niños comen en la escuela a la hora del receso, pero de igual manera existen papás que les mandan a los niños un refrigerio, un lunch, esto puede evitar en cierta medida el consumo de productos chatarras en la escuela, o al menos lo disminuye.

Así como es importante lo que se come en casa, también lo es el tiempo que se dedica a alguna actividad física, ya que muchas veces los padres piensan que es suficiente con la asignatura de educación física, sin tomar en cuenta que inducir algún deporte después de clase es algo muy importante para la salud física y psicológica. Como fomento de la actividad física se puede integrar a los niños a algún equipo, integrarlos a algún club deportivo, o simplemente dedicar el tiempo en familia a salir en determinado día, o días para hacer ejercicio juntos, ya sea alguna rutina, correr, o simplemente implementarlo en algún juego.

De acuerdo con Hassink (2007) se puede inscribir a los niños en algún programa o actividad para realizarlo después de la escuela, lo mejor sería elegir actividades que refuercen la participación y el desarrollo de habilidades, los niños que sean un poco tímidos a participar en un deporte grupal, y por ello estén renuentes al ejercicio, se pueden en un inicio, inscribir a actividades como karate, o danza, en lugar de un deporte en el que sea obligatorio formar equipos.

En el grupo específico de los niños de 5-17 años la OMS (2010) recomienda que debieran acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa ya que la actividad física durante más de 60 minutos reporta beneficios adicionales para la salud. La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica, también es conveniente incorporar actividades vigorosas, en particular para fortalecer los músculos y los huesos, como mínimo tres veces a la semana.

El ejercicio aeróbico, es benéfico para el cerebro, pues favorece el aumento de neurotransmisores encargados de llevar los mensajes cerebrales entre las células, asimismo aporte el aporte de oxígeno al cerebro a través de la sangre, ayuda a mejorar la concentración, y la capacidad intelectual. Algunos de los ejercicios aeróbicos, son; caminar, nadar, bailar, aerobics, subir escaleras, tenis, basquetbol. De los cuales en el que más

calorías se queman es en el baile (400 a 500 kcal/hora) y en la natación pues en 20 min, se queman 348 kcal, además de ser de los deportes más completos pues controla el colesterol, el estrés, la hipertensión, y por supuesto la obesidad (Sánchez., 2013).

Portí (2006) lista una serie de sugerencias sencillas, para los padres, con el objetivo de prevenir la obesidad o bien, para evitar que la obesidad se complique más. Algo sencillo, como que a la hora de hacer la compras, elegir locales comerciales más alejados del hogar e ir caminando con el niño; pedirle que ayude a poner la mesa y hacer que tienda su propia cama; pedirle que los acompañe a sacar a pasear al perro, y aprovechar ese momento para caminar juntos durante un buen rato; encargarle que riegue las plantas de la casa; impedir que utilice el control remoto para mirar televisión y escuchar música; si vive en un edificio con ascensor, estimularlo para que suba y baje por las escalera (o, por lo menos, algún tramo del camino); acompañar al niño a la escuela caminando, los fines de semana, aprovechar el clima favorable, para salir a algún parque y jugar a la pelota; pedirle que ayude a lavar el automóvil.

Sánchez (2013) al igual que Portí, proporciona algunas recomendaciones para el cuidado del peso, sugiere que se eviten los aderezos industriales, ricos en sal y grasa, en vez de ellos, aderezar con limón o aceite de oliva; otro aspecto a considerar es el tamaño de las porciones, algunos sugieren que la porción optima para cada edad es la que quepa en la mano de quien la consume, esto se considera para cada alimento, otra sugerencia es servir en platos pequeños, para que se vean más llenos, y no servirse más de una vez.

El mensaje de saciedad lo recibe el cerebro, normalmente, 20 minutos o media hora después de haberse sentado a la mesa, por lo que si se come demasiado rápido, no se da el tiempo para procesar esos mensajes y se terminará por comer más de lo que se necesita; comer despacio es muy importante, pues aparte de dar tiempo al mensaje de satisfacción, también ayuda a masticar mejor, por lo que se facilitará el proceso digestivo (Sánchez, 2013).

La obesidad y los factores que conllevan a ella fueron los principales temas de este capítulo, pero cuando una persona sufre de obesidad es

importante conocer las consecuencias de esta condición, tanto físicas como psicológicas y las enfermedades que se desencadenan a partir de ella, por lo que estos temas se revisarán a fondo en el siguiente capítulo.

## CAPITULO II:

### CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD INFANTIL

En este capítulo se revisarán las consecuencias de la obesidad infantil tanto físicas como psicológicas aunando también las diversas enfermedades que derivan de ella en la etapa infantil o como consecuencia hacia la edad adulta.

#### La obesidad infantil a través de un modelo

La obesidad infantil no sólo es un concepto o un problema aislado, ya que alrededor de él existen diversas causas y factores para reducirla o fomentarla. Así lo señala el modelo creado por Dahlgren y Whitehead en 1991 (Ver Figura 1) La presente investigación apoya dicho modelo, pues el hombre es social por naturaleza, y desde el nacimiento todo lo que lo rodea tiene cierta repercusión en el estilo de vida.

Precisamente este modelo engloba en niveles, los diversos factores que tienen afectaciones positivas o negativas en las personas. Si el hombre convive necesariamente con una comunidad él influye de alguna manera en ella y ésta en él., Dahlgren y Whitehead (1991) mencionan que en el modelo aparecen los factores del medio ambiente, los sociales y los materiales, en las que las personas nos vemos forzadas a convivir, también mencionan a la familia, los amigos, la comunidad, que de igual manera influyen para nuestro estilo de vida, sin embargo no dejan de mencionar que aunque todos estos sean factores de afectación, la persona es la que toma las decisiones de su estilo de vida, de las que puede tener control.



Figura 1. Modelo de los principales determinantes de la salud creado por Dahlgren y Whitehead en 1991.

La obesidad infantil se explica favorablemente, de acuerdo al modelo citado, a partir de cinco factores, el primero tiene que ver con el ambiente natural, como son, el agua, el aire, la topografía y el clima. Un segundo factor es el ambiente construido, que incluye el transporte que se utiliza el diseño urbano, y los espacios verdes con los que se cuentan. El tercero hace mención al ambiente social, englobando a la cultura, la cohesión social, la equidad, y los ingresos. El cuarto factor menciona a los determinantes individuales, este factor es muy importante para comprender que aunque la obesidad es algo general o algo que muchas personas comparten, nunca será la misma porque cada persona posee características diferentes como lo menciona este factor: las creencias, el género, la edad y las habilidades de cada individuo. Esto es lo que hace diferente el afrontamiento hacia la obesidad cuando se padece, pues las habilidades de los individuos se pueden usar a favor al tratar de combatirla.

El último factor se refiere a la actividad física y la vida activa, aunque depende de cada persona tener el hábito de hacer actividad física, esta es la primera recomendación cuando se tiene obesidad; en los niños no es que ellos tengan ese hábito sino que lo primordial es fomentarles el gusto por el ejercicio y hacerles saber su importancia.

Uno de los factores que más contribuyen a la obesidad es el acto de alimentarse, esto es algo innato y una necesidad para el ser humano, pero alrededor de la alimentación existen emociones, existen diversas comidas que llevan a mantener problemas de salud como la obesidad, y también a partir de ella de igual manera se puede combatir este problema. La alimentación es un proceso cíclico que empieza en el planteamiento del qué es lo que se comerá, seguido por la obtención de la comida y finalizado en el acto de comer (Vargas, 2010). Pero este acto de comer, no es igual en todo el mundo, ni siquiera en todo el país, es una cuestión sumamente cultural.

Si bien Vargas describe dos situaciones, en donde una chica de campo come sanamente y cuando tiene algún antojo o hambre sólo le basta estirar la mano y cortar una fruta de algún árbol, en contraste otra chica de ciudad, come muy apresuradamente y en su mayoría come alimentos procesados o de la calle, ambos ejemplos aunque los describe muy bien, quizá no se pueden generalizar totalmente, lo que es cierto es que en el

campo la vida es más tranquila y más ejercitada por el arduo trabajo que se llega a tener en el campo (los que se alimentan de él), por otra parte también tienen una gran variedad de frutos que pueden tomar a la hora que quieran, y la tierra siempre está produciendo.

En cambio en la ciudad la vida es más rápida y para trasladarse de un lugar a otro normalmente se usa transporte público o privado; esto porque facilita el traslado y disminuye el tiempo ya que los lugares de trabajo o estudio a veces están retirados. Para una buena actividad física en la ciudad se tiene que dedicar más que en provincia un espacio para ello, quizá para llevar a los niños a algún club deportivo, o para que los padres puedan ir al gimnasio. El modo de vida y la alimentación sí son diferentes en ambos casos, y repercuten en la salud. Es por esto, que el modelo de la obesidad aborda diferentes factores, pues cada ser humano se rodea de diferentes ambientes, en todos los aspectos.

Este modelo aborda al individuo como un conjunto de todos los factores mencionados anteriormente, ninguno se desfasa del otro, sino que se complementan para formar a la persona.

### **Consecuencias psicológicas**

Las consecuencias psicológicas son resultado de las emociones que desencadena una persona al no estar conforme con su imagen corporal, o por lo que las personas que la rodean le hagan creer respecto a su cuerpo. En niños es una problemática en la que los padres deben poner mucha atención, ya que estas consecuencias no son percibidas a simple vista.

La Enciclopedia del desarrollo de la primera infancia (2010) hace mención al aislamiento que sufren los niños con obesidad, debido a los prejuicios y predisposiciones negativas o discriminaciones a las que son expuestos cotidianamente. La baja autoestima, la depresión, y la percepción negativa de la imagen corporal son algunas de las consecuencias psicológicas más frecuentes.

Se puede entender por autoestima el valor que se da la persona por sí misma, es la confianza, el respeto por uno mismo. Cuando se tiene baja autoestima la persona suele ser insegura, y solicitar aprobación de los demás en las cosas que lleve a cabo. La timidez, y el sentimiento de

inferioridad también son rasgos de la baja autoestima (Alvarado, Guzmán, González, 2005). La focalización de sus aspectos negativos, como poca habilidad atlética o su apariencia no deseable inducen a la baja autoestima, y dejan de lado las cualidades positivas que puedan tener, dañando así mismo las relaciones sociales que establecen principalmente con niños de su edad al percibirse inferiores a ellos, y por tener constante miedo al rechazo, o a las burlas de las que constantemente son objeto los niños con obesidad, lo que los lleva a aislarse de situaciones que les resulten estresantes, dado que su propia imagen corporal les resulta pobre (Guía obesidad, s/f).

Por otra parte, el tema de la ansiedad y la depresión en niños con obesidad es un tema de debate y ambigüedad, pues algunos autores afirman que la obesidad en consecuencia de la ansiedad generada a partir de sufrir maltrato físico por parte de sus compañeros de la escuela, si bien López, Perea y Loredo (2008) comprobaron que esto es cierto en algunos casos, también es cierto que la obesidad muchas veces es causa de este maltrato físico en la escuela, García (2010) señala que los ataques en la escuela se dan por parte de sus pares, debido a las cualidades físicas de los niños obesos, pues los perciben con cuerpos toscos, inhábiles para algunas actividades de juegos, y deportivas y pasivos consigo mismos/as, aparte de que los perciben como personas no atractivas.

