



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Profesionales Iztacala



**Estigmatización de la obesidad en preadolescentes y
adolescentes**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Michelle Cruz Navarro

Directora: Dra. Adriana Amaya Hernández

Dictaminadores: Dra. Mayaro Ortega Luyando

Dra. Alejandra Mondragón Maya

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2020.



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.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

1. OBESIDAD

1.1 DEFINICIÓN

1.2 INDICADORES DE OBESIDAD

2. CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE

4. CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD

4.1 ÁMBITO BIOLÓGICO

4.2 ÁMBITO PSICOLÓGICO

4.3 ÁMBITO SOCIAL

5. ESTIGMATIZACIÓN

5.1 DEFINICIÓN

5.2 TIPOS DE ESTIGMATIZACIÓN

5.3 CONSECUENCIAS DE LA ESTIGMATIZACIÓN A LAS PERSONAS CON OBESIDAD

6. INSATISFACCIÓN CORPORAL

6.1 DEFINICIÓN

6.2 OBESIDAD E INSATISFACCIÓN CORPORAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

7. CONDUCTAS ALIMENTARIAS ANÓMALAS

7.1 DEFINICIÓN

7.2 CONDUCTAS ALIMENTARIAS ANÓMALAS Y OBESIDAD

8. AUTOESTIMA

8.1 DEFINICIÓN

8.2 AUTOESTIMA Y OBESIDAD

OBJETIVOS

HIPÓTESIS

MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

RESUMEN

El estigma es la desvaloración social de un individuo por sus características y atributos, que afecta directamente su bienestar psicológico, por lo cual ha sido estudiada en quienes son víctimas de estigmatización, pero se ha puesto menor atención en quienes estigmatizan, por lo tanto, esta investigación tiene como objetivos, conocer el nivel de estigmatización hacia la obesidad en preadolescentes y adolescentes y diferenciar entre aquellos que estigmatizan y los que no, en insatisfacción corporal, autoestima y conductas alimentarias anómalas. La muestra fue conformada por 149 preadolescentes (9-12 años) y 77 adolescentes (13-16 años) quienes contestaron cuatro cuestionarios de auto-reporte que evaluaron insatisfacción corporal, autoestima, conductas alimentarias anómalas y estigmatización; además de medir su peso y estatura. Para formar el grupo que estigmatiza y el que no estigmatiza se emplearon los seis dibujos de Richardson que ilustran a niños con diferentes características, un niño "saludable", con muletas, en silla de ruedas, sin una mano, con una cicatriz facial y con obesidad. Se encontró que los preadolescentes estigmatizaron más la obesidad que los adolescentes; además de que entre los participantes que estigmatizan son las personas con obesidad las que reportan mayor insatisfacción corporal y menor autoestima.

Palabras clave: Estigma, Obesidad, Insatisfacción corporal, Autoestima, Conductas alimentarias anómalas.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición-Medio Camino (ENSANUT) arroja cifras alarmantes sobre el sobrepeso y la obesidad en población preadolescente y adolescente mexicana, y conforme pasa el tiempo la tendencia a esta enfermedad es cada vez mayor, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, la obesidad infantil aumenta el riesgo de padecer obesidad en edad adulta, y mayores complicaciones, tanto físicas como emocionales (Shamah, Cuevas, Rivera & Hernández, 2016).

La obesidad no es una enfermedad aislada, es una problemática que surge a partir de diferentes niveles. El primer nivel es el individual donde influye los antecedentes y el ocio de la persona; el segundo nivel es el familiar, donde intervienen los hábitos, la herencia y el entorno próximo; el tercer nivel llamado mesonivel, incluye el entorno como lo es el espacio comunitario, la escuela, los amigos etc.; y por último el nivel macro donde actúan los aspectos culturales, las desigualdades sociales, la seguridad y los medios (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

La obesidad puede desarrollar diferentes enfermedades como diabetes, enfermedades vasculares, asma, pie plano, entre otras, e incluso muerte prematura, para identificar estas afecciones ayuda conocer la clasificación de la obesidad. La cual puede ser de acuerdo a su etiología, disposición topográfica de la acumulación de la grasa, o bien, por el índice de masa corporal (IMC).

Así mismo hay mayor probabilidad que los adolescentes con sobrepeso u obesidad sufran estigmatización, al ser señalados como flojos, sucios, poco honestos etc. La relevancia que adquiere el estudio de la estigmatización es que ésta puede decrementar la calidad de vida, ya que las personas estigmatizadas se valoran poco a sí mismas, se sienten poco capaces, e incluso fracasadas (Sánchez & Ruiz, 2015).

Aunado a esto, la preadolescencia y la adolescencia son etapas del desarrollo donde se sufren cambios biológicos, físicos y psicológicos importantes. Durante estas etapas la imagen corporal influye en gran parte del desarrollo del autoconcepto y la autoestima, si estos son negativos en niños y niñas con obesidad aumenta la probabilidad de que presenten insatisfacción o rechazo por su imagen corporal además de tener mayor susceptibilidad a modificar sus hábitos alimentarios (Amaya-Hernández, Alvarez-Rayón, Ortega-Luyando & Mancilla-Díaz, 2017; Caso, 2011).

Considerando lo anterior diversos estudios han documentado las consecuencias del estigma y las características de la persona que es estigmatizada, pero poco se ha estudiado a las personas que estigmatizan la obesidad, lo cual se considera relevante porque a partir de ello se podría conocer el porqué del estigma, dónde se inicia y poder prevenir el surgimiento de éste y sus consecuencias. El objetivo de este estudio fue conocer el nivel de estigmatización hacia la obesidad en preadolescentes y adolescentes además de diferenciar entre aquellos que estigmatizan y los que no, en insatisfacción corporal, autoestima y conductas alimentarias anómalas.

ANTECEDENTES

1. Obesidad

1.1 Definición.

La obesidad es una enfermedad crónica que se presenta en una gran parte de la población mundial, por lo que ha sido definida, tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como por la Norma Mexicana de Salud (NOM 043, 2012), como una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo.

1.2 Indicadores de obesidad

El diagnóstico de la obesidad se puede realizar a través de diferentes métodos (Dalmau, Alonso, Gómez, Martínez, & Sierra, 2007), entre ellos se encuentran:

- Índice de Masa Corporal (IMC)

Este índice es el resultado de la relación entre el peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (kg/m^2), a partir del cual se puede diagnosticar a una persona con bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad e incluso desnutrición. Aunque sea un método fácil de realizar y obtener no se considera una medida confiable para la adiposidad, principalmente porque éste varía con la edad (Campo del, González & Gámez, 2015), para solventar este problema se utilizan las puntuaciones z, principalmente a las variables antropométricas particulares con relación al estándar en la población.

- Puntuaciones z y percentiles

Las puntuaciones z se usan como valores de corte para determinar si un niño o preadolescente tiene obesidad, éstas describen la distancia que hay entre la medición de una persona y la mediana poblacional, a partir de la desviación estándar; mientras que los percentiles determinan la posición de la medida de un niño con relación a un rango estándar de la población de referencia (OMS, 2009a).

Las tablas utilizadas por la OMS para niños y niñas constan del indicador de crecimiento IMC para la edad, si el valor del sujeto es una desviación estándar por arriba de la curva estándar poblacional, o bien supera el percentil 85 se dirá que tiene sobrepeso y sin son dos desviaciones estándar o supera el percentil 97 se diagnosticará con obesidad (OMS, 2009b).

- Medidas antropométricas básicas

Las medidas antropométricas sirven para evaluar el estado de salud de las personas y a su vez permiten conocer diferentes anomalías en el crecimiento. Entre las medidas antropométricas se encuentran el peso, la talla, el perímetro braquial, los pliegues cutáneos, los perímetros cintura cadera, entre otros. De forma específica para los pacientes con obesidad es muy importante medir la circunferencia de cintura y cadera, ya que son indicadores de riesgo cardiovascular, estas medidas dependen de la edad y el sexo de los pacientes (Kauffer-Horwitz & Toussan, 2008).

- Análisis de bioimpedancia eléctrica

Este análisis es un método no invasivo que utiliza la corriente eléctrica con un amperaje muy bajo; las medidas que se obtienen a partir de éste son: agua corporal total, masa libre de grasa y masa grasa, proteínas, minerales, peso, masa músculo-esquelética, IMC, porcentaje de grasa corporal, análisis muscular segmental, análisis de grasa segmental, historial de composición corporal, evaluación nutricional, tasa metabólica basal, nivel de grasa visceral, grado de obesidad, ingesta calórica recomendada y consumo calórico por ejercicio calculadas con ecuaciones predictivas. Cabe señalar que las valoraciones que se realizan con este método dependen del estado de hidratación, condición física, etnicidad, género y edad de la persona. Dado que la obesidad es considerada como el exceso de tejido adiposo, este tipo de análisis permite separar la proporción de masa grasa, masa corporal y agua corporal, mismo que permiten una valoración más exacta del exceso de tejido adiposo (Alvero, Correas, Ronconi, Fernández & Porta, 2011; Campo del et al., 2015).

- Cuestionarios de frecuencia alimentaria

Actualmente existen diversos instrumentos validados que evalúan historia de la dieta, ingestas específicas, frecuencias de alimentos, etc., dependiendo el cuidado que haya tomado el paciente al completar esta información y que tan cuidadosamente sea revisado, se puede obtener información valiosa sobre su dieta habitual.

En función de la información deseada, se hacen preguntas sobre la ingesta de alimentos, alimentos específicos, estilo de vida y comportamientos. Como tal estos instrumentos no diagnostican la obesidad, pero pueden ser útiles para proporcionar información que pueda

predecir el control exitoso del peso y la relación con la enfermedad (Champagne & Bray, 2017).

2. Clasificación de la obesidad:

La obesidad se puede clasificar por su etiología, por la disposición topográfica de la acumulación de la grasa, o bien, por el IMC (Barbani & Foz, 2002).

