



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ACTITUDES Y ESTEREOTIPOS DE LA OBESIDAD INFANTIL
EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MARIA DE LOS ANGELES MARINA ADAME GAYOSSO

DIRECTORA: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

REVISOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

SINODALES: MTRA. MARQUINA TERÁN GUILLÉN

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRA. NELLY FLORES PINEDA



MÉXICO, D.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Desiderata

Camina plácido entre el ruido y la prisa
y piensa en la paz que se puede encontrar en el silencio.

En cuanto te sea posible y sin rendirte,
mantén buenas relaciones con todas las personas.
Enuncia tu verdad de una manera serena y clara
y escucha a los demás, incluso al torpe e ignorante,
pues también ellos tienen su propia historia.

Esquiva a las personas ruidosas y agresivas
ya que son un fastidio para el espíritu.
Si te comparas con los demás, te volverás vano y amargado,
pues siempre habrá personas más grandes y más pequeñas que tú.
Disfruta de tus éxitos lo mismo que de tus fracasos.
Mantén el interés en tu propia carrera
por humilde que sea, ya que ella es un verdadero tesoro
en el fortuito cambiar de los tiempos.

Sé cauto en tus negocios pues el mundo está lleno de engaños,
mas no dejes que esto te vuelva ciego para la virtud que existe.
Hay muchas personas que se esfuerzan por alcanzar nobles ideales,
por todos lados la vida esta llena de heroísmo.
Sé sincero contigo mismo, en especial no finjas el afecto
y no seas cínico en el amor,
pues en medio de todas las arideces y desengaños,
es perenne como la hierba.

Acata dócilmente el consejo de los años
abandonando con donaire las cosas de la juventud.
Cultiva la firmeza del espíritu
para que te proteja en las adversidades repentinas.
Muchos temores nacen de la fatiga y la soledad,
sobre una sana disciplina, se benigno contigo mismo.
Tú eres una criatura del universo,
no menos que las plantas y las estrellas,
tienes derecho a existir.

Y ya sea que te resulte claro o no,
indudablemente el universo marcha como debiera.
Por eso debes estar en paz con Dios,
cualquiera que sea tu idea de Él.
Y sean cualesquiera tus trabajos y aspiraciones,
conserva la paz con tu alma en la bulliciosa confusión de la vida.
Aún con toda su farsa, penalidades y sueños fallidos,
el mundo es todavía hermoso.

Sé cauto, ¡esfuérate por ser feliz!

AGRADECIMIENTOS

No hay plazo que no se cumpla ni deuda que no se pague... Mi plazo se cumplió y es momento de pagar mi deuda.

Antes que nada quiero agradecer a todas y cada una de las personas que me han acompañado en estos 25 años de vida, sobre todo a aquellas que han sido mi motor en estos últimos dos años, que no han sido fáciles para mí, sobre todo el último.

Al escuchar una grabación del Lic. Arturo Allende Frausto, y analizar lo que en vida me enseñó surgió en mi la idea de la tesis que tienen en sus manos, ya que previamente, sembró en mi la responsabilidad de buscar el bienestar de la población y que mejor manera de hacerlo que proponer, un tratamiento para la obesidad infantil.

Me hubiera gustado que el maestro Allende fuera testigo del fruto de este trabajo, pero se nos adelantó hace algunos años y en reconocimiento a su calidez, a lo que como persona y profesional me enseñó, quiero dedicarle esta tesis como un homenaje a la semilla que sembró en varios psicólogos que tuvimos la fortuna de estar a su lado y trabajar sobre nuestra apasionante psicología del deporte.

La tesis que está en sus manos, es fruto del apoyo y acompañamiento de muchas personas que a lo largo de estos dos años me han brindado su apoyo incondicional.

A mi querida tía Gordita, con todo el cariño que me merece. Gracias por enseñarme a luchar por la vida, a no dejarme morir y a vivir y disfrutar. Muchas gracias por recordarme que no vale la pena sufrir por alguien que no vale la pena.

A mis papás y a mis hermanos.

Mamá:

Gracias por enseñarme a superarme, a salir adelante, a ser ambiciosa y ser la mejor. Gracias por tu cariño, apoyo y comprensión.