Por ello si la obesidad es consecuencia o causa de la ansiedad, aún no se puede esclarecer, o quizá sea ambos casos en diferentes personas, puede darse de una u otra manera debido a las cualidades, habilidades, personalidad de cada individuo, pues como se observó en el modelo explicado anteriormente cada persona tiene un ambiente familiar, escolar y social diferente. García (2010) menciona algunos de los conflictos a los que se enfrentan los niños con obesidad en un ambiente escolar.

“Presentan más riesgo de sufrir aislamiento, intimidación, insultos, burlas e incluso agresión física, maltrato y marginación social, que sus pares de contextura física normal. Como consecuencia de este hostigamiento o acoso, también llamado “bullying”, surge dificultad para tener amigos, estrés emocional, bajo rendimiento escolar, ausentismo, y

se ve comprometida la capacidad de adaptación psicosocial en general” (pág. 131).

La ansiedad también puede ser consecuencia de lo anteriormente planteado, cuando los niños son blanco de insultos o maltrato físico en general, tienden a ser muy ansiosos, desquitando o enfocando esa ansiedad en la comida, el acto de comer muchas veces los hace olvidar, o sentirse más tranquilos, por ello la ansiedad en algunas personas es causante de la obesidad. (López, et al, 2008).

De forma general, los problemas psicológicos, a los que se enfrentan los niños con obesidad son la depresión y la disminución de la calidad de vida, ya que si el ambiente en el que se desenvuelven socialmente o en el que tendrían que hacerlo les resulta estresante, no se puede hablar de que tengan una buena calidad de vida. Por otra parte, la predisposición negativa, los prejuicios y la discriminación, son parte de la vida cotidiana de los niños con sobrepeso. Y las consecuencias de estos prejuicios los suelen pagar con el aislamiento o la hostilidad social (Enciclopedia del desarrollo de la primera infancia, 2010).

### **Consecuencias sociales**

Los niños con obesidad tienen un bajo desenvolvimiento en la sociedad pues en ella no están bien considerados, ya que los clasifican como niños sucios o descuidados. En los programas cómicos los niños y adultos obesos suelen tener papeles en los que son motivo de constantes burlas. Otro problema al que se ven expuestos, es a la problemática de la ropa adecuada a su talla, pues a veces es difícil encontrar ropa de moda que se ajuste a ellos, lo que también puede provocarles depresión (Chueca, Arizona y Oyarzábal, 2002).

Cotti, Krochik, Evangelista, Cabrera y Buiras (2010) mencionan que en un estudio realizado en 1967 mostraba que los niños de 6-10 años describían los cuerpos obesos negativamente, como, perezoso, descuidado, mentiroso, travieso, mezquino, feo, sucio o estúpido. Así que desde años atrás los niños obesos no son bien vistos por la sociedad, y discriminados por personas de todas las edades, pues estas mismas autoras mencionan



que diferentes estudios han demostrado que los estereotipos comienzan a adquirirse en niños de tres a cinco años, por ello algunos niños rechazan o excluyen a los que tienen obesidad.

Una investigación de Griffiths, Wolke, Page y Horwood en el 2005 estudia si la obesidad a los 7.5 años es predictor del apareamiento del bullying un año después, la investigación se conformó por entrevistas, y tuvo dos categorías de victimización: la pública y la relacional, la primera hace referencia a si han sido robados en alguna ocasión, nombrados con apodos desagradables, si han sido golpeados o amenazados y la segunda categoría engloba acciones como hacer cosas que no quieren, se les retira la amistad, narración de cuentos sobre ellos, difundir mentiras y rumores desagradables. Sus resultados se arrojan teniendo en cuenta dos variables, la clasificación del peso (bajo peso, peso promedios, sobrepeso y obesidad) y el sexo: niñas y niños. Los autores encontraron que los niños con sobrepeso tienen la misma probabilidad de ser agresores y víctimas, a la edad de 8.5 años, en cambio, las niñas a esa edad tienen mayor probabilidad de ser víctimas que agresoras, incluso las agresoras normalmente son niñas de bajo peso.

De esta manera, se puede resumir que las afectaciones psicológicas sí están relacionadas a la obesidad, y son consecuencias que incluyen bullying y categorizaciones humillantes a personas que la padecen, y como anteriormente se revisó, las personas no están acostumbradas a ver un cuerpo obeso y aceptarlo en la sociedad, o por lo menos no juzgarlo, al contrario, específicamente los niños toman estos cuerpo como repugnantes y antiestéticos; pero los niños obesos no sólo se enfrentan a situaciones psicológicas y sociales, también tienen que afrontar enfermedades que pueden generarse a partir de la obesidad.

### **Enfermedades consecuentes de la obesidad infantil**

Las consecuencias de la obesidad infantil en el área de salud, pueden ser algunas enfermedades inmediatas, pero también existen muchas que los niños con obesidad desencadenan muchos años después, ya en la edad adulta. Estas enfermedades pueden ser cardiovasculares, de la glucosa, como también algunos problemas ortopédicos y respiratorios.

**Consecuencias ortopédicas.** Los problemas ortopédicos son comunes en los niños con obesidad debido al peso que cargan los huesos, y al ser estos muy suaves se ven afectados, puede haber daño permanente en la cabeza femoral. Puede haber también un deslizamiento de la epífisis, ambos problemas son afectaciones en la cadera (Must y Strauss, 1999).

**Consecuencias dermatológicas.** La *acantosis nigricans* pigmentaria es la manifestación dermatológica más común en la obesidad. Consiste en lesiones simétricas, oscuras, de características aterciopeladas, con acentuación de las marcas cutáneas, que se producen, sobre todo, en las zonas de flexión.

Las estrías son pequeñas líneas de color blanco, ocasionadas por las rupturas de colágeno. En los niños obesos, la prevalencia de estrías es alta (40%) y la incidencia es mayor en aquellos con larga duración de la obesidad. (Cotti, et al. 2010).

**La enfermedad de Blount.** La padecen muchos niños con obesidad, en este caso la parte interior de la tibia, justo por debajo de la rodilla, no logra desarrollarse normalmente, esta enfermedad va empeorando lentamente, se asocia precisamente a niños con obesidad o con los que empiezan a caminar a edades tempranas (Neil y Kaneshiro, 2014).

**Complicaciones pulmonares.** Niños con obesidad pueden presentar insuficiencia respiratoria, al esforzarse mucho en alguna actividad deportiva. La obesidad favorece el broncoespasmo, y el riesgo de padecer asma (Urrejola, 2007).

**Complicaciones cardiovasculares.** Se ha encontrado que los niños que padecen obesidad pueden contraer enfermedades cardiovasculares en la edad adulta, esta es una de las complicaciones tardías de la obesidad, algunos de los padecimientos son: dislipidemia, hipertensión arterial, trastornos en la función ventricular izquierda, anormalidades en la función endotelial e hiperinsulinismo y/o resistencia insulínica (Urrejola, 2007). La prevalencia combinada de prehipertensión e hipertensión en niños y adolescentes obesos es por encima del 30% en varones y del 23%-30% en mujeres (Cotti, et al. 2010).

***Diabetes mellitus tipo 2.*** La resistencia a la insulina y la diabetes mellitus tipo 2 son padecimientos muy comunes de los niños con obesidad, la diabetes es un riesgo cuando se tienen niveles de colesterol muy altos (Must y Strauss, 1999).

Además de las enfermedades existen las consecuencias inmediatas, que aparte de ser padecimientos son consecuencias físicas en los niños obesos. Parte de las complicaciones respiratorias se presenta la apnea del sueño, y los ronquidos a nivel cutáneo, pueden aparecer estrías en tronco y cara interna de muslo, y pliegues en cadera, cintura y cuello (Pérez, Sandoval y Schneider, 2008).

Son muchas las complicaciones que se derivan a partir de la obesidad, Cotti et al. (2010) construyen una serie de clasificaciones para simplificarlas (Ver Tabla 5). Con la revisión de la Tabla 5 se pasará a la revisión de las alteraciones psicológicas específicamente de la obesidad infantil.

**Tabla 5***Clasificación de las complicaciones de la obesidad en niños y adolescentes,*

Pulmonares	Musculoesqueléticas	Cardiovasculares	Gastroenterológicas	Endocrinológicas	Piel
Intolerancia al ejercicio	Epifisiolisis con desplazamiento de la cabeza femoral	Hipertensión	Esteatosis hepática/EHNA	Resistencia a la insulina/intolerancia a la glucosa	Acantosis nigricans
Asma	Enfermedad de Blount (tibia vara)	Dislipemia	RGE/hernia hiatal	Diabetes tipo 2	Estrías
	Torsión tibial	Hipertrofia ventricular izquierda (HVI)	Colelitiasis	Hipercortisolismo	Foliculitis
	Pies planos	Aumento del tamaño cardíaco		PCOS (mujeres)	Hirsutismo
	Aumento del riesgo de fracturas	Coagulopatías		Crecimiento	Intertrigo
		Disfunción endotelial/estrías grasas		Dimorfismo sexual	
		Inflamación crónica			

*Nota.* Elaboración propia con base Cotti et al. 2010.

## CAPITULO III

### ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD INFANTIL

En este capítulo se abordarán diferentes categorías de afectación a partir de la obesidad infantil, específicamente son afectaciones psicológicas, tales como la imagen corporal, el auto concepto/la autoestima y la depresión, esta última se refiere más a una consecuencia de la obesidad.

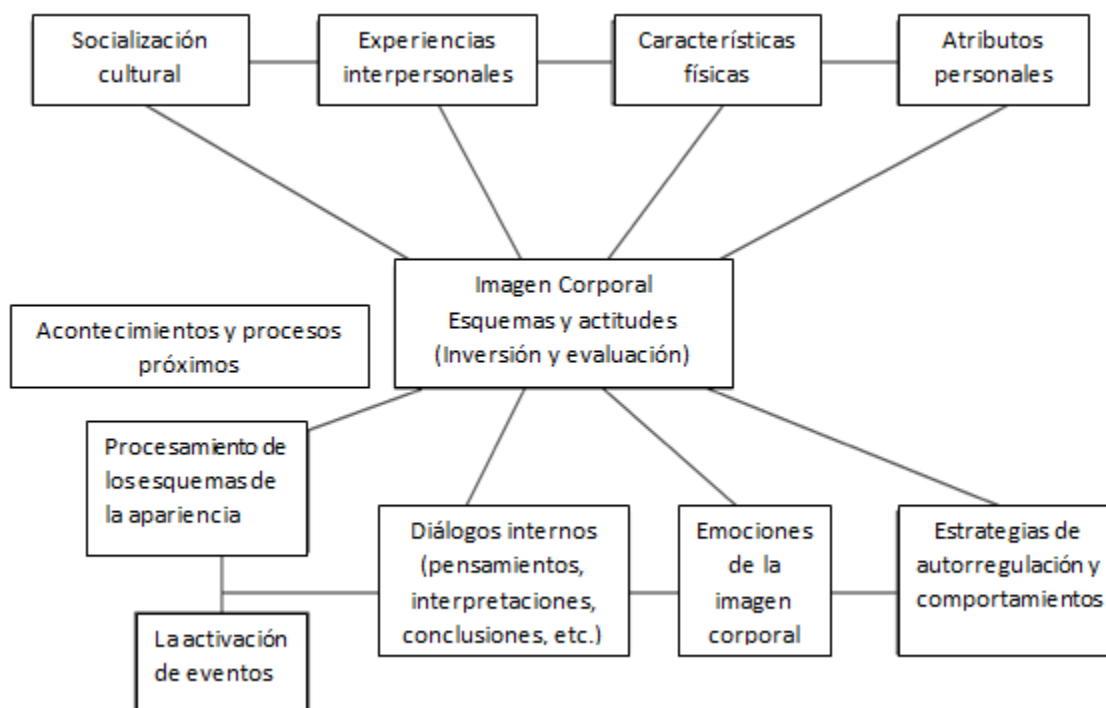
#### **Imagen corporal**

La imagen corporal es el factor que comúnmente se afecta en los trastornos de la conducta alimentaria. La imagen corporal de acuerdo a Schilder (1950) es la figura de nuestro propio cuerpo que nos formamos en la mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos. Aunque también otros autores lo detallan más a fondo como Rosen en 1995 (cit. Gómez, 1946) quien menciona que el concepto de imagen corporal hace alusión a la forma en que cada persona percibe, imagina, siente y actúa en función de su propio cuerpo, de esta manera las personas actuamos de acuerdo al cuerpo que creemos tener, y actuamos también respetando nuestros sentimientos hacia él mismo.

Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) muestran un panorama en relación a la formación de la imagen corporal, señalan que los bebés hacia los 4 y 5 meses empiezan a distinguir entre ellos, los objetos externos y las personas de quienes están a cargo, a los 12 meses ya comienzan a explorar su entorno. Posteriormente entre el año y los tres años experimentan la relación entre el cuerpo y el ambiente, con el desarrollo de habilidades motoras y el control de esfínteres. A partir de los 4 o 5 años, los niños comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos, se integran así los sentidos de la vista, el tacto, el sistema motor y sensorial. Ya en la adolescencia. el cuerpo es una fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima, es la etapa de la introspección, de la comparación social y de la autoconciencia de la propia imagen física así como del desenvolvimiento social, el cual, podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo.

Cash y Pruzinsky proponen un modelo acerca de la construcción de la imagen corporal, a través de diversos factores.

El resultado de la imagen corporal de todas las personas tiene muchas variables que la preceden (Ver Figura 2) y estas variables son el resultado de diferentes pensamientos, formas de actuar, diferentes culturas, y en algún momento estas variables pueden estar relacionadas.



**Figura 2.** Modelo cognitivo-conductual de desarrollo de la imagen corporal y experiencias propuesto por Cash. y Pruzinszky (2004) traducido por Gómez, (2013).

La imagen corporal y el físico son diferentes aspectos de la persona, de acuerdo a lo mencionado por Salaberria et al. (2007) una persona puede tener un aspecto físico muy apegado a los cánones de belleza impuestas en su cultura, pero puede no sentirse a gusto con su imagen corporal, ésta puede ser positiva, si la persona está conforme con ella, pero de igualo forma puede formarse en las personas una imagen corporal negativa. Es decir, cuando la persona tiene una inconformidad con su imagen corporal, no está a gusto con ella y este disgusto se puede generar por diversas razones, algunas de estas mencionadas por Salaberria et al. (2007) (Ver tabla 6).

**Tabla 6***Posibles factores para la formación de una imagen corporal negativa*

Sociales y culturales	Modelos familiares y amistades	Características personales	Desarrollo físico y feedback social	Otros factores
Proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal	El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes	La baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos	Los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad	La obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc. sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

El hogar es la fuente principal de las creencias o los pensamientos de los niños, pues como se observa en la Tabla 6 los padres fungen como modelo para ellos, y si en la actualidad lo que más les preocupa a las personas es la apariencia física de su cuerpo, si la mayoría de las veces la imagen corporal de las personas es negativa para sí mismas, los niños comienzan a temprana edad a fijarse más en su propia imagen corporal.

La obesidad infantil tiende a crear en los niños una imagen corporal negativa dado a que un cuerpo obeso está muy alejado de los estigmas sociales de belleza, por ello las personas que la padecen suelen estar inconformes con su propia imagen y es posible también que esto se acompañe de una baja autoestima. Además se pueden incrementar en estas personas conductas de evitación social, a su vez, la imagen corporal negativa puede favorecer problemas

de alteraciones en el comportamiento. (Raich, Mora y Torras, 1997).

Se tiene una imagen corporal negativa cuando se valora de una manera equivocada las formas corporales y vemos partes del cuerpo como no son realmente, cuando se está convencido de que solamente otras personas son atractivas y se valora la atracción como éxito o valor personal, cuando exista vergüenza y ansiedad por el cuerpo, una persona con imagen corporal negativa, se siente incómodo y raro en el propio cuerpo. No se acepta tal como es, siempre quisiera mejorar o cambiar alguna parte de su aspecto físico.

Cash (2004 citado en Gómez, 2013) elabora una serie de distorsiones cognitivas que pueden presentarse en personas con imagen corporal negativa.

“La bella o la bestia”: Se trata de pensamientos dicotómicos referentes al aspecto físico, en donde no existen términos intermedios es decir, si no se está en la más absoluta belleza se está condenado irremediablemente a la fealdad

“El ideal irreal”: El aspecto es evaluado tomando como referencia un modelo estándar imaginario: (Chica alta, escultural, esbelta...) (Hombres fibrosos, altos, musculados...) El resultado es que cuando su apariencia no coincide con ese modelo irreal social, el sujeto se percibe a sí mismo como gordo o feo. Un ejemplo de esta distorsión: “No soy guapa” (mirando la fotografía de una modelo), “soy demasiado gordo” (comparándose con un jugador de fútbol)

“La comparación injusta”: En este modelo la persona se compara con individuos que poseen el ideal de belleza o ciertas cualidades o características del aspecto físico que a ellos les gustaría tener, Por ejemplo “Me siento incómoda hablando con esas chicas tan guapas, deben pensar que soy un adefesio”.

“La lupa”: En esta distorsión la persona le presta atención a una parte específica de su cuerpo que no le sea agradable, y la exagera demasiado, Un ejemplo: “Mis dientes son demasiado feos, por lo que nadie querrá besarme”, es un error cognitivo denominado “atención selectiva”.

“La mente ciega. Se trata de ignorar o restar importancia a aspectos de nuestra apariencia que nos agradan, por lo mismo, no hay nada de que quejarse en cuanto a ello, por lo que se buscan defectos, Por ejemplo: Una mujer muy atractiva obsesionada por tener poca cantidad de pelo, u hombre muy atractivo obsesionado por tener los dientes imperfectos.

“Mala interpretación de la mente”: Esta distorsión aparece cuando una persona se convence de que no es atractiva y piensa que el resto de personas



también la ven de esa forma. Tiende a pensarse, o asegurar que las demás personas hablan de ellas, y que saben perfectamente lo que dicen.

“La fealdad radiante”: La insatisfacción con algún aspecto físico se extiende a otras características físicas. Por ejemplo cuando una persona de edad avanzada ve algunas arrugas en su rostro piensa “¡qué viejo soy!” y a raíz de ello busca otras pruebas que apoyen esa afirmación.

“El juego de la culpa”: Se asume que cualquier suceso negativo es consecuencia de alguna insatisfacción con el propio aspecto físico. Aunque en la mayoría de ocasiones no cuenta con ningún tipo de relación. Por ejemplo: “con esta nariz es lógico que mis compañeros/as no quieran ir conmigo a la fiesta”

“Prediciendo desgracias”: Es la predicción calamitosa de desgracias futuras que sucederán por culpa de la apariencia: “Nunca me amarán debido a mi apariencia” o “siempre fracasaré porque no tengo una apariencia suficientemente bonita”

“La belleza imitadora”: Esta distorsión se basa en las limitaciones de la conducta por culpa de la apariencia. Por ejemplo: “No puedo hablar con esa chica hasta que mis músculos estén más fuertes”.

“Sentirse feo”: El pensamiento de ser feo finalmente acaba convirtiéndose en una verdad absoluta.

“Reflejo del malhumor”: En este tipo de distorsión cognitiva el pensamiento culpa al aspecto físico de todos los problemas que le suceden a la persona diariamente. Por ejemplo una persona que ha tenido complicaciones en el trabajo está tensa, ansiosa... cuando llega a casa se mira al espejo y comienza a criticarse, probarse ropas con las que finalmente no se encuentra satisfecha.

Todas las anteriores distorsiones de la imagen corporal las pueden sufrir personas con obesidad al no aceptar su imagen. La imagen corporal sólo es uno de los aspectos que pueden verse afectados en las personas con obesidad, otro aspecto que sufre alteraciones, es el auto concepto, y en ocasiones una carente percepción de la imagen corporal repercute en la pobreza del auto concepto, lo que conlleva a una baja autoestima. .

### **Autoconcepto/ Autoestima**

Todas las personas tendemos a construir representaciones internas de todo lo que somos, es decir nuestro cuerpo, nuestras acciones, nuestra personalidad, nuestros valores siempre somos nosotros frente al mundo e internamente también somos alguien más con un significado propio. La imagen corporal como anteriormente se revisó es la interiorización de nuestro cuerpo; toca el turno de abordar el autoconcepto, que hace referencia a otra forma de interiorización.

El autoconcepto se conforma de un conjunto de rasgos, imágenes y sentimientos, los cuales son reconocidos por la persona como parte de sí misma. Es un componente nuclear de la personalidad. Un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional. Es una meta deseable que debería figurar entre los objetivos de la acción educadora de padres y profesores. Grandmontagne, (1998) hace mención a que la construcción del autoconcepto puede ser negativo o positivo para la persona que lo construye, desde una perspectiva cognitiva, el autoconcepto incrementa su contenido al paso del desarrollo de la persona, pues paulatinamente se van percibiendo rasgos mejor diferenciados de uno mismo, tales como características físicas, psíquicas y sociales, las imágenes del autoconcepto son al paso del tiempo más reales y objetivas, se produce además una abstracción progresiva de la autopercepción de los aspectos concretos a los generales; por ejemplo: “soy bueno haciendo sumas.” Por lo tanto “podré ser un científico”.

Shavelson, Hubner y Stanton (1976) señalan que la percepción de sí mismo influye en la forma de actuar, y los actos, a su vez influyen en la manera en que se percibe a sí mismo, estos definen el autoconcepto con siete características. Organizado, multifacético, jerárquico, estable, de desarrollo, evaluativo y diferenciable.

Existen diversas concepciones de lo que es el término del autoconcepto, de acuerdo a Rosenberg (1979 cit en Grandmontagne, 1998). La persona se construye de amplias zonas o regiones en las cuales distribuye todo los dominios posibles de sí mismo. a) Cómo el individuo se ve a sí mismo(a) b) cómo le gustaría verse; y c) cómo se muestra o desea mostrarse a los demás. Esta confrontación de lo que se es y lo que se desea ser, tiene importante repercusión

con la autoestima. Los dos elementos clave para la satisfacción o insatisfacción con el autoconcepto

Por otra parte, la autoestima, es otra forma de juicio personal que está constituida por una evaluación subjetiva de la información objetiva que cada uno utiliza para describirse. La valoración de la autoestima puede de igual forma ser positiva o negativa, ésta se va construyendo a partir de la percepción de las personas cercanas o significativas. La relación de la autoestima con el autoconcepto no es de igualdad de significados, sino que el autoconcepto parte de todas las características que van formando a la persona a través de los años, y que conforme estos pasan, el autoconcepto en formación se hace más realista, por lo tanto la autoestima está más relacionada con la evaluación que se hace del autoconcepto en un ámbito emocional. (Moreno; Ángel, Castañeda, Castelblanco, López y Medina, 2011).