A. La etiológica, alusivo al origen de la obesidad, las cuales son:

- Obesidad esencial: es el tipo más frecuente de obesidad, la cual se desarrolla a partir de una dieta inadecuada, poco ejercicio, malos hábitos, etc.
- Obesidad secundaria: relacionada con enfermedades tanto hormonales como enfermedades genéticas. Algunos medicamentos pueden desencadenar la obesidad, como por ejemplo los antidepresivos, esteroides, insulina, anticonceptivos orales, etc.

B. La clasificación debida a la disposición topográfica del tejido adiposo propuesta por Vague en 1947 (Pérez, Cabrera, Varela & Garaulet, 2010) es de tipo androide y ginoide.

- La obesidad androide: donde el exceso de grasa se acumula en la cara, el tórax y el abdomen, por ello las personas que la presentan tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas vasculares.
- La obesidad ginoide: el exceso de grasa se acumula en la cadera y en los muslos, presenta una tendencia mayor a las complicaciones de tipo mecánico, es decir, presencia de varices o desgaste de las articulaciones.

C. El IMC es la relación entre el peso y la talla que permite clasificar desde el bajo peso hasta la obesidad, a partir de los siguientes rangos, que se emplean para mayores de 18 años de edad:

Clasificación del IMC según la OMS (2020)	
Bajopeso	<19.5
Normopeso	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥25
Preobesidad	25.0 – 29.9
Obesidad	≥30
Obesidad de clase I	30.0 -34.9
Obesidad de clase II	35.0 -39.9
Obesidad de clase III	≥40.0

3. Epidemiología de la obesidad infantil y adolescente

La obesidad representa un serio problema epidemiológico en el mundo. Hace media década el número de personas con bajo peso eran mayoría, mientras que hoy en día el número de personas con obesidad es mayor, si se continua con esta tendencia, para el año 2030 dos cuartas partes de la población mundial tendrán sobrepeso y una quinta parte obesidad (Malo, Castillo & Pajita, 2017).

La obesidad no sólo se presenta en países desarrollados, sino también en países en vías de desarrollo, que además de enfrentar la obesidad tendrán que hacerlo con la desnutrición (Sánchez, Pichardo & López, 2004).

La OMS (2019a) reporta que desde 1975, la obesidad se ha triplicado en todo el mundo, 340 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años presentan obesidad, por lo cual, se considera preocupante su acelerado crecimiento en la población infantil.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) México ocupa el segundo lugar en obesidad en mayores de 15 años de edad y el séptimo lugar de obesidad infantil, lo cual incluye a niños de entre 5 y 9 años de edad. Este padecimiento se presenta principalmente en el norte del país y en las zonas urbanas donde 1 de cada 20 menores de 5 años y 1 de cada 3 entre los 6 y 19 años padece sobrepeso u obesidad (OECD, 2019; UNICEF, 2020).

Las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales, muestran incremento constante de la prevalencia a través del tiempo. De 1980 a la fecha,

la prevalencia de la obesidad y de sobrepeso en México se ha triplicado, alcanzando proporciones alarmantes (Dávila, Gonzalez & Barrera 2015).

De acuerdo a los resultados reportados en la ENSANUT 2018 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018)) en población de 5 a 11 años de edad donde se evaluaron a 11,1 millones, la prevalencia combinada de obesidad y sobrepeso fue de 35.6% donde el sobrepeso fue de 18.1% y de obesidad 17.5%, la cifra de sobrepeso fue 1.7 puntos porcentuales menor que lo observado en el 2012 y respecto a la obesidad fue 2.9 puntos porcentuales mayor.

En la misma encuesta, se evaluó a 22,8 millones de adolescentes de entre 12 y 19 años de edad, siendo la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 35.8%, donde el sobrepeso fue de 20.7% y la obesidad de 15.2% y en mujeres fue de 27% en sobrepeso y de obesidad 14.1%, mientras que la prevalencia combinada fue de 41.1 % y las diferencias porcentuales respecto al 2012 son mínimas y no se puede concluir que hubo un aumento significativo.

4. Consecuencias de la obesidad

Se sabe que la obesidad desencadena en consecuencias negativas, tanto a nivel individual como social, entre ellos se encuentra el riesgo de una muerte prematura, disminución de la calidad de vida y costos de salud elevados (Moreno, 2012). Incluso se ha estimado que aproximadamente 40% de los niños y 70% de los adolescentes que presentan obesidad llegarán a ser adultos obesos con una pobre calidad de vida y la presencia de diversas enfermedades, como son las crónicas no transmisibles (Monroy, 2015; Reyna, 2012).

En la obesidad infantil las interacciones entre factores genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales es común, por lo cual, pueden verse reflejadas sus consecuencias en estos, además de fungir como factores de riesgo (Rodríguez, 2006).

4.1 Ámbito biológico

La OMS (2019b) menciona que el riesgo de las enfermedades resultantes de la obesidad depende del inicio y la duración de esta enfermedad en el sujeto, por lo que, el sobrepeso y la obesidad infantil tendrán consecuencias más importantes a largo plazo que cuando la obesidad se presenta en la edad adulta.

Las principales complicaciones biológicas de la obesidad son enfermedades pulmonares, de síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del

hígado. Otras afecciones como la hipertensión arterial, los problemas de la piel y la artrosis son también frecuentes en personas con esta enfermedad (OMS, 2019c).

La ENSANUT-Medio Camino (2016) menciona que las enfermedades más comunes derivantes de la obesidad infantil son asma y apnea del sueño, acumulación de grasa en la región mamaria, pubertad precoz, estrías, riesgos de enfermedad en articulaciones, pie plano, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, trastornos del aparato digestivo, entre otras.

4.2 Ámbito psicológico.

Cuando la obesidad se presenta en la infancia y la adolescencia se asocia a una alta probabilidad de presentar ansiedad, baja autoestima, depresión, e incluso, trastornos de la alimentación (Liria, 2012).

En personas con obesidad la ansiedad, que se caracteriza por reacciones que ocurren psicológica y físicamente ante un peligro, suele reducirse con el acto de comer pero también provoca un aumento de peso, observándose una relación bidireccional entre ansiedad y obesidad (Liria, 2012).

La depresión se ha relacionado con la obesidad, no sólo como una consecuencia, sino también como antecesor a ésta. Suele presentarse más en mujeres que en hombres y aquellas que la presentan reportan valorarse poco a sí mismos y sentirse poco valorados por otros en diferentes aspectos de su vida (Ortega, 2018).

Por otro lado, también se han encontrado dificultades en la maduración psicológica y en la adaptación social, principalmente en niñas, como consecuencia de la discriminación que sufren a causa de la obesidad (Ortega, 2018).

4.3 Ámbito social

Existen diversos cambios sociales que hacen que la obesidad infantil se mantenga, ya que está relacionada con el desarrollo político-económico del país, la planificación urbana, las políticas en agricultura, transportes, educación. Al contrario de los adultos los niños no pueden elegir el entorno ni los alimentos que consumen, y al mismo tiempo carecen de la capacidad de comprender los problemas a largo plazo de sus conductas (OMS, 2019c).

Una de las consecuencias de la obesidad en el ámbito social es el aislamiento y la discriminación. Los niños aprenden normas de atracción cultural, por ejemplo, en los medios de comunicación los niños y los adultos obesos representan personajes cómicos y

basándose en ellos los niños escogen a sus amigos. Estas situaciones afectan la personalidad, la autoimagen, dan pie al aislamiento y la soledad, además de dificultar el establecimiento de relaciones de amistad, entre otras (Losada, Rijavec, 2017).

Se ha asociado la obesidad infantil con burlas, *bullying*, marginación y pobres resultados académicos. Asimismo, se ha descrito que niños y adolescentes con obesidad reportan mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales, lo que a largo plazo puede repercutir en una baja calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud (Liria, 2012).

5. Estigmatización.

5.1 Definición.

La palabra estigma es de origen griego, hace referencia a la marca física que se hacía con fuego o con navaja en los individuos que eran esclavos, criminales, traidores, o bien una persona que debía evitarse en público. En la actualidad desaparecieron las marcas físicas, pero el estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, clase, color, grupo étnico, creencias religiosas, sexo, sexualidad y apariencia física (Gómez & Ortiz, 2017).

Goffman (2006) define el estigma como las respuestas negativas hacia una persona o un grupo de personas provocadas por las características o efectos indeseados que estas presentan. A partir de esto se derivan tres tipos de estigma: estigmas tribales, defectos del carácter y el estigma físico.

5.2. Tipos de estigmatización

El primer tipo de estigma es el estigma tribal, el cual refiere a una herencia generacional ya que está relacionado con la pertenencia de un sujeto a cierta raza o nación, el segundo estigma es acerca de los defectos del carácter relacionados con las fallas morales, por ejemplo: el alcoholismo, la drogadicción, desempleo etc. Por último, el estigma físico en el cual se inscriben las deformidades, las dismorfias y las diferentes características del cuerpo, como el color de piel, alguna enfermedad u obesidad (Goffman, 2006).

Reisner y Pachankis (2015) mencionan que la estigmatización tiene tres niveles, el primer nivel se le ha denominado estructural, el segundo nivel interpersonal y el tercer nivel intrapersonal también llamado individual. El estigma estructural son las normas sociales, ambientales, condiciones, leyes y prácticas institucionales que limitan las oportunidades y

el bienestar de las personas estigmatizadas. El estigma interpersonal se refiere a las normas y creencias sociales que a menudo se convierte en el estigma a nivel intrapersonal, da forma a los procesos cognitivos, afectivos y conductuales de los individuos estigmatizados. Estos procesos psicológicos de los individuos estigmatizados se ven afectados por el estigma, que da forma a su percepción hacia ellos mismos, los demás y sus circunstancias ambientales.

Así pues, en este estudio se entenderá como estigma hacia la obesidad, la devaluación a un sujeto o un grupo de sujetos con obesidad, característica que no se puede ocultar y se observa a primera vista, además se abordara desde el estigma interpersonal ya que se evaluaran conductas y cogniciones de las personas hacia otras persona (Gómez & Ortiz, 2017).