Papá:

Quién mejor que tú para enseñarme a ser trabajadora y responsable. Te quiero mucho, sé que todavía no lo he aprendido bien, pero lo estoy intentando.

Male:

¡Cuánto apoyo he recibido de ti!, te admiro por ser madre, ir a la escuela, amar a tu familia y seguirte superando. Gracias por tu cariño y comprensión en estos días de mucho dolor.

Los queridos brujos, Gus y Gustavito:

Gracias por apapacharme en estos días, gracias por cuidarme y preocuparse de que estuviera tan flaca, los quiero gracias, gracias.

Jorgito:

Qué puede decir de ti, siempre me has rescatado, siempre das la cara cuando te necesito. Gracias por quererme y sobre todo por ser tan inteligente y seguir mis pasos en el atletismo.

Andi:

Querida Andi, qué te puedo decir, has terminado siendo mi confidente, ¿quién lo diría?, la mei mei dándole consejos a la hermana mayor. Xie Xie.

Dra. Angélica:

Gracias por todo, no hay palabras para describir lo bien que me ha hecho sentir, me motivó a seguir, cuando cualquiera me hubiera dado por muerta. Este sueño hecho realidad, se lo debo a usted en gran parte. Gracias porque me hizo sentir bien, me dio confianza y me guió en todo momento. ¡Lo logramos!.

Dr. Juan José:

Desde la licenciatura me ayudó, en el servicio social me guió, siempre me rescata y hoy no es la excepción. Gracias por su sabiduría, su consejo y sobre todo por su calidez humana.

Mtra. Marquina:

Disfruté sus clases en licenciatura, me permití ser más flexible, gracias a su consejo. Gracias por tranquilizarme, por dedicarme un espacio tan grande cuando estaba tan ocupada.

Mtra Nelly:

Compañeras de seminario, después fuiste una excelente maestra en el curso promoción de estilos de vida saludable, ahora sinodal... Muchas gracias por tus

consejos, por tu apoyo y sobre todo por comprenderme. El estar a tu lado me ha dejado mucho tanto en lo personal como en lo profesional.

Dr. Samuel Jurado:

Gracias por el apoyo, tal vez no lo recuerda, pero en 2008, me orientó y me sugirió buscar el apoyo del Dr. Sánchez Sosa para que me asesorara en mi servicio social. De ese encuentro surgió la idea de hacer la tesis con él. Después vino la sugerencia de hacerla con la Dra. Angélica y hoy nuevamente vuelvo a contar con su apoyo, ahora como sinodal. Haciendo el bien sin mirar a quién. Gracias por su amabilidad.

A todos los niños, profesores, directivos y padres de familia de la escuela de mis amores. Gracias por apoyarme, gracias por su compañía. Me beneficiaron como profesionista, pero como ser humano me alegraron el corazón al permitirme jugar con los niños en los recreos.

Trabajar con los niños me hizo reafirmar lo siguiente: “Ningún niño es malvado, hasta el más latoso e inquieto es noble, solo es cuestión de tratarlos bien, escucharlos, darles cariño y verán que esos niños son increíbles”.

A mis queridos amigos:

No puedo mencionarles a todos, porque tengo miedo de olvidar el nombre de alguno, y eso me apenaría muchísimo, todos ustedes saben quiénes son, lo que significan para mí y que aunque estén lejos los llevo en mi corazón.

Gracias por su apoyo incondicional, a lo largo de mi vida, pero sobre todo en estos dos últimos años.

Les agradezco a todos, pero a quienes no puedo dejar de agradecer públicamente es a: Lizardo Valencia Palomo, César Betancourt, Julieta Avendaño, Nicole Trocherie, Juan Galicia, Mamá, Andi, Jorgito y Elsita, Male, Judith, Lalo, Eliza, Miguel Esparza, Raúl Garduño, Ussiel, Luis Juárez, Liz Paris, Alberto Campos, Nathalie, Yunuén, Alfredo y Luis, tía Inés, David Salas, Adriana García Cruz. Ya sea que me hayan brindado soporte emocional cuando quise darme por vencida o bien ayudándome directamente con alguna cuestión de la tesis

Como siempre el tiempo es cruel y no puedo dedicarle a cada uno las palabras que se merecen, pero saben que les vivo agradecida por siempre. Sin ustedes esto no sería una realidad.