En la edad escolar, los padres y profesores tienen un grado alto de influencia en la autoestima de los niños, ya que en ciertas situaciones sirven de modelo de actuación ante situaciones específicas, o de expresión, modelos en cuanto a cómo afronta ciertos problemas, y los sentimientos quizá que derivan de los mismos. Los mensajes que los padres y profesores puedan transmitir a los niños mensajes muy importante para ellos que pueden interpretar como juicios, estos mensajes pueden ser intencionados o no, de manera verbal o no verbal. A esta edad también, es importante las relaciones de amistad, por lo que los juicios emitidos por sus pares (niños de su edad) son de gran importancia y afectación para ellos, la amistad les ayuda a sentirse bien consigo mismos, y también es probable que un niño que tiene un autoestima alta se le facilite hacer amigos. (Márquez, 2011).

Los niños con obesidad, como anteriormente se revisó padecen de cierto rechazo social, lo cual en algunos casos los hace niños solitarios, o con problemas de autoestima, ya que el ser rechazados por sus compañeros de la escuela, influye en sus pensamientos y sentimientos, y estos últimos sobre sí mismo cambian, y comienzan a ser niños inseguros y de inestabilidad social. (Cava y Ochoa, 2001).

Las afectaciones de una baja autoestima en los niños de edad escolar, son diversas, Márquez (2011) señala algunas de ellas, en primera instancia, el niño puede tender a una actitud crítica desmesurada, de sí mismo, lo que impide que

pueda sentirse satisfecho con el resultado de su esfuerzo. Se suele tener una actitud perfeccionista, lo que puede traer consigo sentimientos de insatisfacción al no realizar las cosas con el ideal sumamente perfecto, esto comúnmente se acompaña de sentimientos de angustia y frustración. La indecisión crónica, resulta de un miedo exagerado a equivocarse, lo cual en algunas ocasiones priva al niño de realizar algunas actividades. También se tiende a tener deseos exagerados de complacer a los demás, lo que acompaña a la idea de que su valoración personal depende de terceras personas, en este caso, el maltrato no tiene consecuencias, los niños que lo sufren suelen quedarse callados, pues no hacen valer sus opiniones o sus derechos, por no creerse merecedores de un mejor trato, también ante los deseos de los demás no suelen tener respuestas negativas, por miedo al rechazo o a ser lastimados física o emocionalmente. Se tiene una actitud inhibida y poco sociable, esto debido al sentimiento de poca valía, al sentirse menos, y con miedo a mostrar lo que son ante los demás, por ello muchas veces se prefiere pasar desapercibido en situaciones sociales. La baja autoestima provoca un estado de ánimo de tristeza, ocasionado por sentimientos de incapacidad, soledad, fracaso y desesperanza ante el éxito escolar, o ante el reconocimiento de valía por parte de la familia, o seres cercanos. En algunas ocasiones, también la baja autoestima ocasiona comportamientos agresivos, por consecuencia de la insatisfacción propia, los niños con pseudoautoestima se caracterizan por esta personalidad, la pseudoautoestima es una baja autoestima encubierta, es decir, ante los demás se trata de parecer seguro de sí mismo, por lo cual erróneamente, se abusa de los derechos de los demás con prácticas de insultos, burla, golpes, etc.

Para concluir, Mejía, Pastrana y Sánchez (2011), señalan que la autoestima se ha definido como el concepto del que nos valemos personalmente, que involucra todos nuestros sentimientos, pensamientos, actitudes y experiencias de nuestra vida. Correlacionándose así las evaluaciones, experiencias e impresiones, para formar un sentimiento positivo de nosotros mismos o por el contrario, un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos ser.

## Depresión infantil

Durante mucho tiempo el término de la depresión infantil no existía, pues se pensaba que sólo era propio de la edad adulta, sin embargo desde hace 30 años, se reconoce que los niños también pueden padecerla. La depresión, puede definirse como Una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes. Las personas deprimidas se sienten apáticas y sin deseos de atender sus necesidades físicas., esto mismo da lugar a que la depresión se postergue por mucho más tiempo (Duarte y Rubio s/f).

La depresión puede afectar los hábitos alimentarios, el periodo del sueño, y la autoestima. El episodio depresivo puede tener repercusiones en el ámbito social, laboral o personal de la persona, centrando el problema a la población infantil, la depresión afecta en su crecimiento, hay un bajo rendimiento escolar, aislamiento social, baja autoestima, tristeza frecuente, dificultad para concentrarse, desórdenes alimenticios y en los ciclos de sueño alteraciones en el peso y en menor medida, ansiedad, fatiga y trastornos de eliminación (enuresis y encopresis) (Acosta, Mancilla, Corea, Saavedra, Ramos, Cruz y Duran, 2011 y Loubat, Aburto y Vega, 2008).

De acuerdo al DSM IV las personas deben experimentar por lo menos cinco de los siguientes síntomas. En un periodo de dos semanas, los cuales deben presentarse casi diario, la mayor parte del día. La persona debe experimentar cambios de apetito o peso, trastornos de sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o planes o intentos suicidas. (Acosta et al. 2011).

Aguilar (2002) citado en Cuervo, Izzedin (2007) divide los factores relacionados con la aparición de la depresión como personales y ambientales. Los factores personales como la personalidad o el temperamento, la introversión, entre otros y los factores ambientales como la separación de los padres, depresión en los padres, cambios de la vida diaria, enfermedades, hermanos con problemas, conflictos familiares, exceso de expectativas paternas, accidentes, fracaso escolar, falta de competencias sociales, dificultades emocionales- afectivas con el género, abuso y maltrato infantil.

Loubat, et al. (2008) realizaron una investigación con psicólogos clínicos del COSAM (Chile) para ahondar en el tema de la depresión infantil y conocer más a fondo las causas y consecuencias de la misma, así como la frecuencia con que la padecían los niños

Las áreas afectadas que menciona la mayoría de los encuestados a consecuencias de la depresión infantil fueron las siguientes; Rendimiento académico: 94,44% refiere que existe una disminución en el rendimiento escolar. Área social: 83,33% hace referencia a que los niños con depresión se aíslan de su grupo de pares, ello, muchas veces a causa del rechazo y poca comprensión del medio hacia ellos, producto de sus conductas disruptivas; Área familiar: 66,66% de los profesionales señalan que la dinámica familiar se ve afectada, debido a los cambios de conducta que el niño manifiesta y a que los padres no son capaces de comprender esta sintomatología, reaccionando con críticas y hostilidad hacia el menor.

La depresión infantil (González, 2016) tiene cierta relación con los niños que padecen obesidad, pues los niños en este caso de edad escolar, no expresan de manera comprensible sus sentimientos, o no lo hacen por miedo al regaño de parte de sus padres y/o maestros, incluso se llega a decir que a causa de esta represión de sentimientos conlleva a atracones de comida por ansiedad en algunos niños. También se observa disminución de deseos de jugar o salir a realizar actividades al aire libre, manteniéndose en sedentarismo continuo y esto por consecuencia puede ocasionar el aumento de la obesidad, generándose así un círculo vicioso entre la depresión y la obesidad. Con consecuencias en el niño de falta de desarrollo social y falta de madurez emocional, corriendo el riesgo de continuar con obesidad hasta la vida adulta.

González (2016) realizó una investigación para comprobar si en niños con obesidad había mayor depresión o tendencia a, que en niños con peso normal, sus resultados arrojan que si existe un alto grado de depresión en niños obesos, y que el promedio de edad en el que hay una mayor tendencia a desarrollarla es a los 10 años, siendo el sexo femenino el más afectado.

La depresión infantil se puede diagnosticar a través de diversos instrumentos o escalas de medición. La utilidad de estos instrumentos recae en que el niño por sí mismo no comunica que está deprimido, debido a que

presentará una serie de sentimientos, emociones y/o conductas que ni los mismos adultos que lo rodean podrán saber con certeza que tiene depresión.

Los siguientes son algunos instrumentos de medición validados que pueden aplicárseles a niños (Calleja, 2011).

**Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para peri-púberes.** Autores: Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque y Chartt-León (1999). Versión original de Radloff, 1977

Evalúa el nivel actual de sintomatología depresiva. además de proporcionar una clasificación categórica es de breve y de fácil aplicación, mediante entrevista o autoinforme. Los factores de análisis son:

Afecto negativo (7). Afecto positivo (4). Quejas somáticas (4). Interpersonal (5)

**Escala de depresión para niños (CDS).** Autores: Cruz, Morales y Ramírez (1996). Basado en Lang y Tisher, 1978

Compuesto por 66 afirmaciones que van de *Muy de acuerdo* (5) a *Muy en desacuerdo* (1),

Fue validado con 1250 niños y niñas de 8 a 14 años, que cursaban entre el 3o. y el 6o. grados de primaria. Evalúa la depresión del niño, que es definida como la respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental, problemas psicosomáticos, preocupación por la muerte o ideas suicidas e irritabilidad. Pide respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas. . El CDS tiene implicaciones terapéuticas, ya que facilita la apertura y expresividad de los niños que tienen dificultades para verbalizar sus experiencias o sentimientos.

**Inventario de depresión en niños C.D.I.** Fue creado, validado y estandarizado por Maria Kovacs (1977) con el fin de realizar un test de autoinforme para la identificación de síntomas depresivos en niños entre los 7 y 17 años, cuenta con 27 preguntas, clasificadas de 0 (ausencia de la característica) a 2 (presencia total). Sumando un total de 54 puntos. Tiene 5 factores: Estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, ineficacia anhedonia (ineficacia para experimentar placer) y autoestima negativa.

La depresión infantil es un tema presente en estos días, aunque años atrás se pensaba que sólo era padecimiento de adultos, Portí (2006) menciona que fue hasta 1975 que se acepta como tal el concepto de depresión infantil, por el National Institute of Mental Health, esto abre el panorama a mayor investigación y concientización por el tema., en lo que respecta a la relación de la depresión y la obesidad infantil, los niños se deprimen por la valoración negativa que la sociedad hace de la persona obesa, lo que resulta en un rechazo de los demás niños, por otro lado, también sufren depresión en algunos casos, por la pobre imagen que tienen de sí mismos, lo cual trae consecuencias como sentirse inferiores, y aislarse de los círculos sociales (Portí, 2006). Por lo anterior, es sumamente importante prestar atención a los niños, estar en constante comunicación y atender cualquier cambio de conducta.



## JUSTIFICACIÓN

México es un país con gran problemática de obesidad infantil y adulta. Los estereotipos de los medios de comunicación, incluyéndose revistas, son en gran medida la causa de que, aparte de tener complicaciones de salud sea preocupante a nivel psicológico. En este contexto una persona con altos niveles de grasa corporal no es alguien atractivo o atractiva para una relación de pareja o incluso para relaciones de amistad. También los niños hacen este tipo de análisis y elecciones influidas por el peso.

Los daños psicológicos afectan la percepción de uno mismo, y se ha demostrado en las revisiones bibliográficas anteriores que la inferioridad, la depresión, y las humillaciones que las personas con este padecimiento reciben, disminuyen constantemente su autoestima, afectando principalmente sus relaciones sociales. Al ser la escuela donde se comienzan a integrar los círculos sociales, los niños con obesidad encuentran en ella algo aversivo, en cuestiones sociales, pues son fuente de burlas, incluso a veces de maltrato ya sea físico o psicológico, teniendo como consecuencia el acoso escolar, el cual puede tener consecuencias graves como suicidios a corta edad, antes de intervenir se debe conocer cómo los niños se perciben a sí mismos por ello el propósito del presente trabajo es investigar cómo los niños y niñas perciben su cuerpo, ante ellos mismos y ante los demás.