5.3 Consecuencias de la estigmatización a las personas con obesidad

Diversos estudios han mostrado que los niños prefieren interactuar con niños con normopeso, así como prefieren la amistad de niños con alguna discapacidad a la de los niños con obesidad o con sobrepeso, ya que a estos se les relaciona con características negativas como la pereza y el desaliño (Jiménez & Silva, 2013; Ortega, 2018).

Uno de los primeros estudios en evaluar el estigma del sobrepeso y la obesidad fue el de Maddox, Back y Liederman (1968) quienes tuvieron por objetivo identificar, caracterizar y describir la percepción y la respuesta afectiva al sobrepeso en personas con mayor probabilidad de ser tolerantes, y que no le dan valor a la obesidad. Participaron 199 pacientes de una clínica, a quienes se les tomó medidas de estatura y peso, de la muestra 10% tenían obesidad, 20% sobrepeso, 20% obesidad severa y 50% eran normopeso, del total de la muestra sólo se seleccionaron 100 pacientes para formar cuatro grupos a los que se realizaron entrevistas, el primer grupo era conformado por hombres blancos de 60 años de edad, el segundo por mujeres blancas de 40 a 60 años de edad, el tercer grupo fue de hombres negros de 20 a 40 años de edad y el cuarto de mujeres negras sin importar la edad, cada grupo tenía 25 integrantes. Durante la entrevista como primer punto se les mostraba las seis figuras de Richardson, Goodman, Hastorf, & Dornbusch (1961), correspondiente al género al que pertenecían, el instrumento consta de 6 dibujos de niños, un niño sin ningún tipo de discapacidad y peso normal, un niño en muletas, un niño en silla de ruedas, un niño sin mano, un niño con una cicatriz en la cara y el sexto niño con obesidad, el instrumento consta de elegir en una

escala del 1 al 6 a quién preferirías como amigo, a la figura con el número seis se asume que es a quien más se estigmatiza. Después resolvían el diferencial semántico de Osgood, Succi y Tannenbaum (1961) que evalúa la discrepancia entre mi yo real y mi ideal, en el cual se pide que se asignen diferentes adjetivos calificativos a figuras de personas con diferentes características físicas. Se encontró que sin importar el sexo o la raza, la evaluación hacia las personas con sobrepeso es negativa, se otorgan adjetivos calificativos como flojo, sucio, entre otras, mientras que en las figuras de Richardson et al. (1961) escogieron al final a la persona con obesidad como su preferido.

Las víctimas de estigmatización por obesidad reportan que habitualmente reciben comentarios negativos de otras personas o del entorno, también se ven limitados a realizar actividades físicas y al rechazo social, lo cual los puede llevar a pensamientos, conductas y cogniciones riesgosas para su salud como lo es la restricción o la ingesta excesiva de alimentos, generando sentimientos y pensamientos de devaluación e ineficacia (Gómez & Ortiz, 2017; Jiménez & Silva 2013; Sánchez & Ruiz, 2015).

A medida que aumenta el IMC incrementan las burlas acerca del peso de una persona, por ello, Sokol et al. (2019) mencionan la importancia del apoyo social por parte de los pares y como estos puede tener efectos positivos en la autoestima, satisfacción corporal, relaciones sociales, apoyo a otros pares y sobre el peso corporal durante la adolescencia y la edad adulta temprana, por lo cual, podría existir un decremento en la estigmatización hacia las personas con obesidad.

En un estudio realizado por Bacardi-Gascon, León-Reyes y Jiménez-Cruz (2007) se estimó la estigmatización hacia la obesidad con las seis figuras de Richardson et al. (1961) en 432 estudiantes mexicanos, con un rango de edad de 9 a 12 años, donde se les mostraba seis dibujos, que tenían que mirar cuidadosamente y encerrar la imagen que más les gustaba, luego se les mostró que vieran un segundo conjunto y encerrar cuál era el segundo que más les gustaba y así sucesivamente. El 9% de los niños eligió el dibujo del niño sano como su primera elección, mientras que sólo el 2% eligió el dibujo de un niño con obesidad como el primer amigo y 56% de los niños eligieron al niño con obesidad como su quinta o sexta opción. La mayoría de los niños eligió al niño en silla de ruedas como el más propenso a ser amigo preferido, los resultados del presente estudio muestran que los participantes de esta investigación eligieron al niño con obesidad como el menos preferido, al igual que niños estadounidenses, estas tendencias fueron similares en ambos sexos.

En otro estudio donde se tenía el objetivo de crear una versión actualizada de la medida para el estigma relacionado al peso, participaron 90 niños y 171 niñas europeos de 10 a 13 años, de los cuales 70.3% se encontraban en normopeso, 17.5% tenían riesgo de sobrepeso y 11.6% sobrepeso. Como primera parte del estudio se realizaron 12 nuevos modelos tridimensionales modernizados basadas en las seis figuras de Richardson et al. (1961) y como segunda parte del estudio se les realizó un cuestionario sobre la apariencia, la inteligencia y la actividad de las figuras. El resultado de esta investigación fue que las seis figuras de Richardson unidimensionales correlacionaron altamente con las figuras tridimensionales realizadas en este estudio; respecto a las preguntas sobre las figuras de obesidad se observó, nuevamente, estigmatización hacia éstas, ya que las respuestas eran negativas, describiéndolas como personas flojas y poco inteligentes (Latner, Simmonds, Rosewall, & Stunkard, 2007).

Bermúdez y Hernández (2012) estudiaron la estigmatización a la obesidad en adolescentes mexicanos, 515 mujeres y 170 hombres de entre 15 a 19 años de edad a los que se les tomaron sus medidas antropométricas, de estas 28 mujeres y 11 hombres presentaron bajo peso, 305 mujeres y 105 hombres tenían normopeso y 18 hombres y 13 mujeres presentaban obesidad. De esta población se seleccionó una muestra de 10 mujeres y 10 hombres con normopeso y de 10 hombres y 10 mujeres con obesidad a los que se le realizaron entrevistas semiestructuradas, a partir de las cuales se deduce que los adolescentes con obesidad afirmaron que desde su niñez tienen obesidad y no pueden hacer nada para bajar de peso, además de que sus compañeros los encontraban como personas menos competentes e incluso los acosaban, se burlaban de ellos y los rechazaban, estas actitudes también se presentan por parte de los profesores.

6. Insatisfacción corporal

Actualmente, se promueve la belleza del cuerpo como sinónimo de éxito social, por ende desde que se es niño se le da suma importancia a la imagen corporal (Trejo, Castro, Facio, Mollinedo & Valdés 2013).

6.1 Definición

La imagen corporal se ha definido como la manera en que una persona se percibe, imagina, siente, piensa y actúa respecto a su propio cuerpo (Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999), la cual puede cambiar con el paso del tiempo y es sumamente relevante en la infancia y la adolescencia, ya que en estas etapas del desarrollo se forma

la identidad y puede presentar un rechazo al cuerpo, desembocando en insatisfacción corporal (Trejo et al., 2013).

En este sentido es importante distinguir entre malestar normativo e insatisfacción corporal, de acuerdo con Devlin y Zhu (2001), el malestar normativo es la inconformidad que tiene una persona con alguna parte de su propio cuerpo, pero este descontento no afecta su vida cotidiana, a diferencia de la insatisfacción corporal, donde el malestar con su imagen corporal va a provocar conductas dañinas para la salud con el objetivo de modificar su apariencia. Al respecto, Jones (2004) menciona que el IMC es un indicador bastante confiable para la insatisfacción corporal, ya que diversos estudios comprueban que a mayor IMC mayor es la insatisfacción corporal.

6.2 Estudios obesidad e insatisfacción corporal (niños y adolescentes)

Desde la edad de cinco años los niños pueden reportar insatisfacción corporal, aunque esta es inexacta, esta insatisfacción se puede originar por una discrepancia entre la percepción del cuerpo y el ideal o por el inconformismo con el propio cuerpo y puede mantenerse por un entorno adverso (Jiménez, Jiménez & Bacardi, 2017).

En un estudio realizado por Sánchez y Ruiz (2015) donde se evaluó la imagen corporal con las siete figuras de Collins, a 33 niños y niñas con obesidad de entre 8 y 11 años de edad, se encontró que, a pesar de tener obesidad, el 94% de los niños se identificó como normopeso, a pesar de que sus medidas antropométricas no coincidían con dicha condición, asimismo la mayoría consideró la figura con obesidad como una figura enferma, fea y a la que no les gustaría parecerse. Los autores concluyen que la mayoría de los niños presentó insatisfacción con su imagen corporal, ya que se identifican con figuras más delgadas en comparación a su complejión real y no reconocen que su imagen corporal corresponde a las figuras de sobrepeso u obesidad siendo esto riesgoso, ya que no se dan cuenta del problema o bien lo niegan.

Con el objetivo de investigar las posibles diferencias en la estructura del autoconcepto en su dimensión física en función del sexo Gracia de, Marco y Fernández (1999), realizaron un estudio con una muestra conformada por 465 adolescentes hombres y mujeres con una edad media de 16.36 en el caso de los hombres y 15.7 en el caso de las mujeres. Se utilizó el cuestionario de autodescripción física que evalúa salud, grasa corporal, sentimientos hacia el físico, sentimientos de atractivo y autoestima; además de la escala de auto descripción física la cual evalúa la autopercepción de la coordinación, condición

deportiva, fuerza, flexibilidad, resistencia y actividad física; el cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal que evalúa las influencias de diversos elementos sociales y culturales relativos al modelo estético y las actitudes de los adolescentes hacia sus propios cuerpos; el *Body Shape Questionnaire* (BSQ) que evalúa insatisfacción corporal y, finalmente, se obtuvo el IMC. Se encontró que los varones son más positivos respecto a la valoración de su físico que las mujeres, y se reporta un mayor nivel de insatisfacción general por el físico en las mujeres, así como una fuerte correlación entre el malestar por la imagen corporal, la insatisfacción corporal y los comentarios verbales alusivos a la obesidad.