A todos y cada uno de los que me ayudaron para que este sueño se cumpliera, se los agradezco, a todos los administrativos, las secretarias y todo aquel que se vio perjudicado por mis prisas, le pido una disculpa y les agradezco haberme permitido salir triunfante, sin ustedes esto no sería posible.

Finalmente, expreso mi gratitud a Kary y Ana Lau y Nath (mis cómplices), en los últimos días me han soportado y me han empujado para finalizar esto. Dra. Angélica, gracias por la oportunidad.

Lo olvidaba, lo siento esta tesis tiene la forma que hoy tiene, gracias a las valiosas aportaciones de los adorables compañeros del Seminario de Titulación del Doctorado en Psicología de la Facultad en especial a Héctor Velazquez Jurado, sorry, desde la licenciatura te he dado lata como siempre, ja ja. Discúlpame por ser tan ñoña en la carrera.

A todos los amigos de la carrera, Ju, Bere, Silvi, Rodri, Jaz, Fabi, Lety, Julio Angélica y Brenda. Gracias

A la paciencia y tolerancia de Miguel Ángel García Hidalgo, que sin conocerme me ayudó tanto.

Dr. Juan José, querida Dra. Angélica, lo logramos y lo siento mucho, pero nos vemos en el Doctorado. Qué hermosas palabras, que gracias a su apoyo incondicional serán una realidad. A nombre mío y de mi familia les agradezco todo, pues no han brindado la oportunidad de vivir mejor.

Lizardo:

La peor persona que he conocido, j aja, te hago justicia poniendo desiderata, resume todo lo que me has enseñado. Gracias amigo, estoy super orgullosa de ti por estar haciendo tu doctorado en Francia. Eres otro gran ejemplo de la constancia y el trabajo arduo.

Perdón porque siempre se corre el riesgo de olvidar el nombre de alguien, y saben que no lo ponga aquí no significa que no se los agradezca, es culpa de la falta de sueño y el estrés, lo siento.

Los quiere Angeles.

ÍNDICE

ÍNDICE	i
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	I
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I “OBESIDAD INFANTIL”	
Definición de Obesidad	4
Definición de Obesidad Infantil	8
Causas de la Obesidad	10
Causas sociales de la epidemia de la obesidad infantil	10
Diagnóstico de la obesidad	11
Clasificación de la obesidad	13
Clasificación según el Índice de Masa Corporal (IMC)	15
Consecuencias de la obesidad infantil	16
Consecuencias físicas	16
Consecuencias sociales	17
Consecuencias psicológicas	18
CAPÍTULO II “ESTEREOTIPOS Y ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA OBESIDAD”	
Los estereotipos	22
La autoestima del niño	28
CAPÍTULO III MÉTODO	
Participantes	30
Diseño	30
Materiales	30

ÍNDICE

29 de noviembre de 2010

Instrumentos	30
Evaluación para identificar actitudes	30
Evaluación de percepción corporal	32
Escala de estereotipos hacia la obesidad	32
Instrumento causas de la obesidad	33
Escala de actitudes hacia las personas obesas ATOP	34
Escala de creencias sobre personas obesas BAOP	35
Procedimiento	35
CAPÍTULO IV RESULTADOS	
Resultados	37
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	
Discusión	57
REFERENCIAS	
Referencias	61
ANEXOS	
Índice de Anexos	66

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1. Diagnóstico de la obesidad	12
Tabla 2. Clasificación etiológica de la obesidad	14
Tabla 3. Clasificación del IMC	16
Tabla 4. Factores protectores	24

Figuras

Figura 1. Estereotipos de la figura femenina por parte de las niñas	37
Figura 2. Estereotipos de la figura femenina por parte de los niños	38
Figura 3. Estereotipos de la figura masculina por parte de las niñas	40
Figura 4. Estereotipos de la figura masculina por parte de los niños	41
Figura 5. Estereotipos de la figura femenina por parte de las cuidadoras	42
Figura 6. Estereotipos de la figura femenina por parte de los cuidadores	43
Figura 7. Estereotipos de la figura masculina por parte de las cuidadoras	44
Figura 8. Estereotipos de la figura masculina por parte de los cuidadores	45
Figura 9. Yo soy, yo quiero parecerme niñas	47
Figura 10. Yo soy, yo quiero parecerme niños	48
Figura 11. Yo soy, yo quiero parecerme cuidadoras	49
Figura 12. Yo soy, yo quiero parecerme cuidadores	50
Figura 13. Dispersograma de respuestas sobre la complexión percibida y el ideal en niños y niñas	51
Figura 14. Dispersograma de respuestas sobre la complexión percibida y el ideal en los cuidadores	52
Figura 15. Diferencia de medias entre las escalas, aplicadas a los cuidadores y separados a partir de la complexión de los niños	53