### **Pregunta de investigación**

¿El estereotipo de delgadez en México tiene repercusión en la propia percepción del cuerpo en una muestra de niños y niñas de 10- 12 años?

**Objetivo general:** Analizar las diferencias en la percepción de la propia imagen corporal en niños con obesidad y peso normal de sexto año de primaria.

**Hipótesis general:** Los niños y niñas con obesidad tendrán más percepciones negativas de la propia imagen corporal en comparación con los niños y niñas de peso normal.

**Hipótesis nula:** Los niños y niñas con obesidad no tendrán más percepciones negativas de la propia imagen corporal en comparación con los niños y niñas de peso normal.

### **Objetivos particulares**

- Examinar la conformidad que tienen con su cuerpo los niños y niñas de sexto año de primaria.
- Conocer algunos problemas que enfrentan niños y niñas de quinto y sexto año de primaria debido a su imagen corporal.
- Examinar si existen diferencias ante la percepción propia del cuerpo entre niños con obesidad y los de IMC normal.
- Analizar las diferencias entre niños y niñas ante la conformidad con su cuerpo.

### **Hipótesis particulares.**

- No todos los niños y niñas estarán en su totalidad conformes con su cuerpo.
- De los problemas más comunes de inconformidad serán problemas de imagen corporal.
- Entre mayor sean el IMC más inconformes están con su imagen corporal.
- Las niñas serán las que tengan mayor inconformidad con su cuerpo.

### **Variables independientes atributivas:**

Sexo: distinción anatómica referida a la dicotomía entre ser hombre o mujer.

Edad: variable de tiempo referida de la fecha de nacimiento al momento de la investigación, se mide en años.

Escolaridad: se refiere al número de años que el alumno ha cursado en la escuela, se mide de acuerdo al año que se éste cursando al momento de la entrevista.

### **Variables dependientes:**

Obesidad. Excesiva acumulación de grasa de acuerdo a las medidas del IMC.

**Diseño:** Investigación de corte transversal.

**Participantes:** Se integraron para la muestra dos escuelas de la CDMX: Enrique Vázquez Islas, de turno completo y Japón, específicamente turno matutino. La muestra total fue de 89 participantes 36 niñas y 53 niños de ambas escuelas.

**Material:** Escala B.S.Q para evaluar imagen corporal, una báscula, cinta métrica, formato de Excel para calcular IMC proporcionado por la escuela Enrique Vázquez Islas. Se trabajó con el Programa SPSS versión 22 en español

**Escenario:** Se aplicó la escala en dos escuelas de la Ciudad de Mexico, ambas en la delegación Gustavo A Madero: la escuela primaria pública de tiempo

completo Prof. Enrique Vásquez Islas y la escuela primaria pública Japón en el turno matutino, aplicando en ambas únicamente a los grupos de 6° año.

**Escala BSQ:** El Body Shape Questionnaire fue diseñado en 1987 por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn es un instrumento formado por 34 items que miden insatisfacción corporal y preocupación por el peso. Es autoaplicable y tiene una escala tipo Likert de seis puntos que van desde nunca hasta siempre (1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = A veces, 4 = A menudo, 5 = Muy a menudo, 6 = Siempre). En esta investigación se utilizó el BSQ adaptado de la versión española por Aceves (2011) cuyo puntaje mínimo es de 0 y máximo de 204 puntos, entre mayor puntaje mayor insatisfacción corporal (Anexo 1).

**Procedimiento:** Se solicitó el permiso para aplicar los instrumentos de evaluación a los grupos de 6° año en la escuela primaria de tiempo completo Prof. Enrique Vásquez Islas y en la escuela primaria Japón turno matutino (Anexo 2), ambas de la Ciudad de México, en la delegación Gustavo. A. Madero, posteriormente ya con el permiso otorgado, se pidió a los padres que firmaran el consentimiento informado si es que estaban de acuerdo en que su hijo o hija participara en la investigación, una vez que los consentimientos fueron entregados, se procedió a aplicar el BSQ a los niños y niñas de 6° año de primaria, pesándolos y midiéndolos previamente; se aplicó el BSQ a todos los niños y niñas con consentimiento firmado sin excepción, hayan o no obtenido un IMC con obesidad. La investigación se dividió en tres fases:

**Fase 1:** Se ofreció una plática introductoria para informar a padres y docentes el objetivo de investigación, así mismo para que los padres analizaran si autorizaban o no la participación de su hijo(a).

**Fase 2:** Se pesó y se midió a todos los niños y niñas con consentimiento firmado, para poder aplicar el BSQ.

**Fase 3:** Una vez obtenidos los resultados se procedió a dar una conferencia con apoyo de nutriólogos en las primarias donde se aplicó el instrumento para dar a conocer lo obtenido en las encuestas y dar información sobre prevención y manejo de la obesidad infantil.

#### **Apartado estadístico**

Para procesar los datos se recurrió al programa SPSS versión 22, utilizándose la prueba Alfa de Cronbach para analizar la fiabilidad del instrumento BSQ, prueba t de student para observar si las varianzas son significativas, así

como para conocer la asociación entre las variables. También se utilizó la chi cuadrada, para la medición de frecuencias.

## RESULTADOS

La muestra total fue de 89 niños y niñas por ambas escuelas, en la Enrique Vázquez Islas participaron 52 y en la Japón se contó con 37 participantes (Ver Tabla 7).

**Tabla 7**

*Total de participantes por escuela.*

	Escuela	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Enrique Vázquez Islas	52	58.40%
	Japón	37	41.60%
	Total	89	100%

*N= 89*

Para medir la consistencia interna del B.S.Q se aplicó la prueba Alfa de Cronbach, que fue de  $\alpha=.93$  por lo cual, el instrumento tiene un grado alto de fiabilidad y existe una congruencia entre los ítems, así como en los dos factores, debido a que el Alfa de Cronbach del primer factor fue de  $\alpha=.83$  y del factor dos  $\alpha=.79$ .

### Informe

En la Tabla 8 puede observarse el informe por índice de peso, siendo el normal el de mayor porcentaje (45%) seguido de delgadez aceptable (29%), mientras que en la categoría delgadez extrema sólo se encuentra el 9% de la muestra, en pre obesidad el 10% y el índice de obesidad se observa con un porcentaje menor, con sólo el 7% del total de la muestra.

**Tabla 8**

*Informe del total de participantes por categoría del IMC*

IMCC	Media	N	Desv. típ.
Delgadez extrema	49	8 (9%)	13.34
Delgadez aceptable	53	26 (29%)	18.38
Normal	59	40 (45%)	23.52
Pre obesidad	72	9 (10%)	27.50
Obesidad	59	6 (7%)	9.23
Total	58	89 (100%)	21.49

*N= 89*

Al analizar por separado ambas escuelas, se observa que el 42% del total de la muestra en la Enrique Vázquez Islas presentan peso normal, el 38% delgadez aceptable y sólo el 4% presenta obesidad, teniendo un 6% en riesgo con pre obesidad, mientras que en la Japón el 49% de la muestra presentan un peso normal, el 16%

delgadez aceptable y el 11% presentan obesidad, teniendo en riesgo el 16% con pre obesidad (Ver Tabla 9).

**Tabla 9**

*Total de participantes por categoría del IMC*

Escuela	IMCC							Total
	Delgadez extrema	Delgadez aceptable	Normal	Pre obesidad	Obesidad			
Enrique Vázquez Islas	Sexo	Femenino	2 (9%)	9 (41%)	10 (45%)	1 (5%)	0 (0%)	22 (42%)
		Masculino	3 (10%)	11 (37%)	12 (40%)	2 (7%)	2 (7%)	30 (58%)
	Total		5 (10%)	20 (38%)	22 (42%)	3 (6%)	2 (4%)	52(100%)
Japón	Sexo	Femenino	1 (7%)	3 (21%)	5 (36%)	4 (29%)	1 (7%)	14 (38%)
		Masculino	2 (9%)	3 (13%)	13 (57%)	2 (9%)	3 (13%)	23 (62%)
	Total		3 (8%)	6 (16%)	18 (49%)	6 (16%)	4 (11%)	37 (100%)
Total	Sexo	Femenino	3 (8%)	12 (33%)	15 (42%)	5 (14%)	1 (3%)	36 (40%)
		Masculino	5 (9%)	14 (26%)	25 (47%)	4 (8%)	5 (9%)	53 (60%)
	Total		8 (9%)	26 (29%)	40 (45%)	9 (10%)	6 (7%)	89 (100%)

Nota: Porcentaje en relación al total por escuela

Utilizando la prueba *t* de student para la diferencia de medias, no se encuentran diferencias significativas en el total de la muestra. Al revisar cada reactivo, se observan diferencias en los reactivos 13 “Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, o mantienes una conversación)?”  $t(87) = 2.53$ ,  $p = .013$ . Reactivo 22 “¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?”  $t(87) = 2.41$ ,  $p = .018$ . y el reactivo 20 “¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?”  $t(87) = -1.87$ ,  $p = .065$ ) éste último no es significativo pero se encuentra en una diferencia marginal (Ver Tabla 10).

**Tabla 10**  
*Prueba t de student por ítem*

Ítem	Sexo	N	Media	t	p
1 Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	Femenino	36	2.06	.265	.791
	Masculino	53	1.98		
2 ¿Te has preocupado tanto por tu figura has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	Femenino	36	2.31	-.160	.873
	Masculino	53	2.36		
3 ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?	Femenino	36	1.44	-.045	.964
	Masculino	53	1.45		
4 ¿Has tenido miedo a engordar?	Femenino	36	2.42	.059	.953
	Masculino	53	2.4		
5 ¿Te ha preocupado que tus músculos no sean lo suficientemente firmes?	Femenino	36	1.92	-	.620
	Masculino	53	2.06		
6 Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	Femenino	36	1.89	-.778	.438
	Masculino	53	2.11		
7 Te has sentido mal con tu figura que has llegado a llorar?	Femenino	36	1.39	.955	.342
	Masculino	53	1.21		
8 ¿Has evitado correr para que tu cuerpo no botara?	Femenino	36	1.17	-	.430
	Masculino	53	1.30		
9 Estar con chicos o chicas delgados/as ¿te ha hecho fijar en tu figura?	Femenino	36	1.75	.151	.881
	Masculino	53	1.72		
10 ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	Femenino	36	1.89	1.21	.229
	Masculino	53	1.57		
11 El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gordo o gorda?	Femenino	36	1.17	-	.080
	Masculino	53	1.49		
12 El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gordo o gorda?	Femenino	36	1.81	.917	.362
	Masculino	53	1.60		
13 Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, o mantienes una conversación)?	Femenino	36	1.39	-	.013*
	Masculino	53	2.00		
14 Estar desnudo/a (por ejemplo, cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	Femenino	36	1.67	.518	.606
	Masculino	53	1.55		
15 ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	Femenino	36	1.69	.351	.728
	Masculino	53	1.60		
16 ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	Femenino	36	1.33	-	.519
	Masculino	53	1.47		
17 Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	Femenino	36	1.64	-	.515
	Masculino	53	1.79		