En una investigación que tenía como objetivo analizar el sobrepeso y obesidad en una muestra de población infantil y conocer en qué medida tales circunstancias pueden afectar su imagen corporal, participaron 31 niños y 31 niñas españoles, con una media de edad de 11.53 años donde el 6,6% tenían delgadez peligrosa, 15% eran delgados, 60% tenían normopeso, 8.33% sobrepeso, 8.33% obesidad y 1.66 % obesidad grave. Los cuales contestaron la escala breve de insatisfacción corporal infantil de Baile, González y Pallaréz (2012), la *Children's Body Image Scale* de Truby y Paxton (2002) la cual evalúa la percepción del participante sobre su propia imagen y un cuestionario de datos sociodemográficos. Se encontró que en ambos sexos a mayor IMC mayor insatisfacción corporal, siendo significativamente mayor en el sexo masculino, lo cual difiere con estudios previos. Se puede afirmar que en la preadolescencia se presenta insatisfacción con la imagen corporal y se cree que no se tiene el peso adecuado (Pallares & Baile, 2012).

Fernández-Bustos, González-Martí, Contreras y Cuevas (2013) realizaron un estudio que examina las diferencias existentes entre los distintos subdominios del autoconcepto físico, (fuerza, actividad física, grasa corporal, coordinación, resistencia, competencia deportiva, salud, apariencia física y flexibilidad), la insatisfacción corporal y el IMC en 447 mujeres con una edad de entre 12 y 17 años, a las que se les aplicó el cuestionario de autoconcepto físico, de Goñi et al (2004) que consta de 36 ítems distribuidos en seis escalas atractivo físico, habilidad física, condición física y fuerza autoconcepto y físico en general, para evaluar insatisfacción corporal se utilizó el BSQ adaptado por Raich et al., (1996), y la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner, adaptada por Rodríguez et. al (2003). Se encontraron niveles muy altos de insatisfacción corporal y una discordancia negativa sobre la condición física, fuerza y habilidad deportiva; además se

observó que la percepción de la imagen corporal influye en el autoconcepto y la autoestima del individuo, y que un IMC alto se relaciona con una mala percepción física, especialmente en la condición física y el autoconcepto físico de las personas encuestadas.

En una investigación que tenía como objetivo estudiar la posible asociación entre los constructos insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad, se tomaron medidas antropométricas a 231 niñas preadolescentes de entre 10 y 13 años de edad de la Ciudad de México, quienes respondieron el cuestionario BSQ adaptado a población mexicana por Amaya (2013), la prueba de autoestima infantil adaptada por Caso (1999) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos adaptada a población mexicana por Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque y Chartt-León (1999); se clasificaron dentro de 3 grupos a los participantes (peso normal, sobrepeso y obesidad), se encontró que el grupo obesidad presentaba niveles significativamente más altos de insatisfacción corporal que el grupo de peso normal, en comparación con el grupo de sobrepeso con el cuál no se encontraron diferencias significativas (Contreras-Valdez, Hernández-Gúzman & Freire, 2016).

Una de las causas por las cuales se presenta insatisfacción corporal de acuerdo con Lee y Villancourt (2018) es ser molestado o acosado por tener sobrepeso u obesidad, lo cual concuerda con el estudio de Tyler, Johnston, Dalton y Foreyt (2009) quienes mencionan que a mayor IMC mayor la cantidad de burlas y mayor insatisfacción corporal.

7. Conductas alimentarias anómalas

7.1 Definición

Las conductas alimentarias anómalas han sido descritas como un amplio espectro de comportamientos alimentarios que tienen por objetivo la pérdida de peso para lograr una apariencia esbelta, mismos que suelen ser dañinos y a menudo ineficaces, entre ellos se encuentran el ayuno, el uso de laxantes y diuréticos, la dieta restrictiva, el vómito, el atracón, la restricción de alimentos, entre otras (Muazzan & Khalid, 2008).

7.2 Estudios de conductas alimentarias anómalas y obesidad

Con el objetivo de conocer la relación entre el IMC y la práctica de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, se realizó una investigación donde participaron

3640 hombres y 3957 mujeres de 13 a 18 años, la muestra se dividió en dos grupos adolescencia temprana (de 13 a 15 años) y adolescencia media (de 16 a 18 años), el instrumento que se utilizó para evaluar las conductas alimentarias anómalas, fue diseñado por los investigadores con base a los criterios del DSM-IV, las preguntas eran referidas a 3 meses previos a la investigación mismas que se relacionaban con conductas alimentarias y autopercepción, además se tomó el IMC. Se encontró que la presencia de conductas alimentarias anómalas era más frecuente en los participantes con un IMC alto, estas conductas son más marcadas en el grupo de 16 a 18 años, mientras que en el grupo de 13 a 15 años se presentan en menor medida, lo cual puede indicar que estas conductas empiezan a presentarse en la adolescencia temprana y se establecen en la adolescencia media, estos resultados se presentan tanto en hombres como en mujeres (Unikel, Molina, Villatoro & Fleiz, 2002).

Un estudio más que tomo como objetivo detectar tendencias o indicadores de conductas alimentarias anómalas, así como su distribución entre grupos de jóvenes de diferentes culturas es el de Acosta, Llopis, Gómez y Pineda (2005), participaron 384 españoles y 386 mexicanos con un rango de edad entre 14 y 18 años con una media de 16.23 años. Los participantes respondieron el cuestionario de alimentación y salud de Gómez Peresmitré (1995) que evalúa conductas alimentarias anómalas y la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación de Gómez Peresmitré (1998). Se encontró que independientemente de la nacionalidad las mujeres, presentan más pensamientos relacionados a ser más delgadas; y a tener menos peso lo que las lleva a una mayor preocupación por el peso y la comida además de seguir dietas restrictivas, mientras que los hombres prefieren un peso mayor y al considerar la nacionalidad se observó que los mexicanos presentan mayores conductas alimentarias restrictivas en comparación con los españoles.

Posteriormente Unikel, Bojórquez, Villatoro, Fleiz y Medina (2006) realizaron una investigación que tenía como objetivo identificar las tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes mexicanos en el periodo 1997–2003 y su relación con el sexo, la edad y el nivel de escolaridad del jefe de familia. Participaron 7884 hombres con una edad media de 14.5 años y 8219 mujeres con una edad media de 14.5 años, se utilizó un cuestionario autoaplicable que constaba de 10 preguntas sobre actitudes y conductas alimentarias anómalas, y el autoreporte de peso y talla de los participantes para calcular el IMC. Como resultado se encontró que en ambos sexos se

presentaron conductas alimentarias anómalas, sin embargo en los hombres no se observó un aumento en estas en el periodo evaluado, contrario a las mujeres que en 2003 tuvieron un aumento significativo comparado a 1997. Los hombres reportaron el uso de métodos restrictivos, mientras que las mujeres de métodos purgativos y preocupación por el peso. También se observó que conforme aumentaba la edad se presentaron mayores conductas alimentarias anómalas en mujeres, mientras que en los hombres se observó el efecto contrario.

En un estudio realizado por Amaya et al. (2017) se tenía por objetivo evaluar la influencia de pares, la interiorización del ideal corporal, la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas en preadolescentes y adolescentes; además de analizar la influencia de pares en la predicción de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas. En esta investigación participaron 144 mujeres y 138 hombres con un rango de edad entre 9 y 15 años. Los cuales se obtuvo su IMC y contestaron el test infantil de actitudes alimentarias de Maloney, McGuire y Daniels (1988) el cual evalúa presencia de síntomas de trastornos de conducta alimentaria; el BSQ-16 que evalúa insatisfacción corporal; el cuestionario de actitudes socioculturales hacia la apariencia, adaptado a la población mexicana por Amaya et al. (2013) y el inventario de influencia de pares sobre la preocupación alimentaria de Oliver y Thelen (1996). Los resultados demuestran que la edad y los cambios físicos afectan negativamente la imagen corporal y esta a su vez produce mayores conductas alimentarias anómalas, estos resultados se presentan en el sexo femenino, pero no en el masculino, los participantes de menor edad fueron los que obtuvieron las puntuaciones más elevadas. Los autores concluyen que cada etapa del desarrollo tiene un impacto en la imagen corporal, por ello la aceptación o rechazo de ésta se da como un proceso y no aparece de forma inesperada.

Un estudio más en México que obtuvo como objetivo identificar la presencia de conductas y actitudes alimentarias anómalas y su asociación con el peso corporal y la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra infantil. Fue el de Franco-Paredes, Díaz-Reséndiz, Santoyo-Telles e Hidalgo-Rasmussen (2017). En el que participaron 249 niños con una edad media de 11.05 pertenecientes a una escuela pública y 149 niños con una edad media de 10.87 años, pertenecientes a una escuela privada. Los participantes contestaron el Test Infantil de Actitudes Alimentarias de Maloney, McGuire y Daniels (1988) el cual evalúa conductas alimentarias anómalas; el inventario de calidad de vida pediátrico de Varni, Seid y Rode, (1999) el cual evalúa calidad de vida relacionada a la

salud y se calculó el IMC de cada participante. Se encontró que la prevalencia de conductas alimentarias anómalas es similar en ambos sexos, además de que a mayor peso corporal mayores fueron las conductas alimentarias anómalas. Por último se observó que a mayor los niños con sobrepeso y obesidad fueron más propensos a realizar estas conductas que de seguir su curso podrían desembocar en un menor emocional y social.

Considerando los artículos previamente expuestos, se deduce que durante la adolescencia se presentan más conductas alimentarias anómalas, como lo son la restricción de alimentos como método para adelgazar, o bien de manera contraria una tendencia a ingerir un exceso de alimentos con alto contenido calórico. Diversos estudios concuerdan que hay mayor probabilidad que las conductas alimentarias anómalas se presenten en mujeres y a causa de la presión o exiliación social puede desembocar en diversos problemas psicológicos como baja autoestima o ansiedad. (Borja & Hernandez, 2012; Senese, Pezzella, Pasquariello, Ali, & Rohner, 2019).