Figura 16. Diferencia de medias entre las escalas, aplicadas a los cuidadores y separados a partir de la complexión de los niños	54
Figura 17. Correlación del IMC en niños y niñas y adjetivos	55
Figura 18. Correlación del IMC de los cuidadores y adjetivos	55



RESUMEN

El propósito del presente estudio fue identificar las actitudes y prejuicios relacionados con la obesidad en niños mexicanos y sus cuidadores. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con una sola medición. El grupo estuvo conformado por un total de 578 participantes, de los cuales 441 son niños y 137 cuidadores primarios. De los niños el 54% (240) fueron niños y 45.6% (201) niñas. De los cuidadores primarios 85.4% son mujeres (117) y 14.6 (20) hombres. La media de la edad de los niños fue de 9.12 años con una desviación estándar de 1.90, la edad mínima fue de seis años y la máxima de 13. En cuanto a la edad de los cuidadores primarios la media fue de 35.53 años y una desviación estándar de 9.41, la edad mínima fue de 15 años y la máxima de 70. Se les aplicaron dos evaluaciones para identificar los prejuicios y actitudes hacia la obesidad, tanto a los niños como a los cuidadores. Estos últimos también contestaron una batería de cuatro instrumentos, encontrándose que tanto niños como cuidadores presentan actitudes negativas hacia la obesidad, los niños identifican la obesidad con características como “tonto” “malo para los deportes” y “feo”. La actitud negativa fue especialmente marcada en los cuidadores de los niños con obesidad, y menos notable en los cuidadores obesos. Se discuten los resultados en el marco de las implicaciones en el bienestar de los niños.

Palabras clave: obesidad infantil, estereotipos, actitudes negativas.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día es muy frecuente escuchar en todos los ámbitos algo relacionado a la obesidad, haciendo un mayor énfasis en la obesidad infantil. ¿A qué se debe este evidente crecimiento en el interés hacia la obesidad?, por lo menos en el caso de México, esto se explica porque ocupa el segundo lugar a nivel mundial con niños con sobrepeso y obesidad.

Más allá de una estadística es necesario preguntarnos qué implica esto tanto para la Secretaría de Salud como para las personas que tienen obesidad. La respuesta no es sencilla, sin embargo parece haber un interés legítimo por la Secretaría de Salud en contrarrestar estos números, quizás en parte motivados por el costo económico que implica. El costo derivado de la obesidad y sus enfermedades asociadas, como hipertensión y diabetes, es muy alto, de acuerdo con el estudio realizado por Garduño-Espinosa et al. (2008) los gastos generados serán insostenibles hacia el 2050 para nuestro actual Sistema de Salud (que de por sí, ya enfrenta graves problemas para dar atención a toda la población derechohabiente).

Es así como la obesidad desde hace varios años es considerada como un problema de salud pública. No sólo se trata de los gastos económicos ya que la esperanza de vida de las personas con obesidad es menor y su productividad se ve afectada por las enfermedades que llegan a afectarlos o incapacitarlos, como la diabetes.

Hasta ahora más allá de saber que ocupamos el segundo lugar a nivel mundial con personas obesas tanto en población infantil como adulta y reconocer los gastos que esto implica para el país, aún se sabe poco sobre las implicaciones de ser una persona obesa en el siglo XXI, en la sociedad occidental cuyo ideal de belleza es la delgadez extrema (difícilmente alcanzable).