Tabla10 (continuación)

Ítem	Sexo	N	Media	t	P
18 ¿Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	Femenino	36	1.31	-.801	.425
	Masculino	53	1.51		
19 ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?	Femenino	36	1.28	1.17	.241
	Masculino	53	1.47		
20 ¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	Femenino	36	1.36	-1.87	.065*
	Masculino	53	1.79		
21 Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	Femenino	36	1.97	-.563	.575
	Masculino	53	2.15		
22 ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	Femenino	36	1.64	-2.41	.018*
	Masculino	53	2.42		
23 ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?	Femenino	36	1.64	-.435	.664
	Masculino	53	1.75		
24 ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?	Femenino	36	1.69	-.145	.885
	Masculino	53	1.74		
25 Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	Femenino	36	1.17	-.656	.514
	Masculino	53	1.25		
26 ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	Femenino	36	1.03	-1.14	.257
	Masculino	53	1.15		
27 Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en el autobús)?	Femenino	36	1.44	-.253	.807
	Masculino	53	1.49		
28 ¿Te ha preocupado que tu cuerpo tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	Femenino	36	1.53	1.71	.090
	Masculino	53	1.19		
29 Verte reflejado/a en un espejo ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	Femenino	36	1.81	.175	.862
	Masculino	53	1.75		
30 ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tienes?	Femenino	36	1.92	.702	.919
	Masculino	53	1.89		
31 ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios de piscinas o duchas)?	Femenino	36	1.47	-1.00	.316
	Masculino	53	1.72		
32 ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgado/a?	Femenino	36	1.00	-1.35	.180
	Masculino	53	1.17		
33 ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	Femenino	36	1.53	.597	.552
	Masculino	53	1.43		
34 La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	Femenino	36	3.14	-.427	.670
	Masculino	53	3.32		



La factorización del BSQ, de acuerdo a Vázquez, Galán, López, Álvarez, Mancilla, Caballero, y Unikel (2011), se divide en dos; Factor 1: Malestar corporal normativo, que es aquella inconformidad que presenta la mayoría de las personas hacía algún rasgo de su cuerpo y esto no afecta su vida cotidiana. Factor 2: Malestar corporal patológico, este malestar rebasa ya la normatividad del primero, debido a que existen conductas de riesgo evocados por la insatisfacción corporal.

Usando la prueba t de student (Tabla 11) se obtuvo una  $t(87) = -.648$ ,  $p = .519$  entonces la hipótesis general que afirma que los niños y niñas con obesidad tendrían más percepciones negativas sobre su imagen corporal, que los niños y niñas con peso normal, se rechaza. Con el objetivo de conocer si la hipótesis particular que afirma que de los problemas más comunes de inconformidad serán los problemas de imagen corporal se aplica la t de student obteniéndose una  $t(87) = -.685$ ,  $p = .495$ , encontrando que el factor 1 (Malestar corporal normativo) fue más alto en hombres que en mujeres.

Para comprobar la hipótesis donde se afirma que las niñas serán las que tengan mayor inconformidad con su cuerpo, se rechaza al observar que la media en el puntaje total del BSQ fue mayor la de los hombres, 58.85 en comparación al 55.83 de las mujeres, al observar las medias por reactivo se encuentran en la mayoría de ellos una media más alta en hombres que en mujeres (Ver Tabla 11).

**Tabla 11**

*Prueba t de student por sexo, de los factores del BSQ*

Resultados	Mujeres n=36	Hombres n=53	t	P
Total BSQ	55.83	58.85	-.658	.519
Factor 1	20.19	21.51	-.685	.495
Factor 2	11.00	12.25	-1.129	.262

En la Tabla 12 se observa que la categoría, con la media más alta del factor 1 y 2 corresponde a preobesidad seguida por los que obtuvieron un IMC normal, rechazando así la hipótesis particular en donde se afirma que los niños y niñas con obesidad serán los más inconformes con su imagen corporal.

**Tabla 12**  
*Media con base al IMCC*

IMCC	Media		
	Total BSQ	F1	F2
Delgadez extrema	49.00	17.38	10.75
Delgadez aceptable	53.35	19.19	10.96
Normal	58.80	21.60*	12.23*
Pre obesidad	71.56	26.44*	12.56*
Obesidad	59.00	21.17	12.00
Total	57.63	20.98	11.74

Con base al puntaje del BSQ se realizaron cuatro clasificaciones relativas al grado de insatisfacción corporal: de 0-68 puntos la insatisfacción de la imagen corporal es leve, de 69-102 moderada, de 103-136 media y de 137-204 la insatisfacción corporal es alta. Como puede observarse en la siguiente tabla en el 79% de los niños la insatisfacción corporal es leve, el mayor porcentaje en esta categoría corresponde a los de IMC normal (36%), siguiendo con un 24% los de delgadez aceptable, delgadez extrema y preobesidad presentan porcentajes de 7 y 8% respectivamente, y con sólo 4% los de obesidad.

En insatisfacción moderada se tiene sólo el 16% del total de la muestra, encontrando el mayor porcentaje en los que presentan IMC normal (7%), seguido por delgadez aceptable (4%) el 2% corresponde a obesidad y preobesidad y delgadez extrema poseen el mismo porcentaje (1%).

Con insatisfacción media, donde ya se rebasan los 103 puntos el 2% representa a los de IMC normal, preobesidad muestra el mismo porcentaje 2% y delgadez aceptable obtiene sólo 1% finalizando con un total de 6% en esta categoría. No se presentó ningún caso con insatisfacción corporal alta (Ver Tabla 13).

**Tabla 13**  
*Participantes por categoría de puntuación del BSQ*

Grupo BSQ	IMC											
	Delgadez extrema		Delgadez aceptable		Normal		Preobesidad		Obesidad		Total	
Leve	7	(8%)	21	(24%)	32	(36%)	6	(7%)	4	(4%)	70	(79%)
Moderado	1	(1%)	4	(4%)	6	(7%)	1	(1%)	2	(2%)	14	(16%)
Medio	0	(0%)	1	(1%)	2	(2%)	2	(2%)	0	(0%)	5	(6%)
Total	8	(9%)	26	(29%)	40	(45%)	9	(10%)	6	(7%)	89	(100%)

*Nota:* porcentaje en relación al total de la muestra.

Al comparar los grupos por sexo encontramos que los hombres tuvieron puntajes más altos en toda la escala, (M= 58.85, D.E.= 21.6) en comparación con las mujeres, (M= 55.83 D.E. 21.37) estas diferencias no son estadísticamente significativas  $t(87) = .658$ ,  $p = .519$ .

Al relacionar el IMC con la variable de sexo, usando una chi cuadrada, se obtiene una relación no significativa ( $\chi^2 = 2.786$ ,  $p = .594$ ) por lo que se concluye que no existe una relación causal entre el sexo y el IMC (Ver Tabla 14).

**Tabla 14**  
*Prueba chi cuadrada para IMC de ambos sexos*

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.786 <sup>a</sup>	4	.594
Razón de verosimilitudes	2.941	4	.568
Asociación lineal por lineal	300	1	.584
N de casos válidos	89		

## DISCUSIÓN

El objetivo general del presente trabajo fue analizar las diferencias en la percepción de la propia imagen corporal en niños y niñas con obesidad y peso normal, de sexto año de primaria, por lo cual se aplicó el BSQ (diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) en dos escuelas públicas de la Ciudad de México. En ambas escuelas se aplicó el cuestionario a niños y niñas que previamente hubieron firmado sus padres el consentimiento informado, posteriormente se les tomó la talla, el peso y al siguiente día se aplicó el cuestionario.

Al tomar las medidas se observaron diversas diferencias en cuanto a peso y talla, en ambas escuelas predominan los niños y niñas con delgadez aceptable y peso normal. En cuanto a preobesidad y obesidad son menores los casos de dichos índices, siendo la escuela Japón en la que hubo mayores casos, sin embargo no los suficientes para alarmarse. Por su parte en la Enrique Vázquez Islas los casos de preobesidad predominan en los niños así como la obesidad. En la Japón la preobesidad es mayoritaria en las niñas pues el 67% del total de niños y niñas con este índice son del sexo femenino, mientras el 33% son del sexo masculino. Esta condición se revierte en la obesidad pues en este índice el 75% (tres niños) del total (cuatro) de niños y niñas con obesidad son del sexo masculino, mientras sólo el 25% (uno) corresponde a las niñas.

Diversos posibles factores podrían explicar nuestros hallazgos. Algunos de ellos son: el género, la activación física, los alimentos que se consuman al estar en la escuela y la imagen corporal. Las escuelas en donde se aplicó el BSQ tenían diferencias; en la primaria Enrique Vázquez Islas a los niños y niñas se les imparte diariamente educación física y es de turno completo, por lo que también cuentan con comedor, en cambio, en la Japón se imparte a los alumnos y alumnas sólo un día de la semana educación física y el horario es normal. (Las clases terminan a las 12.30 en horario matutino).

Los anteriores posibles factores pueden explicar que los casos de obesidad sean mayores en la Japón, pues falta mayor actividad física y quizá la existencia de una hora de comida ayuda a tener mayor disciplina alimentaría en cuanto a cantidad, calidad y horarios. Lo anterior, demuestra la importancia de contar con el espacio para tener una hora fija de comida, y cómo aunque las dos escuelas

pertenezcan a la CDMX, el factor comedor las puede hacer diferentes. Enseguida se discutirán los resultados del BSQ con apoyo de las hipótesis particulares.

Respecto a la primera hipótesis “no todos los niños y niñas estarían en su totalidad conformes con su cuerpo”, esta hipótesis se válida parcialmente. Con base a los resultados obtenidos del inventario BSQ se observa que la mayoría de los participantes tienen puntajes por debajo de la media. Siendo los participantes de las categorías delgadez aceptable y normal los que tienen menores puntajes. Los de delgadez extrema también muestran puntajes por debajo de la media, por lo que se induce la conformidad con su imagen corporal. Sin embargo, los participantes con preobesidad, mostraron los puntajes más altos aún por debajo de la media, mientras que los participantes con delgadez extrema y obesidad también mostraron puntajes bajos del inventario BSQ, por lo que se deduce que están menos preocupados de su imagen corporal. Esto es un factor preocupante respecto a los participantes con obesidad ya que al presentar conformidad con su imagen corporal se tendría cierta dificultad para aceptar el cambio hacía conductas saludables, como alimentación, activación física, o alguna otra actividad que pueda realizar para mejorar su salud y poder bajar de peso.

La segunda hipótesis afirmaba que los problemas más comunes de inconformidad serán problemas de imagen corporal. Esta también se acepta parcialmente debido a que el factor uno, que hace referencia al malestar corporal normativo, obtuvo una media en niños y niñas mayor, en contraste con el factor dos, referente al malestar patológico, que refiere a conductas que ponen en riesgo la salud de la persona por tratar de bajar de peso o cambiar algo que no les guste de su cuerpo, con una media más baja tanto en niños como en niñas, siendo los niños en ambos factores los de la media más alta.

No se puede expresar totalmente la validación de la hipótesis porque los factores difieren en la cantidad de reactivos; el primero factor consta de 10 reactivos, mientras que el segundo factor sólo consta de 8.