8. Autoestima

8.1. Definición

Se define como los sentimientos que se generan a partir de los propios logros y la creencia que se tiene de uno mismo para hacerlo. La conceptualización de la autoestima de la persona a lo largo de su vida depende de los contextos con los que interactúa, y el cómo se desarrolla el individuo. Hablar de autoestima se refiere a una actitud hacia uno mismo, aceptar las características biopsicosociales, referente a la forma de pensar, amar, sentir y comportarse uno mismo. Para la población infantil y adolescente se desarrolla a partir de dos dimensiones, la competencia escolar y la apariencia física, sin olvidar la existencia de diferentes factores emocionales y sociales; así pues la autoestima juega un papel importante en la valoración que el niño y el adolescente tiene de sí mismo. (Caso, Hernández & González, 2011; Roa, 2013).

8.2. Estudios de Autoestima y obesidad

Se realizó un estudio con el objetivo de comparar el nivel de autoestima en niños con obesidad y niños con normopeso y analizar si hay relación entre el peso y la autoestima. Participaron 53 niños con normopeso de los cuales 30 eran niños y 23 niñas con una edad media de 11.4 años, y 40 niños con obesidad de los cuales 19 eran niños y 21 eran niñas con una edad media de 11.5, todos los participantes fueron estadounidenses. Los instrumentos utilizados en esta investigación son, el inventario

adaptación del perfil de autopercepciones para niños de Harter (1985), el cual evalúa la autoestima, y se aplicó una tarea de atribución de adjetivos, como: flojo, rápido, inteligente, entre otras, a diferentes figuras finalmente se obtuvo el IMC. Se encontró que los niños con obesidad tenían menor autoestima y mayores percepciones negativas sobre su propia competencia atlética, aceptación social y apariencia física a diferencia de los participantes con normopeso (Kornilaki 2015).

En ese mismo año Sánchez y Ruiz (2015) realizaron un estudio que tenía como objetivo analizar la relación entre autoestima e imagen corporal en estudiantes mexicanos de ambos sexos, con edades de entre 8 y 11 años. Participaron 270 niños y niñas, estudiantes de tercero a quinto de primaria. Se obtuvo el peso y la talla de los niños para calcular su IMC e identificar a los participantes que tenían obesidad ($n = 33$). Los participantes respondieron el Cuestionario de autoestima para niños adaptado por González-Arratia (2001) con ítems distribuidos en diferentes áreas (yo, familia, fracaso, éxito, intelectual y afectivo-emocional) y las siete figuras de Collins (1991), el cual evalúa la percepción de los niños con su imagen corporal. Se encontró que existe una relación negativa entre la obesidad y la autoestima independientemente del sexo, además se observó que los participantes con obesidad presentan insatisfacción con su imagen corporal ya que se identificaron con figuras más delgadas y se valoran poco a sí mismos, describiéndose como poco capaces y poco valorados, inadecuados e incluso fracasados en diversos aspectos de su vida, como puede ser lo intelectual, afectivo-emocional y familiar.

Posteriormente Zurita-Ortega et al. (2017) obtuvieron resultados similares en un estudio que tenía el objetivo de analizar las relaciones existentes entre las variables físico-motrices y el nivel de obesidad, autoestima y práctica de actividad física. Para ello participaron 515 niños y niñas chilenos. Con un rango de entre 10 y 11 años de edad a quienes se les tomaron medidas antropométricas y se evaluó su condición física además de utilizar el test de Rosenberg (1965) para conocer el nivel de autoestima de los participantes y el cuestionario Physical Activity Questionnaire for Older Children de Kowalski, Crocker y Donen (2004) para evaluar su actividad física. Los autores concluyeron que existe una relación negativa del IMC con diversas dimensiones psicosociales vinculadas a la calidad de vida, autoestima y su estado de salud.

Finalmente, en otro estudio realizado en el mismo año y también en Chile. Se encontraron resultados similares. En dicha investigación se tenía el objetivo de relacionar

el estado nutricional con los niveles de autoestima y rendimiento físico en 117 niños y 119 niñas de entre 8 y 10 años de edad. Se recabaron sus medidas antropométricas, horas de ejercicio a la semana y con ayuda del test de autoestima escolar se evaluó la autoestima. Los niveles de autoestima son significativamente menores en niños con obesidad en comparación a los niños con normopeso, además de que el sexo femenino tuvo puntuaciones más bajas en autoestima que el sexo masculino (Delgado-Floody et al., 2017).

Con base en la revisión previa, se destaca que la obesidad es un problema de salud a nivel mundial, que no sólo afecta a la población adulta, sino también a población infantil, misma que en edades adultas presentarán un mayor número de enfermedades y que tendrán un alto costo para el sector salud. Por ello, diversos investigadores se han dado a la tarea de recabar información de cómo esta enfermedad afecta no sólo a nivel físico, sino también a nivel psicosocial, para que a partir de sus conclusiones se puedan desarrollar programas que prevengan su aparición y, sobretodo, que mitiguen sus consecuencias negativas. De la revisión realizada para este estudio, y a pesar de las contradicciones entre las investigaciones citadas, se puede destacar que la obesidad tiene una relación con la presencia de conductas alimentarias anómalas, baja autoestima, insatisfacción corporal y estigmatización. Con relación a esta última y considerando lo previamente expuesto es evidente que las personas con obesidad presentan mayor estigmatización, por lo mismo es común que se realicen diversos estudios en población que es estigmatizada, pero pocos estudios se han enfocado en la persona que estigmatiza la obesidad, las características de estas personas son importantes para entender el porqué del estigma, dónde se inicia y poder prevenir el surgimiento de éste, además de crear estrategias que reduzcan las consecuencias que la estigmatización genera en las áreas biopsicosociales de la persona que lo sufre. Por lo cual, las preguntas de investigación de este estudio son ¿cuáles son los niveles de estigmatización hacia la obesidad en preadolescentes y adolescentes? y ¿existen diferencias en insatisfacción corporal, autoestima y conductas alimentarias anómalas entre personas que estigmatizan la obesidad y las que no la estigmatizan?

OBJETIVOS

- Conocer el nivel de estigmatización hacia la obesidad en preadolescentes y adolescentes.
- Diferenciar entre aquellos que estigmatizan y los que no estigmatizan la obesidad en insatisfacción corporal, autoestima y conductas alimentarias anómalas.

HIPÓTESIS

- El grupo de adolescentes estigmatizará más la obesidad que los preadolescentes.
- Los participantes que estigmatizan la obesidad tendrán mayor insatisfacción corporal, menor autoestima y mayores conductas alimentarias anómalas.

MÉTODO

Participantes

De una muestra total de 675 ($M = 11.80$; $DE = 1.61$) alumnos se seleccionaron a aquellos participantes que estigmatizaban y los que no a la obesidad, quedando así 226 participantes para realizar los análisis sobre estigmatización de este estudio. De dicha muestra 149 conformaron el grupo de preadolescentes con un rango de edad entre 9 y 12 años donde 67 eran niños y 82 niñas; mientras que el grupo de adolescentes ($n = 77$), con un rango de edad de entre 13 y 16 años, se formó con 36 mujeres y 41 hombres.

Diseño

Diseño no experimental de tipo transversal.

Medidas e instrumentos

- Hojas de datos generales con la cual se recabarán datos sociodemográficos como condiciones de vida, estatus económico y salud.
- Imagen corporal: *Body Shape Questionnaire - 16* (BSQ, por sus siglas en inglés; Evans & Dolan, 1993) el cual evalúa la satisfacción con la imagen corporal, está formado por 16 reactivos con 6 opciones de respuesta tipo Likert que va de nunca a siempre, entre más alta la puntuación, mayor insatisfacción corporal. Adaptado a población mexicana por Amaya, Ortega, Bautista, Álvarez y Mancilla (2017) con un Alpha de .92.
- Conductas alimentarias anómalas: *Children's Eating Attitudes Test* (ChEAT, por sus siglas en inglés; Maloney, McGuire & Daniels, 1988) el cual evalúa la presencia de síntomas y características de los trastornos alimentarios. Está formado por 26 reactivos con 6 opciones de respuesta tipo Likert, entre más alta la puntuación mayor los síntomas asociados a las conductas alimentarias anómalas. Adaptado a población mexicana por Escoto y Camacho (2008) con una consistencia interna de .82.
- Estigmatización a la imagen corporal. Seis dibujos de Richardson et al. (1961) el cual se empleó para evaluar la estigmatización hacia la imagen corporal en niños. Consta de seis dibujos de niños, un niño sin ningún tipo de discapacidad y peso

normal, un niño en muletas, un niño en silla de ruedas, un niño sin mano, un niño con una cicatriz en la cara y el sexto niño con obesidad, el instrumento consta de elegir en una escala del 1 al 6 a quién preferirías como amigo, a la figura con el número seis se asume que es a quien más se estigmatiza. Cabe destacar que en este estudio se utilizaron seis figuras de niños y seis de niñas.

- Autoestima: Instrumento de autoestima para niños (IAN; Pope, McHale, Craighead, 1988) el cual evalúa el nivel de autoestima en niños. Consta de 60 reactivos con tres opciones de respuesta tipo Likert que va de siempre, algunas veces y nunca, una puntuación alta indica mayor autoestima. Fue adaptado para población mexicana por Caso (1999) quedando conformado sólo por 21 preguntas directas y se cambió a cinco opciones de respuesta tipo Likert, que van de nunca a siempre, que cuenta con una consistencia interna de .82

Procedimiento

Se presentó el proyecto a las autoridades de escuelas primarias y secundarias. Una vez que éstas aceptaron participar, se envió un consentimiento informado a los padres de los participantes, quienes firmaron el mismo en caso de que estuvieran de acuerdo con que sus hijos participaran en la investigación, cuando se tuvieron los consentimientos firmados, se les pidió el asentimiento a los participantes y se aplicaron los instrumentos de manera grupal, para ello se entregó a cada alumno seis hojas con los instrumentos impresos.