Pareciera ser una pregunta que ha recibido especial atención en un amplio abordaje sobre la obesidad, que ha incluido temas como el malestar emocional,

problemas de discriminación laboral, el papel de los estereotipos, o tratamientos médicos y psicológicos para su manejo. Sin embargo, el éxito de los programas es más bien limitado (Sassi, 2010) lo que apunta a una necesidad de comprender mejor el fenómeno para darle una abordaje eficaz. Pareciera que ante una guerra hacia lo obeso (“guerra contra la obesidad”, Jáuregui, 2006, pág. 305), se está perdiendo la batalla y que se tiende a despersonalizar la enfermedad. En el discurso político se habla de lo obeso y no de la persona obesa o su entorno.

Hoy en día ¿qué implica ser un niño obeso en la escuela primaria?, ¿cómo son vistos por la sociedad?, ¿cómo se vive el niño obeso?, ¿qué consecuencias tiene para su salud mental y física serlo? Es muy importante darle respuesta a estas preguntas ya que al conocer la respuesta como psicólogos podremos plantear mejores soluciones o de mayor efectividad.

En la revisión de la literatura sobre obesidad hay diversos estudios que dieron cuenta de los malos tratos a los que eran sujetos las personas obesas, las creencias negativas (injustificadas la mayoría de ellas) y los estereotipos. Esta situación es preocupante especialmente en las condiciones de México.

CAPÍTULO I OBESIDAD INFANTIL

DEFINICIÓN DE OBESIDAD

Definirla es la primera dificultad en su estudio, las definiciones propuestas no dan cuenta con claridad de lo que es y se dirigen a aspectos muy generales. Este problema, ha sido una constante en la historia de la obesidad ya que el empleo de esta palabra es de uso reciente.

En términos históricos la palabra gordo es mucho más antigua, proviene del latín gurdus. Es un adjetivo que significa: de abundantes carnes, muy abultado y corpulento, pingüe (craso y mantecoso). Carne gorda, que excede del grosor corriente en su clase, muy grande, fuera de lo corriente; antiguo. Torpe, tonto, poco avisado (Jáuregui, 2006).

De la definición anterior se pueden resaltar los adjetivos grande, torpe, tonto y sebo que comúnmente se asocian con las personas gordas.

En cuanto al término obeso (a), se sabe que proviene del latín obesus, es un adjetivo dicho de una persona: excesivamente gorda. A partir del hecho de que para gordo haya distintas acepciones y para obeso solo una, permite suponer que esta es la razón por la que ha sido difícil definir a la obesidad y que este problema a su vez, es la causa de las diferentes definiciones.

Antes de dar cabida a las definiciones que se conocen sobre la obesidad, es interesante recordar que la palabra gordo a lo largo de la historia no había sido asociada con la enfermedad. Y que es hasta 1938 cuando aparece por primera vez el término obesidad en la Clasificación Internacional Bertillon de Causas de Defunción (también conocida como Nomenclature Internationale des Maladies).

Será hasta 1989 que la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión mencione los siguientes términos: Obesidad y otros tipos de hiperalimentación, obesidad debida a exceso de calorías, obesidad inducida por drogas, obesidad extrema con hipoventilación alveolar, otros tipos de obesidad y

obesidad no especificada. Es en este momento que se le reconoce como una patología.

Sin embargo como remarca Jáuregui (2006, p. 308) “Y como tantas veces en medicina, clasificadas, medidas y no siempre bien definidas las enfermedades, transcurrirá mucho tiempo hasta que muchas definiciones acaben por dar lugar a un concepto de obesidad más o menos consensuado...”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la definición de uso más común, incluyente y respetada en el mundo como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, Nota descriptiva 311,2006).

Como se verá más adelante, la OMS, no la considera una enfermedad, mientras que otros autores sí lo hacen.

Para Bray (1987, citado en Martínez, 2000, p. 339) “La obesidad ha sido definida como un exceso del depósito de grasa, debido a un cambio crónico positivo en la ecuación de la energía resultado de un incremento en la entrada de energía, un decremento en la salida o en ambos.

El National Institutes of Health, NIH, (1998, p. xi) señala que “La obesidad es una enfermedad compleja multifactorial y crónica que se desarrolla por la interacción del genotipo y el medio ambiente. Nuestra comprensión de cómo y por qué se desarrolla la obesidad aún es incompleta, sin embargo abarca factores sociales, conductuales, culturales, fisiológicos, metabólicos y genéticos”.