En cuanto a la afirmación de que las niñas serían las más inconformes con su cuerpo se rechaza, debido a que la media más alta en el total del BSQ la obtuvieron los niños ( $M= 58.85$ ). Al rechazar esta hipótesis se difiere con los resultados obtenidos en la investigación de Trejo, Castro, Facio, Molinedo, Valdez (2010), quienes utilizaron también el BSQ en adolescentes de 12-15 años, los resultados obtenidos manifestaron que las mujeres presentan mayor insatisfacción que los

hombres. También difieren con los de Benjet (1999), quien en su investigación utilizó una muestra de niños y niñas de 9 a 15 años, donde las mujeres obtuvieron mayor sintomatología depresiva y una imagen corporal más negativa que los hombres.

No obstante se coincide con el estudio de Arellano (2003), quien tampoco encontró diferencias significativas entre niños y niñas al comparar la insatisfacción de la imagen corporal, pues ambos sexos estaban insatisfechos. En un estudio a fin de investigar más acerca de la imagen corporal en varones, Gómez, Guzmán, Platas y Lazo (2013) observaron que del 73% de una muestra de adolescentes entre 9 y 12 años mostraban insatisfacción con su imagen corporal.

Con lo anterior se comprueba que aunque es menor la bibliografía y los estudios que demuestran que los hombres manifiestan mayor insatisfacción de su imagen corporal respecto a las mujeres, sí existen resultados similares al de esta investigación.

La cuarta y última hipótesis afirma que entre mayor sean el IMC más inconformes estarán con su imagen corporal, también se rechaza ya que los niños con obesidad presentan un puntaje total de BSQ de 59 mientras que los niños con preobesidad presentan una media de 72. Se observa una creciente constante en las categorías del IMC ya que delgadez extrema presentó una media de 49, delgadez aceptable de 53; normal, de 58; preobesidad 72 y en obesidad cambia esta constante pues la media cae a 59. Por ello no se puede afirmar que la inconformidad de la imagen corporal aumentó conforme al IMC.

Una vez revisadas las hipótesis particulares, se procede a rechazar la hipótesis general: Los niños y niñas con obesidad tendrán más percepciones negativas de la propia imagen corporal en comparación con los niños y niñas de peso normal. Y se acepta la hipótesis nula: Los niños y niñas con obesidad tendrán más percepciones negativas de la propia imagen corporal en comparación con los niños y niñas de peso normal. A continuación se realiza detalladamente los resultados por reactivos.

Al realizar un estadístico de grupo por cada reactivo, se obtiene una media de 2.00 de niños en comparación con 1.39 de niñas que contestaron al reactivo 13 “Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?”, una media en niños de 2.42 en comparación con la media de 1.64 de niñas en el reactivo 22 “¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la

mañana)?" y en el reactivo 20 "¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?" las medias de comparación de niños y niñas fueron de 1.79 y 1.36 respectivamente, con lo que se concluye que la mayoría de los niños respondieron afirmativamente a los anteriores reactivos. En el mismo estadístico comparando las medias de cada reactivo se comprueba que de 34 reactivos los niños obtienen en 21 la media más alta, y las niñas solamente en 13.

Como se ha revisado los niños son siempre los que obtienen los mayores puntajes, es decir los más inconformes de acuerdo al BSQ con su imagen corporal, aunque ninguno llegó a la categoría de insatisfacción alta, 3 niños y 2 niñas alcanzaron altos puntajes rebasando la media que es de 102 puntos. Los puntajes alcanzados fueron 109 de un niño con preobesidad, 115 un niño con delgadez extrema, 123 una niña con preobesidad, 129 una niña con peso normal y 133 un niño con peso normal. Esto da una idea de que sigue predominando el peso normal con altos puntajes mientras que obesidad no aparece rebasando la media del inventario BSQ. Un hallazgo importante fue que de los niños anteriores sólo una niña pertenece a la Japón y los cuatro restantes a la Enrique Vázquez Islas, resultando irónico pues anteriormente se revisó que esta escuela tiene menor incidencia de niños con obesidad.

Al tener mayor insatisfacción corporal en la Enrique Vázquez Islas, esto se convierte en una limitante de este estudio, ya que sólo se investigó el grado de insatisfacción corporal de acuerdo al IMC, para futuras investigaciones se podría considerar investigar detalladamente el porqué de la insatisfacción corporal en cada niño de la muestra, utilizando una escala con ese objetivo.

Así mismo se recomienda buscar otra población, niños de mayor o menor edad, que no estén en transición de etapas del crecimiento, con el fin de observar si existe mayor población con obesidad en ese tipo de muestras, o incluso si hay menos. El tipo de alimentación en casa también puede ser una variable importante a investigar ya que en este trabajo debido al objetivo planteado no se tuvo acceso a esta información. Los resultados obtenidos en esta investigación están con base al objetivo y las hipótesis planteadas en un principio, por ello en futuras investigaciones se invita a plantear objetivos que vayan de acuerdo a lo recomendado anteriormente. A continuación se detallan las conclusiones de esta investigación y de los resultados obtenidos y revisados anteriormente.

## CONCLUSIONES

La obesidad en México de acuerdo a las referencias bibliográficas que se revisaron para este trabajo, si es un grave problema de salud tanto en niños como en adultos, siendo los niños nuestra población de interés nos damos cuenta de los problemas no sólo físicos sino emocionales que trae como consecuencia la obesidad, esto no descarta que un adulto no tenga problemas emocionales, pero el interés de esta investigación fue observar y analizar como desde la niñez se van creando estereotipos de belleza, los cuales ya causan malestar en edades muy tempranas

A pesar de los artículos revisados y tomándolos como base para la creación de las hipótesis, la investigación no dio los resultados que se esperaban, concluyendo así con los siguientes puntos.

Los niños y niñas con obesidad presentan mayor satisfacción de la imagen corporal que los niños con preobesidad.

Los niños siempre tuvieron mayor insatisfacción que las niñas, esto fue igual en ambas escuelas.

Las niñas resaltaron mayor inconformidad con su imagen, en preguntas relacionadas a la celulitis, la grasa acumulada en cadera y la imagen que su cuerpo proyecta hacía los demás (en un espejo, o en ropa ajustada), podrían seguirse estos casos, para dentro de cierto tiempo aplicar de nuevo la escala.

El ejercicio y el servicio de comedor con el que se cuenta en la escuela Enrique Vázquez Islas puede ser un factor protector importante para que exista un punto de comparación con la Japón pues en la primera se resalta el tener menos niños con obesidad.

Aunque los resultados no sean estadísticamente significativos y no se pueda hablar concretamente de un grado alarmante de insatisfacción corporal en el total de la muestra, si se puede analizar que los niños en cada reactivo reflejan cierta insatisfacción en datos específicos, como el aburrirse y pensar en su peso, o el tener miedo a engordar, o el estar constantemente revisando su cuerpo para notar cualquier aumento de peso.

Se concluye entonces, específicamente que en este trabajo la obesidad no tiene correlación con la insatisfacción de la imagen corporal, y además los niños son los más insatisfechos con su cuerpo que las niñas. Pero en ningún caso la insatisfacción de esta muestra resulta alarmante.



## REFERENCIAS

- Aceves, J. (2011) *Insatisfacción de la imagen corporal y autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria de la Ciudad de México* (Tesis de especialidad) Facultad de Medicina, México.
- Acevedo, B., García, S., Zárate, A. (2001) La obesidad: conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 44, 66-70.
- Acosta, T., Mancilla, J., Correa, M., Saavedra F., Ramos, J., Cruz, S., Duran N., (2011) Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo *Revista. Archivo de neurociencias*, 16, 20-25.
- Aguilar, G. (2002). *Problemas de la conducta y emociones en el niño normal. Planes de ayuda para padres y maestros*. 6ª Edic. México: Editorial Trillas.
- Albaroa, S. (2011) El lunch del recreo: rico, sano y barato. *Brújula de compra*, Procuraduría Federal del Consumidor.
- Alvarado, A.M., Guzmán, E y Gonzáles, M.T. (2005) Obesidad ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10, 417-428.
- Arellano, (2003) *Satisfacción con la imagen corporal y autoestima en niños y niñas de escuelas públicas*. (Tesis licenciatura) Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.
- Atalah, E, Gonzales. C (2011) Regulación de la publicidad televisiva de alimentos para prevenir la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de nutrición* 61, 296-299.
- Beade, A. (2009) Desayuno infantil, nutrirse no es lo mismo que comer. *Boletín electrónico Brújula de compra de Profeco*. Recuperado en [https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj\\_2009/bol136\\_desayuno\\_infantil.asp](https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2009/bol136_desayuno_infantil.asp).
- Benjet, C. (1999) *La menarca y la depresión, autoestima e imagen corporal de adolescentes mexicanas*. (Tesis doctoral) Facultad de Psicología, México D.F.
- Bourges, H. (Octubre 2001) La alimentación y la nutrición en México. *Revista Comercio Exterior*, 51, 897-904.

- Cabrera, A (2015, 27 de Agosto) México: Obesidad, sobrepeso y diabetes. *El universal*. Recuperado en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-datos/2015/08/27/mexico-obesidad-sobrepeso-y-diabetes>.
- Cava, M. J., & Ochoa, G. M. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54, 297-311.
- Chueca, M., Azcona, C. Oyarzábal (2002) Obesidad infantil. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 127-141.
- Cotti, A., Krochik, G., Evangelista, P., Cabrera, A y Buiras, A. (2015) Complicaciones de la obesidad infantil. En: *Obesidad: guías para su abordaje clínico*. Comité Nacional de Nutrición, Pp18-35.
- Cuervo, A., Izzedin, R. (2007) Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. *Revista Tesis Psicológica*, 2, 35-47.
- Dahlgren, G y Whitehead, M (1991), Stockholm: Institute for future studies. *Policies and strategies to promote social equity in health*
- Diario Oficial de la federación (2014, 15 Abril) Secretaria de Gobernación: México. Recuperado en:  
[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5340693&fecha=15/04/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5340693&fecha=15/04/2014)
- Duarte y Rubio, (s/f) *Depresión infantil*, Asociación Mexicana de Tanatología.
- Escuela Nacional de Estudios Superiores (2011) La obesidad y la sustentabilidad en México, 2011. Universidad Nacional Autónoma de México; León Gto. Recuperado en:  
[http://enes.unam.mx/?lang=es\\_MX&cat=sostenibilidad&pl=la-obesidad-y-la-sostenibilidad-en-mexico-parte-1](http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&cat=sostenibilidad&pl=la-obesidad-y-la-sostenibilidad-en-mexico-parte-1)
- Estrada, A; Chávez, J y Sánchez, J (2011) *La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional*. XII Congreso Internacional de teoría de la educación. Universidad de Barcelona.
- Fausto, J. Valdez, R. Alderete, M y López. M (2006) Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación en salud*, 8, 91-94.
- Fondo para la infancia de las naciones unidas (1999) *Salud y nutrición; el doble reto de la malnutrición y la obesidad* Recuperado en:  
<http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>

- Fondo para la infancia de las naciones unidas (2012) *Dona 1 día: los 1.000 días críticos*. Recuperado en <http://www.unicef.es/actualidad-documentacion/noticias/dona-1-dia-los-1000-dias-criticos>
- Galiano. M, Moreno. J (Octubre, 2010) *El desayuno en la infancia más que una buena costumbre*. Acta pediátrica: Madrid.
- García, N. (2010) Importancia del apoyo social en la problemática de la obesidad infantil .*Revista Calidad de Vida UFLO*. 1, 125-138.
- Gómez. P (2013) *Imagen corporal y orientación sexual, deseo de un modelo corporal masculino ideal*. México: Fénix.
- Gómez, P., Platas, S., Lazo, R., Guzmán, R., (2013). Imagen corporal y trastornos alimentarios en una muestra de hombres homosexuales En *Imagen corporal y orientación sexual. deseo de un modelo corporal masculino ideal*, 184-205.
- Gómez, F. (1946) Desnutrición. *Boletín médico del Hospital infantil de México*, 54, 543-551.
- González (2016) Relación entre obesidad y depresión infantil en población escolar. Tesis digital de especialidad en medicina familiar, División de estudios de posgrado, UNAM. Recuperado en <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/513217526/Index.html> Revisado el 12/10/2016
- Grandmontagne, A. G. (1998). *Psicología de la educación socio personal* Editorial Fundamentos; Madrid.
- Grantham. S (2005) Can the provision of breakfast benefit school performance? *Food and Nutrition Bulletin*, 26, 144-158.
- Griffiths, L J., Wolke, D., Page, A.S and Horwood, J.P (2005) Obesity and bullying: different effects for boys and girls, *Archives of Disease in Childhood*, 91, 121-125.
- Hassink, S. (2007) *Obesidad infantil. Prevención, Intervenciones y tratamiento en atención primaria*. Edit. Panamericana; España.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*; México
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*; México.