El aplicador leyó las instrucciones y las preguntas de cada uno de los instrumentos, el tiempo estimado para contestar la batería de cuestionarios fue de 30-45 minutos por grupo, aproximadamente. Posteriormente, con ayuda de una nutrióloga se recabó el peso y estatura de cada uno de los participantes para calcular el IMC, por último, se agradeció su participación.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se formaron dos grupos a partir de lo contestado en las seis figuras de Richardson, para pertenecer al primer grupo llamado “si estigmatiza”, el criterio fue haber escogido al niño y a la niña con obesidad como el 6° amigo, en tanto que el criterio para el grupo “no estigmatiza” fue haber escogido al niño y la niña con obesidad como el 1° o 2° amigo preferido.

Para realizar el análisis de datos se empleó el SPSS (versión 20), utilizando estadística descriptiva: porcentajes, media y desviación estándar, para conocer las personas que estigmatizaban y las que no estigmatizaban y para conocer cuántas personas había por nivel de IMC en la muestra estudiada. Además, se empleó estadística inferencial donde se utilizó la *t de Student* para conocer diferencias entre preadolescentes y adolescentes, entre el grupo que “si estigmatiza” y el que “no estigmatiza” y entre la población con normopeso y con obesidad que estigmatizaba la obesidad. Respecto a la insatisfacción corporal, la autoestima y las conductas alimentarias anómalas, se utilizó el coeficiente de correlación de *Pearson* para conocer la relación entre estas variables en el grupo que “si estigmatiza” y en el que “no estigmatiza”. Finalmente, se utilizó la *U de Mann Whitney* para determinar las diferencias entre las variables de estudio en el grupo de preadolescentes y adolescentes con obesidad y que estigmatizan.

RESULTADOS

Considerando la muestra total ($N = 675$), se hizo un primer análisis para conocer qué figura de Richardson eligen en primer lugar y cuál en último, según su apariencia. En el grupo de preadolescentes se observó que las niñas escogieron en primer lugar al niño ($n = 104$) y niña ($n = 97$) con normopeso y en sexto lugar al niño ($n = 84$) y niña ($n = 101$) con obesidad; de la misma manera, los niños preadolescentes eligieron como primera opción a la niña ($n = 93$) y niño ($n = 91$) con normopeso y en último lugar al niño ($n = 79$) y niña ($n = 81$) con obesidad (ver Tabla 1).

Tabla 1

Frecuencias de selección de las seis figuras de Richardson en niñas y niños preadolescentes

		Preadolescentes niñas ($n = 237$)					
	Elección	Normo- peso	Muletas	Silla de ruedas	Sin mano	Cicatriz	Con obesidad
Figuras Niña	1°	97	13	96	12	13	6
	6°	68	16	7	30	32	84
Figuras Niño	1°	104	13	96	12	14	10
	6°	59	16	7	34	18	101
		Preadolescentes niños ($n = 198$)					
Figuras Niña	1°	93	10	68	14	11	2
	6°	37	12	14	28	26	81
Figuras Niño	1°	91	21	43	9	20	14
	6°	36	11	13	25	34	79

En el grupo de adolescentes (ver Tabla 2) las participantes de sexo femenino escogieron en primer lugar a la niña en silla de ruedas ($n = 38$) y al niño con normopeso ($n = 48$); mientras que en sexto lugar escogieron a la niña ($n = 53$) y niño ($n = 48$) con normopeso. En el caso de los hombres adolescentes la figura elegida en primer lugar es la de la niña y

niño con normopeso ($n = 61$; 56, respectivamente) y la figura seleccionada en sexto lugar fue la del niño y niña con obesidad ($n = 34$; 40, respectivamente).

Tabla 2

Frecuencias de selección de las seis figuras de Richardson en niñas y niños adolescentes

Adolescentes mujeres ($n = 125$)							
	Elección	Normo- peso	Muletas	Silla de ruedas	Sin mano	Cicatriz	Con obesidad
Figuras Niña	1°	33	9	38	8	17	18
	6°	53	9	14	15	9	25
Figuras Niño	1°	36	18	32	7	17	14
	6°	48	15	10	14	9	29
Adolescentes hombres ($n = 114$)							
Figuras Niña	1°	61	5	34	1	11	2
	6°	19	12	14	14	15	40
Figuras Niño	1°	56	8	26	1	13	7
	6°	21	6	15	23	14	34

Análisis preadolescentes versus adolescentes

Los primeros análisis que se realizaron fue la comparación entre preadolescentes y adolescentes en todas las variables de estudio. Para estos análisis se trabajó con la muestra que estigmatizó y no la obesidad ($n = 226$). Como se observa en la Tabla 3, se realizó una *t* de *Student* para las variables de insatisfacción corporal, autoestima, conductas alimentarias anómalas e IMC, encontrando que sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en IMC.

Tabla 3

Diferencias en variables de estudio entre preadolescentes y adolescentes

	Preadolescentes (<i>n</i> = 149)	Adolescentes (<i>n</i> = 77)	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)		
Insatisfacción corporal	32.89 (15.04)	34.76 (19.34)	0.80	.42
Autoestima	82.48 (13.55)	82.10 (15.67)	0.18	.85
Conductas alimentarias anómalas	13.57 (9.62)	11.90 (8.98)	1.26	.20
Índice de masa corporal	20.12 (3.78)	24.40 (23.40)	-2.20	.02

Además, se realizó la prueba Chi cuadrada (ver Tabla 4) para la variable de estigmatización observando que hubo diferencias entre preadolescentes y adolescentes ($X^2 = 16.75$, $p = .001$), siendo mayor en el grupo de preadolescentes. Dado lo anterior se decidió que los análisis subsecuentes se realizarían por cada grupo de edad.

Tabla 4

Frecuencia y porcentajes de estigmatización y no estigmatización de la obesidad por grupos de edad

	Preadolescentes (<i>n</i> = 149)	Adolescentes (<i>n</i> = 77)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Estigma	127 (85.2%)	47 (61%)
No estigma	22 (14.8%)	30 (39%)

Posteriormente, con la misma muestra que estigmatizó y no la obesidad ($n = 226$) se analizó su IMC, encontrando que tanto en el grupo de preadolescentes como en el de adolescentes, quienes estigmatizaron la obesidad en su mayoría tenían normopeso.

Mientras que, la mayoría de los participantes que no estigmatizaron la obesidad del grupo de preadolescentes tenían bajo peso y en el grupo de adolescentes normopeso (ver Tabla 5).

Tabla 5

Frecuencias y porcentajes de estigmatización a la obesidad considerando el índice de masa corporal

		Preadolescentes (<i>n</i> = 149)		Adolescentes (<i>n</i> = 77)	
Estigmatiza		Si <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)	Si <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)
Índice de Masa Corporal	Bajopeso	1 (0.8%)	14 (63.6%)	0	0
	Normopeso	68 (53.5%)	6 (27.3%)	28 (59.6%)	14 (46.7%)
	Sobrepeso	32 (25.2%)	2 (9.1%)	13 (27.7%)	11 (36.7%)
	Obesidad	26 (20.5%)	2 (9.1%)	6 (12.8%)	5 (16.7%)

Análisis estigmatización versus no estigmatización

En los siguientes análisis se trabajó por grupo de edad y, en cada grupo, se contrasta entre aquellos que estigmatizan y no la obesidad. La primera prueba que se realizó fue la *r* de *Pearson*, en el grupo de preadolescentes (ver Tabla 6) que estigmatizaron sólo se encontró relación entre las variables insatisfacción corporal e IMC ($r = .30$). En tanto que, en aquellos que no estigmatizaron se observó que las conductas alimentarias anómalas tuvieron una correlación negativa con autoestima ($r = -.41$) y positiva con insatisfacción corporal ($r = .48$).

En la Tabla 7 se observa que el grupo de adolescentes que estigmatizaron obtuvieron una relación entre insatisfacción corporal e IMC ($r = .36$). En el grupo que no estigmatizó se encontró que las conductas alimentarias anómalas tenían una relación negativa con autoestima ($r = -.58$) y positiva con insatisfacción corporal ($r = .58$). Cabe destacar que las

relaciones significativas en este grupo fueron las mismas que en el grupo de preadolescentes, pero son más fuertes.

Tabla 6

Correlación entre las variables de estudio en el grupo de preadolescentes

	Insatisfacción corporal	Autoestima	Conductas alimentarias anómalas	IMC
Insatisfacción corporal	--	-.39	.56	.30 ***
Autoestima	-.78	--	-.24	-.25
Conductas alimentarias anómalas	.48*	-.41 *	--	.10
IMC	.30	-.05	-.06	--

Nota. IMC = Índice de Masa Corporal. Grupo que estigmatizó arriba de la diagonal, grupo que no estigmatizó debajo de la diagonal, * $p = .05$; ** $p = .01$; *** $p = .001$.

Tabla 7

Correlación entre las variables de estudio en el grupo de adolescentes

	Insatisfacción corporal	Autoestima	Conductas alimentarias anómalas	IMC
Insatisfacción corporal	--	-.51	.60	.36 *
Autoestima	-.86	--	-.17	-.19
Conductas alimentarias anómalas	.58***	-.58 ***	--	.17
IMC	.32	-.20	.07	--

Nota. IMC = Índice de Masa Corporal. Grupo que estigmatizó arriba de la diagonal, grupo que no estigmatizó debajo de la diagonal, * $p = .05$; ** $p = .01$; *** $p = .001$.

En la Tabla 8, se muestran los resultados de la prueba *t* de *Student* para conocer diferencias entre los preadolescentes que no estigmatizaron y los que sí en las variables de estudio, para este grupo no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables. Mientras que, en el grupo de adolescentes (ver Tabla 9) quienes no estigmatizaron presentaron mayor insatisfacción corporal y más conductas alimentarias anómalas comparados con los que sí estigmatizaron.