También se ha dicho que: “La obesidad es una enfermedad crónica compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, y que tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético” (Serra, Ribas, Aranceta, Pérez, Saavedra, Peña, 2003, p. 725).

Para Barbany (2004, p.93) “La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de la masa grasa y en consecuencia por un incremento de peso. Existe, pues un aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa”.

Esta autora también señala que se le ha considerado crónica dado que forma parte del grupo de enfermedades que no podemos curar con el arsenal terapéutico del que se dispone actualmente, atinadamente comenta que no se debe confundir peso excesivo con obesidad; ya que hay excepciones, por ejemplo los culturistas tienen un peso elevado debido a la masa muscular.

Santos, Martínez, Pérez y Albala en 2005 (p.349) señalaron que “La obesidad es una condición desfavorable de salud, que se caracteriza por un incremento excesivo de la grasa corporal, originado por un balance energético positivo mantenido en el tiempo”.

En tanto que Fernández (2005, p.35) la define como “una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia”. El mismo Fernández señala que: “La obesidad... se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético” (Citado en Islas y Peguero 2006, p.1).

Otros autores la definen como “el acúmulo [sic].en el organismo de grasa corporal en una proporción mayor de la esperada para la edad y sexo, exceso que representa un riesgo para la salud de las personas” (Flores, Pérez, Garduño, Reyes, Rodríguez, y Muñoz, 2007, p. 400).

Los autores que hacen alusión a la acumulación excesiva o anormal de grasa, al exceso de grasa o bien al aumento de la masa grasa son: Bray (1987), OMS (2004 y 2006), Barbany (2004), Santos et al. (2005) y Flores et al. (2007). Cabe señalar que todos a excepción de Barbany, dentro de su definición no contemplan

a la obesidad como una enfermedad; sin embargo sí mencionan (excepto Bray) el riesgo que ese exceso de grasa representa para la salud.

Un componente importante es el desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, que mencionan Serra et al. (2003) y Fernández (2005). Bray (1987) menciona la ecuación energética y Barbany (2004) señala el aumento de las reservas energéticas, que es equivalente a lo dicho por Santos et al. (2005) sobre el balance energético positivo mantenido en el tiempo.

Finalmente los autores que resaltan que se trata de una enfermedad crónica, compleja y multifactorial son el NIH (1998), Serra et al. (2003) y Fernández (2005). Este último también señala que se puede prevenir y al igual que Serra et al. indican que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia.

Para el propósito de este trabajo, las definiciones en las que se considera a la obesidad como una enfermedad parecen las más completas ya que en ellas se considera también la interacción de la genética con el medio ambiente y se reconoce la importancia de los factores sociales, conductuales, culturales, fisiológicos, metabólicos y genéticos.

¿Cuál es la importancia de reconocer o no a la obesidad como una enfermedad? Pareciera que esta cuestión ha pasado desapercibida, sin embargo al remitirnos a las definiciones de enfermedad y salud la importancia de hacer esta distinción es evidente si se reconoce que en la obesidad el estado de completo bienestar se altera.

La palabra enfermedad proviene del latín *infirmītas*, *-ātis* y significa una alteración más o menos grave de la salud (conforme a la última revisión del Diccionario de la Real Academia Española, 2001).

Por otro lado, de acuerdo con la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (Constitución de la OMS, 2006).

Por la distinción anterior, es de vital importancia señalar que no todas las definiciones de obesidad incluyen la palabra enfermedad (como previamente fue señalado) negando implícitamente la pérdida del bienestar físico, mental y social que experimentan las personas con obesidad. El sólo reconocer que puede ser perjudicial para su salud ha generado como consecuencia que el abordaje que se le ha dado sea optativo, inconstante, e incluso frívolo y puede ser que por esta razón, no se hayan obtenido los resultados deseados en los tratamientos.

DEFINICIÓN DE OBESIDAD INFANTIL

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$). El sobrepeso infantil se establece a partir del centil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del centil 85 (Calzada, 2003 citado en Islas y Peguero 2006, pág. 1).

En 2004 Calzada señaló que la obesidad en niños y adolescentes es una enfermedad crónica y un problema de salud pública meritorio de prioridad dentro de los programas de salud a corto plazo.