- Lechuga, J, Martinez, J. Novalbos, J, Rodriguez, A. Villagran, S. (2010) Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25, 823-831.
- López, G.E., Perea, A., Loredó, A. (2008) Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. *Acta Pediátrica Mexicana*, 29, 342-346.
- Loubat, M., Aburto, M., Vega, M. (2008) Aproximación a la depresión infantil, por parte de psicólogos que trabajan en COSAM de la región Metropolitana. *Revista. Terapia psicológica*. 26, 189-197. .
- Martínez, N. (2010, 23 Febrero) Obesidad infantil inicia en la escuela. *El universal*.
- Márquez, S. (2011) Desarrollo de la autoestima en niños en edad escolar, de 6 a 11 años. (Tesina de licenciatura en Psicología). Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Pedagogía.
- Moreno, A., Toro, L. (2009) La televisión mediadora, entre consumismo y obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 36, 46-52.
- Moreno, J., Ángel, A., Castañeda, B., Castelblanco, P., López, N., Medina, A. (2011). Autoestima en un grupo de niños de 8 a 11 años de un colegio público de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5, 155-162.
- Must, A and Strauss, R.S. (1999) Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 23, 2-11.
- Neil, K. y Kaneshiro, M.D (2014) Enfermedad de Blount, *Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.* Recuperado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001584.htm>
- “Obesidad Infantil”. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. <http://www.encyclopedia-infantes.com/site,/default/files/dossiers-complets/es/obesidad-infantil.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2010) *Recomendaciones Mundiales sobre actividad física para la salud*. Suiza.
- Olmedo, V. (2011) La obesidad un problema de salud pública. *Revista de divulgación científica Veracruzana*, 24 Recuperado en. <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol24num3/articulos/obesidad/>
- Organización Mundial de la Salud (Julio, 2013) *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, El papel de la escuela*. Recuperado en [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_schools/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_schools/es/)

- Organización Mundial de la Salud (Julio, 2013) *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, El papel de los padres*. Recuperado en [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_parents/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_parents/es/)
- Organización Mundial de la salud (Enero 2015) *Obesidad* Nota descriptiva N°311  
Recuperado en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud (Julio 2015) *Nutrición* Recuperado de:  
[http://www.who.int/nutrition/about\\_us/es/](http://www.who.int/nutrition/about_us/es/)
- Organización Mundial de la Salud (Octubre, 2015) *Temas de salud, Nutrición*  
Recuperado de: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- Pérez, E.C., Sandoval, M.J y Schneider, S.E (2008) Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Posgrado del 16 a Vía Cátedra de Medicina*, 179, 16-20.
- Portí, M (2006) *Obesidad Infantil* (2° edición) Buenos Aires, Argentina: Grupo Imaginador de Ediciones.
- Raich, R. M., Mora Giral, M., & Torras Clarasó, J. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología conductual*, 5, 55-70.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. N.York: International Universities Press
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2016) Escuelas de tiempo completo Recuperado de: <https://www.sistemas.hacienda.profecgob.mx/ptpsed/datosProgramaLlave.do?id=11S221>
- Sánchez, M (2013) *¿Cómo ves? La obesidad*, México: UNAM Dirección General de Publicaciones.
- Trejo, P., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F., y Váldez, G., (2010) Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de enfermería*, 26, 144-154.
- Urrejola. P (2007) ¿Por qué la obesidad es una enfermedad? *Revista Chilena de Pediatría*, 73, 421-423.
- .Vargas (2010) ¿Para qué sirven los estudios antropológicos sobre alimentación y nutrición? *Instituto de investigaciones antropológicas*, UNAM.

- Vázquez P., Olivares S., Santos J. (2008) Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil, *Archivos latinoamericanos de Nutrición*, 58, 249-255. Recuperado de: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez\\_p.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf?sequence=1)
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Álvarez, G., Mancilla, J., Caballero, A., y Unikel C. (2011) Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas, *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2, 42-52.
- Ventura, A.K., Savage, J.S., May, A.L., Leann, M.S., Birch (2005) Predictores Psicosociales, Familiares y Conductuales Tempranos de Sobrepeso y Obesidad Infantil, *Enciclopedia del desarrollo de la primera infancia*, 1, 7-15.

## ANEXO 1



## Cuestionario sobre la forma corporal (BSQ)

Tu participación en este cuestionario es completamente anónima, sin embargo por fines de la investigación es necesario que nos proporciones tus



EDAD	Años	
ESCUELA		
GRUPO:	6°	
GÉNERO	Masculino	Femenino

A continuación leerás algunas frases sobre pensamientos acerca de tu cuerpo, lee cada una de ellas y escoge la respuesta con la que mejor te identificas. Contesta sinceramente a cada

respuesta y recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2	¿Te has preocupado tanto por tu figura, que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura, demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?						
4	¿Has tenido miedo de engordar?						
5	¿Te ha preocupado que tus músculos no sean suficientemente firmes?						
6	Sentirte lleno/a después de una gran comida, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
7	¿Te has sentido mal con tu figura, que has llegado a llorar?						
8	¿Has evitado correr para que tu cuerpo no botara?						
9	Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?						
10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?						
11	El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
12	Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿las has comparado con la tuya?						
13	Pensar en tu figura, ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la T.V, lees o mantienes una conversación)?						
14	Estar desnudo/a (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16	¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
17	Comer dulces, pasteles, u otros alimentos con muchas calorías, ¿Te ha hecho sentir gordo/a?						
18	¿Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo, una						

	fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
		Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
19	¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeado/a?						
20	¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?						
21	Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho ponerte a dieta?						
22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (por ejemplo, por la mañana)?						
23	¿Has pensado que la figura que tienes es debido a la falta de tu autocontrol?						
24	¿Te ha preocupado que otra gente vea llantas alrededor de tu cintura y estómago?						
25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as?						
26	¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
27	Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?						
28	¿Te ha preocupado que tu cuerpo tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?						
29	Verte reflejado/a en un espejo, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?						
30	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tienes?						
31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?						
32	¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgado/a?						
33	¿Te has fijado en tu figura estando en compañía de otras personas?						
34	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?						

**¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!**



**ANEXO 2****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO SOBRE OBESIDAD INFANTIL Y SUS REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS**

Con el objetivo de analizar las diferencias en la percepción de la propia imagen corporal en niños con obesidad y peso normal de sexto año, en la primaria

Enrique Vázquez Islas, para el trabajo de investigación de tesis de psicología de la FES Iztacala, de la alumna Karina Jazmín Ramírez Medina No cuenta 412012002, se aplicará un cuestionario de imagen corporal en el mes de Noviembre del año 2016. Su participación es total mente voluntaria.

Yo(Nombre del responsable del niño/a), \_\_\_\_\_ responsable directo del niño(a) \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ años de edad, otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se le incluya como participante en el Proyecto de Obesidad infantil y sus repercusiones psicológicas, luego de que me han explicado y he comprendido en su totalidad la información sobre dicho proyecto. Entiendo que no habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de no aceptar la invitación, no haremos ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por la colaboración en el estudio, y se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración. Puedo solicitar, en el transcurso del estudio, información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del responsable: \_\_\_\_\_

Parentesco o relación con el alumno(a): \_\_\_\_\_

## PERMISO OTORGADO POR LA ESCUELA ENRIQUE VÁZQUEZ ISLAS



Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal  
 Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
 Coordinación Sectorial de Educación Primaria  
 Dirección de Educación Primaria Núm. 2 en el D. F.  
 ESC. "ENRIQUE VAZQUEZ ISLAS",  
 24-1029-250-00-x-016.  
 C.C.T. 09DPR2965C

Oficio: 094/2016-2017.

Asunto: SE INFORMA

Ciudad de México a 23 de noviembre de 2016.

**DRA. ALBA LUZ ROBLES MENDOZA**  
**JEFA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**  
**UNAM**  
**PRESENTE.**

Se informa que la **C. Karina Jazmín Ramírez Medina** con número de cuenta **41201202** realizó la aplicación de encuestas a todos los niños de este plantel con motivo de su Proyecto de Titulación por medio de Tesis Empírica titulado **"La obesidad infantil y sus repercusiones psicológicas en niños escolares"**, para lo cual tuvo el acceso y consentimiento de directivos, docentes y padres de familia.

Informo lo anterior a los 23 días del mes de noviembre de 2016 para los fines a que haya lugar.

Atentamente



Dr. Santiago Sánchez Ramírez.  
 El Director de la Escuela

SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
 ESCUELA PRIMARIA  
 "PROFR. ENRIQUE VAZQUEZ ISLAS"  
 24-1029-250-00-x-016  
 09DPR2965C

PRIMARIA "PROFR. ENRIQUE VÁZQUEZ ISLAS"  
 VOLCÁN LANIN Y ACATENANGO S/N COL. AMPLIACIÓN PROVIDENCIA C. P. 07550  
 Gustavo A. Madero Teléfono 51 20 88 56.  
 Correo electrónico:

PERMISO OTORGADO POR LA ESCUELA JAPON.



Campus Izucala



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**Director Enrique Enríquez Ibarra**

Por medio de la presente se le solicita de la manera más atenta su autorización para que la alumna **Karina Jazmín Ramírez Medina** con número de cuenta **41202002** lleve a cabo la aplicación del instrumento BSQ a niños y niñas de sexto año, en la escuela primaria **Japón** para la investigación de tesis "La Obesidad Infantil y sus repercusiones psicológicas" Dicha investigación abarcará tres fases

**Fase 1.** Conferencia de información con padres y docentes, para aprobar la participación de su niño o niña en dicha investigación.

**Fase 2.** Aplicación del instrumento BSQ

**Fase 3.** Informar a padres y docentes sobre los resultados de la investigación así como la impartición de una conferencia sobre la prevención y manejo de la obesidad infantil.

Sin más por el momento agradezco de antemano su atención y la respuesta que pueda dar a la presente.



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
ESCUELA PRIMARIA  
"JAPON"  
21-0869-248-00-x-016  
00DPR2180C

*Carolina Santillán Torres Torija*

Dra. Carolina Santillán Torres Torija

Directora de Tesis

*Enrique Enríquez Ibarra*

ENRIQUE ENRIQUEZ IBARRA