Tabla 8

Diferencias entre preadolescentes que estigmatizan y no estigmatizan en insatisfacción corporal, autoestima y conductas alimentarias anómalas

	Estigmatiza		<i>t</i>	<i>p</i>
	Si (<i>n</i> = 17)	No (<i>n</i> = 22)		
	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)		
Insatisfacción corporal	32.85 (14.41)	33.09 (18.67)	-0.06	.95
Autoestima	82.31 (13.48)	83.45 (14.26)	-0.35	.73
Conductas alimentarias anómalas	13.84 (9.84)	11.77 (8.25)	1.08	.29

Tabla 9

Diferencias entre adolescentes que estigmatizan y no estigmatizan en insatisfacción corporal, autoestima y conductas alimentarias anómalas

	Estigmatiza		<i>t</i>	<i>p</i>
	Si	No		
	(<i>n</i> = 47)	(<i>n</i> = 30)		
	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)		
Insatisfacción corporal	30.65 (14.29)	41.20 (24.21)	-2.16	.04
Autoestima	83.72 (13.52)	79.56 (18.56)	48.50	.29
Conductas alimentarias anómalas	10.17 (7.40)	14.63 (10.59)	75.00	.03

Análisis normopeso versus obesidad en personas que estigmatizan

Los siguientes análisis que se realizaron fueron considerando a aquellos que habían estigmatizado y no la obesidad y que además presentaban obesidad. En la Tabla 10 se observa que entre los preadolescentes y adolescentes con obesidad no hay diferencias estadísticamente significativas en insatisfacción corporal, autoestima y conductas alimentarias anómalas.

Dado que no hubo diferencias entre grupos de edad, se realizó un último análisis que consideró a preadolescentes y adolescentes que estigmatizaron y fueron divididos en dos grupos, uno con obesidad y otro con normopeso, observando diferencias estadísticamente significativas en insatisfacción corporal y autoestima, siendo el grupo con obesidad el que presentó mayor insatisfacción corporal y menor autoestima en comparación con el grupo con normopeso (Ver Tabla 11).

Tabla 10

Diferencias entre variables de estudio en el grupo de preadolescentes y adolescentes con obesidad y que estigmatizan

	Preadolescentes con obesidad (<i>n</i> = 28)	Adolescentes con obesidad (<i>n</i> = 11)		
	<i>Rango promedio</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>p</i>
Insatisfacción corporal	19.50	21.27	140.00	.66
Conductas alimentarias anómalas	21.27	19.18	145.00	.78
Autoestima	20.91	17.68	128.50	.43

Tabla 11

Diferencias entre variables de estudio en población con normopeso y con obesidad que estigmatizaba la obesidad

	Normopeso (<i>n</i> = 40)	Obesidad (<i>n</i> = 39)		
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Insatisfacción corporal	26.04 (11.16)	42.00 (20.27)	-4.25	.001
Autoestima	83.42 (13.87)	76.64 (15.38)	2.05	.04
Conductas alimentarias anómalas	12.47 (8.19)	16.20 (10.41)	-1.77	.08

DISCUSIÓN

Los objetivos de este estudio fueron, conocer el nivel de estigmatización hacia la obesidad en preadolescentes y adolescentes y diferenciar entre aquellos que estigmatizan y los que no, en insatisfacción corporal, autoestima y conductas alimentarias anómalas.

Los primeros datos obtenidos del estudio fue que los preadolescentes en su mayoría escogen en las seis figuras de Richardson, como mejor amigo a las personas con normopeso y en sexto lugar la gente con obesidad. Mientras que, las mujeres adolescentes eligieron en primer lugar la figura femenina en silla de ruedas y los hombres las figuras con normopeso, tanto hombres como mujeres adolescentes escogieron en sexto lugar a las figuras con obesidad. Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con estudios previos (Bacardi-Gascon et al. 2007; Latner et al. 2007; Sánchez & Ruiz, 2015) en los que se menciona que generalmente se escoge a las figuras con normopeso, y en silla de ruedas como primer lugar para ser sus mejores amigos y en sexto a las figuras con obesidad, sin importar la etapa del desarrollo en la que se encuentre o su sexo. Una posible razón para estos resultados se puede encontrar en la estigmatización que se hace de las personas con obesidad, a quienes se les considera o describe con adjetivos negativos, por ejemplo flojos, sucios, poco honestos, entre otros. (Bacardi-Gascon et al. 2007; Latner et al. 2007; Sánchez & Ruiz, 2015).

Otro hallazgo fue que un mayor número de preadolescentes estigmatizaron la obesidad en comparación con los adolescentes, con este resultado se cumple el primer objetivo de este estudio que era, conocer el nivel de estigmatización hacia la obesidad en preadolescentes y adolescentes, por lo cual, se rechazó la hipótesis que se tenía, la cual dice que en el grupo de adolescentes estigmatizaría más la obesidad que los preadolescentes. Este resultado coincide con diversos estudios que reportaron altos porcentajes de estigmatización en la preadolescencia y previo a ésta (Bacardi-Gascon et al. 2007; Bermúdez & Hernández, 2012; Latner et al. 2007). Una posible explicación para este resultado es que durante la adolescencia la mayor parte de adolescentes sufren cambios que se reflejan en su aspecto físico, lo cual hace sentir empatía por las personas con obesidad y en consecuencia evitan señalarlos.

La mayoría de preadolescentes y adolescentes que estigmatizaron la obesidad tenían normopeso, una posible explicación a este resultado es que desde edades tempranas se

aprende cuál es el peso y la apariencia física socialmente aceptable (Amaya-Hernández et al., 2017) y en consecuencia se generan tempranas actitudes de rechazo a aquello que no lo cumple, por ello, pareciera que el cumplir con la norma social puede otorgar el derecho de señalar y juzgar al que no cumple con lo establecido, lo cual también es socialmente aceptable (Bermúdez & Hernández 2012). Por otra parte, quienes no estigmatizaron la obesidad, tuvieron bajo peso (preadolescentes) y normopeso (adolescentes), una explicación para este dato es que los preadolescentes con bajo peso son el lado opuesto a la obesidad y también se consideran fuera de la norma, por lo cual también pueden ser estigmatizados (Gómez & Ortiz, 2017; Jiménez & Silva, 2013; Latner et al. 2007). En este sentido una persona con bajo peso que es estigmatizada siente empatía por la persona con obesidad también estigmatizada, por lo cual evita realizar este tipo de conductas.

En quienes estigmatizaron la obesidad se observó una relación positiva entre el IMC y la insatisfacción corporal, lo cual permite deducir que sólo para este grupo su satisfacción corporal depende del cambio en su peso; mientras que, en los que no estigmatizaron se observaron correlaciones de las conductas alimentarias anómalas con la autoestima e insatisfacción corporal, lo que implica que para este grupo la satisfacción con su imagen corporal y su autoestima está vinculada a sus conductas alimentarias. Estas asociaciones se observaron en ambos grupos etarios, pero fue el grupo de adolescentes el que tuvo los coeficientes más altos. Estas correlaciones también se han observado en estudios previos que han evaluado a preadolescentes y adolescentes (Amaya, Álvarez & Mancilla, 2010; Zurita-Ortega et al., 2017). La razón de que los coeficientes son más altos en la adolescencia puede ser que la insatisfacción con la imagen corporal no aparece de manera repentina, sino que desde la infancia las personas son bombardeadas con comentarios desfavorables hacia las figuras corporales más grandes, como son las personas con obesidad, y es en la adolescencia cuando se tienen más cambios físicos y mayor interacción social lo que hace que se preste mayor atención a la imagen corporal, el peso y la conducta alimentaria (Borja & Hernández, 2012; Jiménez & Silva, 2013).

Sólo en el grupo de adolescentes se observaron diferencias en insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas entre los que estigmatizaron y los que no, siendo los primeros los que presentaron puntuaciones más altas. Este resultado cumple el segundo objetivo el cual era diferenciar entre aquellos que estigmatizan y los que no, en insatisfacción corporal, autoestima y conductas alimentarias anómalas, de esta manera se

acepta parcialmente la segunda hipótesis que menciona que los participantes que estigmatizan la obesidad tendrán mayor insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas y menor autoestima. A pesar de que no se tiene conocimiento de estudios previos que hayan realizado una comparación de estas variables entre grupos que estigmatizan y no estigmatizan la obesidad, posibles explicaciones a este hallazgo son, por un lado que sólo se observen diferencias en el grupo de adolescentes puede deberse a que la apariencia y el atractivo son especialmente importantes durante esta etapa, por lo que las conversaciones más frecuentes entre estos suelen ser sobre el peso y la figura corporal (Clark & Tiggemann, 2006). Por otro lado, que las personas que estigmatizan hayan tenido puntuaciones más altas en insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas que aquellas que no estigmatizan, puede reflejar que a través de diferentes conductas buscan llegar al ideal de delgadez que es bastante importante para ellos.

Como último hallazgo se encontró que entre aquellos que estigmatizan, son las personas con obesidad quienes reportan mayor insatisfacción corporal y menor autoestima en comparación con un grupo de normopeso. Este resultado concuerda con las investigaciones que reportan que en general las personas con obesidad presentan mayores niveles de insatisfacción corporal y menor autoestima en comparación con personas con normopeso (Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, Calderón, Aravena & Haemmerli, 2017; Griffiths, Parsons & Hill, 2010; Rodríguez, 2015).

Con los resultados obtenidos en este estudio se logró tener un panorama muy general sobre las personas que estigmatizan la obesidad. Sin embargo, también se evidenció que existe una gran variedad de investigación sobre las víctimas de la estigmatización corporal, pero muy poca investigación acerca de las personas que estigmatizan, por ello se sugiere que futuras investigaciones continúen analizando esta población, ya que así se podrá prevenir la estigmatización y crear un ambiente de respeto y tolerancia hacia las personas que padecen sobrepeso u obesidad. Asimismo, se recomienda que estudios subsecuentes tomen en cuenta otros factores que en este no se consideraron, como la influencia de los pares, las relaciones familiares, el impacto de los medios de comunicación, el nivel socioeconómico, entre otros, para conocer si estas variables también favorecen la estigmatización de la obesidad. Desde el punto de vista metodológico, en este estudio se emplearon los seis dibujos de Richardson et al. (1961) para conformar los grupos de estigmatización; no obstante, se sugiere que en estudios posteriores se utilice la entrevista para confirmar que elegir como último el dibujo del niño

con obesidad realmente atiende a razones de estigmatización. Por último, dado que la muestra de este estudio no es representativa, se sugiere ampliar el tamaño de la muestra, además de evaluar otras poblaciones con diferentes características.