Es preocupante que las definiciones anteriores sean lo más cercano a una definición de obesidad infantil. Y desgraciadamente esta carencia de definir el problema conceptualmente es la que nos orilla a utilizar una definición operacional (definirla a partir de centilas). Por una parte se trata de un criterio estadístico, dependiente de las condiciones generales de la población, y por otra parte, la carencia de definición imposibilita una comprensión amplia del término para los profesionales y la población acerca de las implicaciones y significado del término.

La mayoría de los autores dan una definición de la obesidad en general, pero no aportan una definición de obesidad infantil. Identifican que se inicia en la infancia y

la adolescencia, señalan cómo debe medirse, y se han identificado sus factores de riesgo y sus causas, y pese a esos conocimientos no se llega a una definición.

La ausencia de una definición puede explicar las dificultades a las que nos enfrentamos a la hora de querer definir si un niño es obeso o no, pues aunque se conozcan los criterios para diagnosticarlo, no siempre se sabe cómo interpretar esos datos.

Ante la necesidad de definir el objeto de estudio (en este caso la obesidad infantil) en el periodo de tiempo que comprende la infancia (3-12 años), elaboraré una definición que incluya a los recién nacidos y que abarque hasta los 18 años, ya que es en estas edades en las que no es adecuado el uso del IMC como único indicador para diagnosticar obesidad.

Aclarado lo anterior, la obesidad infantil sería una enfermedad prevenible (en la mayoría de los casos) que se puede presentar desde el nacimiento y hasta los 18 años. Se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa que se refleja en un aumento del peso (comparado con el que se espera para esa edad). Este exceso de grasa, deteriora la calidad de vida del niño y tiene un efecto negativo en su salud tanto psicológica como física que le impide un desarrollo social adecuado.

Esta definición puede ser rebatida por médicos pediatras, dado que no se considera que el exceso de peso en los recién nacidos sea obesidad, ni al menos en los dos primeros años de vida (L.E. Juárez, 5 de octubre de 2010, comunicación personal).

Las estadísticas nos hablan de mayores problemas de obesidad entre los cinco y once años de edad. Sin embargo considero importante que si no se habla de una obesidad en el recién nacido, por lo menos en estos tres primeros años de vida, se vigile el exceso de grasa, pues al ingresar el niño a la escuela de continuar con ese peso e incorporarse a los estilos de vida actuales es muy

probable que termine formando parte de las estadísticas de niños con sobrepeso y/o obesidad.

CAUSAS DE LA OBESIDAD

Las causas fundamentales del sobrepeso y la obesidad infantiles son el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad infantiles son atribuibles a factores tales como:

El cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables.

La tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización (OMS a, 2004).

Causas sociales de la epidemia de obesidad infantil

La OMS reconoce que la prevalencia creciente de la obesidad infantil se debe a cambios sociales. Se asocia fundamentalmente a la dieta inapropiada y a la escasa actividad física, pero no está relacionada únicamente con el comportamiento del niño, sino también con el desarrollo social y económico, y las políticas en materia de agricultura, transportes, planificación urbana, medio ambiente, educación, procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos.

Debido a la naturaleza social del problema se requiere de un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales.

Al contrario de la mayoría de los adultos, los niños y los adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven ni los alimentos que consumen. Asimismo, tienen

una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento. Por consiguiente necesitan una atención especial en la lucha contra la epidemia de la obesidad (OMS b, 2004).

DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD

En la actualidad la obesidad se diagnostica con la ayuda del punto de vista antropométrico, que como señala Barbany (2004) es el habitualmente utilizado en clínica, y considera obesa a una persona con un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m².

La impedanciometría multifrecuencia (Mide la proporción de la grasa corporal a partir de la resistencia de la corriente eléctrica una vez incorporados al medidor datos de edad, peso, estatura y sexo de la persona). Ayuda a la valoración antropométrica para la estimación de la composición corporal y del grado de adiposidad. Impedancia (del fr. "impédance") f. Electr. Resistencia que presenta un circuito a una corriente alterna (Diccionario de María Moliner).