CONCLUSIONES

- Los preadolescentes y adolescentes escogen en su mayoría en primer lugar como mejor amigo a los niños y niñas con normopeso y en el sexto lugar a los niños y niñas con obesidad.
- Los preadolescentes estigmatizan más la obesidad que los adolescentes.
- La mayoría de preadolescentes y adolescentes que estigmatizaron la obesidad tenían normopeso.
- Tanto en la muestra de preadolescentes como en la de adolescentes, se observó entre los que estigmatizan la obesidad una relación entre el IMC y la insatisfacción corporal; mientras que, en los que no estigmatizaron la obesidad se observaron correlaciones entre las conductas alimentarias anómalas con la autoestima y la insatisfacción corporal. Asociaciones que fueron más fuertes en adolescentes que en preadolescentes.
- Los adolescentes que estigmatizan la obesidad presentan mayor insatisfacción corporal y mayores conductas alimentarias anómalas comparados con aquellos que no estigmatizan. En la muestra de preadolescentes no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que estigmatizan y no estigmatizan la obesidad en las variables de estudio.
- Las personas con obesidad que estigmatizan la obesidad son quienes reportaron mayor insatisfacción corporal y baja autoestima.

REFERENCIAS

- Acosta, V., Llopis, J., Gómez, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 223-232.
- Alvero, L., Correas, M., Ronconi, R., Fernández, J. & Porta, I. (2011). La bioimpedancia eléctrica como método de estimación de la composición corporal: normas prácticas de utilización. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 4, 167-174.
- Amaya, A., Álvarez, G., Ortega, M. & Mancilla, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-88.
- Amaya-Hernández, A., Álvarez-Rayón, G., Ortega-Luyando, M. & Mancilla-Díaz, J. M. (2017). Influencia de pares en preadolescentes y adolescentes: Un predictor de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 31-39.
- Bacardi-Gascón, M., León-Reyes, M. & Jiménez-Cruz, A. (2007). Stigmatization of overweight mexican children. *Child Psychiatry & Human Development*, 38, 99-105. doi: 10.1007/s10578-006-0045-2
- Barbani, M. & Foz, M. (2002). Obesidad: concepto clasificación y diagnóstico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 7-17.
- Bermúdez, B. & Hernández, F. (2012). La estigmatización del cuerpo obeso: percepción de un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 14, 21-27.
- Borja, B. & Hernández, F. (2012). La estigmatización del cuerpo obeso percepción en un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 14, 21-27.
- Campo del, J., González, L. & Gámez, A. (2015). Relación entre el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa y la circunferencia de cintura en universitarios. *Investigación y Ciencia*, 23, 26-32.
- Caso, J., Hernández, L. & González, M. (2011). Prueba de autoestima para adolescentes. *Universitas Psychologica*, 10, 20-31.

Champagne, C. & Bray, G. (2017). Nutritional status: An overview of methods for assessment. *Nutrition Guide for Physicians and Related Healthcare Professionals*, 5, 351–360.

Clark, L. & Tiggemann, M. (2006). Appearance culture in nine –to 12-year- old girls: Media and peer influences on body dissatisfaction. *Social Development*, 15(4), 628-643.

Contreras-Valdés, J., Hernández-Guzmán, L. & Freyre, M. (2013). Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 24-31.

Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, G., Calderón, P., Aravena, M. & Haemmerli, C. (2017). Diferencias en imagen corporal de jóvenes con normopeso y sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 34, 847-855.

Dalmau, J., Alonso, M., Gómez, L., Martínez, C. & Sierra, C. (2007). Obesidad Infantil. Recomendaciones del comité de nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. *Anales de Pediatría*, 66, 294-304. doi:10.1157/13099693

Dávila, J., González, J. & Barrera, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53, 241-249.

Delgado-Floody, P., Caamaño, F., Osorio, A., Jerez, D., Fuentes, J., Levin, E. & Tapia, J. (2017). Imagen corporal y autoestima en niños según su estado nutricional y frecuencia de actividad física. *Revista Chilena de Nutrición*, 22, 12-18.

Devlin, M. & Zhu, A. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association*, 286, 2159-2161.

Dohnt, K. & Tiggemann, M. (2006). Body image concerns in young Girls: The role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 141-151. doi: 10.1007/s10964-005-9020-7

Fernández-Bustos, J., González-Martí, I., Contreras, O. & Cuevas. R. (2014). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47, 25-33.

Franco-Paredes, K., Díaz-Reséndiz, F., Santoyo-Telles, F. & Hidalgo-Rasmussen, C. (2017). Conductas y actitudes alimentarias anómalas y calidad de vida relacionada con la salud en niños. *Revista de Psicología*, 26, 1-10.

Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez, D. & Ortiz, M. (2017). Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los equipos de salud: Una revisión de la literatura. *Revista Médica de Chile*, 145, 1160-1164.

Gracia de, M., Marcó, M. & Fernández, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis: Revista Médica de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicósomática*, 20, 15-26.

Griffiths, J., Parsons, T. & Hill, A. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5, 282-304. doi: 10.3109/17477160903473697

Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados*. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Jiménez, B. & Silva, C. (2013). Preocupación materna por la apariencia física en relación con la estigmatización de los niños hacia la figura corporal. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18, 19-34.

Jiménez, P., Jiménez, A. & Bacardi, A. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34, 479-489.

Jones, D. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 40, 823-835. doi: 10.1037/0012-1649.40.5.823

Kaufer-Horwitz, M. & Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 15, 502-518.

Kornilaki, E. (2015). The effect of body-weight and obesity bias on children's self-esteem. *Preschool & Primary Education*, 1, 1-16.

Latner, J., Simmonds, M., Rosewall, J. & Stunkard, A. (2007). Assessment of obesity stigmatization in children and Adolescents: Modernizing a standard measure. *Obesity, 15*, 3078-3085. doi: 10.1038/oby.2007.366

Lee, K. & Vaillancourt, T. (2018). Body mass index, peer victimization, and body dissatisfaction across 7 years of childhood and adolescence. *Developmental Science, 22*, 1-23. doi: 10.1111/desc.12734

Link, B. & Phelan, J. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet, 367*, 528–529. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68184-1

Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 29*, 357-360.

Losada, A. & Rijavec, M. (2017). Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social. *Revista Neuronum, 3*, 1-21.

Maddox, G., Back, K. & Liederman, V. (1968). Overweight as social deviance and disability. *Journal of Health and Social Behavior, 9*, 287-298.

Malo, M., Castillo, N. & Pajita, D. (2017). La obesidad del mundo. *Anales Facultad de Medicina, 78*, 172-178.

Monroy, S. (2015). Niños gordos en números redondos. *Gaceta Urbana, 3*, 15-20.

Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica, 23*, 124-128.

Muazzan, A. & Khalid, R. (2008). Disordered eating behaviors: an overview of Asian cultures. *Journal Publishing Practice and Standards, 5*, 76-80.

NOM-043-SSA2-2012, Diario oficial de la Nación, (22 de enero de 2013) Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013.

Organización Mundial de la Salud. (2009a). *Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño*. Washington: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009b). *Valores de referencia de la Organización Mundial de la Salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1 de Octubre de 2019a). *Datos y cifras sobre obesidad infantil*. Recuperado de <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>

Organización Mundial de la Salud. (1 de Octubre de 2019b). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Organización Mundial de la Salud. (30 de septiembre de 2019c). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario*. Recuperado de https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/

Organización Mundial de la Salud (20 de mayo de 2020). *Datos y cifras*. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

Ortega, E. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Médica Herediana*, 29, 111-115.

Pallares, J. & Baile, J. (2012). Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 6, 13-21.

Pérez, M., Cabrera, W., Varela, G. & Garaulet, M. (2010). Distribución regional de la grasa corporal. Uso de técnicas de imagen como herramienta de diagnóstico nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 25, 207-223.

Reyna, L. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 357-360.

Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Revista Edetania*, 44, 241-257.

Rodríguez, M. (2015) *Relación entre obesidad, adherencia a la dieta mediterránea, autoestima y actividad física en escolares de 6º de primaria*. Universidad de Granada: España

Rodríguez, R. (2006). La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. *Investigación en Salud*, 8, 95-98.

Richardson, A., Goodman, N., Hastorf, A. & Dornbusch, S. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, 26, 241-247. doi: 10.2307/2089861

Sánchez, C., Pichardo, E. & López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140, 3-20.

Sánchez, J. & Ruiz, A. (2015). Relationship between self-esteem and body image in children with obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 38-44.

Senese, V., Pezzela, M., Pasquariello, L., Ali, S. & Rohner, R. (2019). Effects of social exclusion and maternal rejection on children's high-caloric food consumption. *Appetite*, 145, 1-25

Sokol, R., Ennett, S., Gottfredson, N., Ahanahan, M., Poti, J., Halpern, C. & Fisher, B. (2019). Child maltreatment and body mass index over time. *Children and Youth Services Review*, 100, 214–220.

Thompson, J., Heinberg, L., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington: American Psychological Association.

Trejo, P., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. & Valdéz, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26, 144-154.

Tyler, C., Johnston, C., Dalton, W. & Foreyt, J. (2009). Relationships between weight and body dissatisfaction. *Journal of Black Psychology*, 35, 125-132. doi:10.1177/0095798408323388

UNICEF. (2020). *Salud y nutrición*. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/salud-y-nutrici%C3%B3n>.

Unikel, C., Bojórquez, L., Villatoro, J., Fleiz, C. & Medina, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del distrito federal: Tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58, 15-27.

Unikel, C., Molina, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 años. *Salud Mental*, 25, 49-57.

White, J., Reisner, S. & Pachankis, J. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222-231.

Zurita-Ortega, F., Castro-Sánchez, M., Rodríguez-Fernández, S., Cofré-Bolados, C., Chacón-Cuberos, R., Martínez-Martínez, A. & Muros-Molina, J. (2017). Actividad física, obesidad y autoestima en escolares chilenos: Análisis mediante ecuaciones estructurales. *Revista Médica de Chile*, 145, 327-334.