El diagnóstico de la obesidad puede hacerse desde diferentes puntos de vista, como los que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1
Diagnóstico de la obesidad

Técnica	Clasificación	Información complementaria
Valoración antropométrica. (La evaluación antropométrica consiste en la medición de las dimensiones y la composición global del cuerpo humano. Saucedo y Gómez, 1998, p. 392).	Una persona se considera obesa si su Índice de Masa Corporal (IMC) es igual o superior a 30 kg/m ² .	La impedanciometría multifrecuencia ayuda a complementar la valoración antropométrica para la estimación de la composición corporal y el grado de adiposidad.
En función del porcentaje graso corporal	Son obesos aquellos sujetos que presentan porcentajes por encima del 25% en los hombres y del 33% en las mujeres.	Los valores comprendidos entre 31% y 33% se consideran límites y los normales son del 20 al 30% en las mujeres. En los hombres entre 21% y 25% son límite y del 12 al 20% son normales.

Modificado de Barbany (2004).

Los ejemplos antes mencionados no son las únicas técnicas, existen otras que son más precisas, pero su coste y complejidad han limitado su uso generalizado.

Resulta difícil encontrar una forma simple de medir el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes porque su organismo sufre una serie de cambios fisiológicos a medida que van creciendo. Dependiendo de la edad, existen varios métodos para determinar qué es un peso corporal saludable.

Entre los 0 y los 5 años

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS, presentados en abril de 2006, incluyen mediciones del sobrepeso y la obesidad en lactantes y niños de hasta 5 años.

Entre los 5 y los 19 años

La OMS ha elaborado datos de referencia sobre el crecimiento entre los 5 y los 19 años. Se trata de una reconstrucción de la referencia de 1977 del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (NCHS)/OMS y utiliza los datos originales del NCHS, complementados con datos de la muestra de menores de 5 años utilizada para elaborar los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

En adultos

El parámetro más utilizado para medir el sobrepeso y la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), cuya determinación es sencilla y permite identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como a nivel poblacional. El IMC es el mismo para ambos sexos y todas las edades (en adultos). Sin embargo, debe considerarse como una orientación no muy precisa, porque puede no corresponder con el mismo porcentaje de grasa corporal en diferentes individuos. El IMC todavía no es utilizable en los niños como criterio único (OMS c, 2004).

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

La obesidad puede clasificarse en función de su etiología, según el IMC y por la distribución topográfica de la acumulación de grasa.

Clasificación etiológica

Actualmente, sabemos que la obesidad se produce cuando coinciden en una misma persona la predisposición genética y factores ambientales desencadenantes (Barbany 2004).

Tabla 2
Clasificación etiológica de la obesidad

Clasificación etiológica de la obesidad	Características
Esencial	Es la más frecuente y es debida a una alteración de la regulación del ajuste de peso o bien a una alteración del ponderostato (control homeostático del peso corporal humano).
De origen endócrino	<p>1.-Obesidad ovárica: presente en el síndrome de Stein-Leventhal, se caracteriza por oligomenorrea (menstruación escasa o poco frecuente) o amenorrea, hirsutismo (vellosidad excesiva) y aumento progresivo de peso.</p> <p>2.-Hiperinsulinemia: Diabetes tipo 2 en pacientes que requieren insulina. La insulina es una hormona que favorece la síntesis de grasa y su depósito en el tejido adiposo.</p> <p>3.-Hiperfunción suprarrenal: ↑ de la producción de glucocorticoides como ocurre en el síndrome de Cushing que conlleva un incremento de peso con una distribución característica de la grasa en la región faciotroncular del cuerpo.</p> <p>4.- Hipotiroidismo: Cursa con incremento de peso.</p>
De origen hipotalámico	Es poco frecuente en humanos, es producida por una lesión del núcleo ventromedial (NVM) del hipotálamo. Esta lesión provoca hiperfagia y, como consecuencia, obesidad. Está asociada a traumatismos, tumores, infecciones y cirugía.
De origen genético	Causada por anomalías cromosómicas, son síndromes mendelianos de rara aparición que cursan con obesidad: Prader Willi, Wilson Turner, Laurence-Moon Bardet-Biedl y Älstrom, Carpenter, Cohen. Mutaciones del gen: leptina, receptor de leptina, proopiomelanocortina, receptor-γ activador de proliferación de peroxisomas, receptor melanocortina-4, proteína convertidora 1 y el receptor-β de la hormona tiroidea.
Por medicamentos	Algunos fármacos pueden provocar o aumentar el grado de obesidad entre ellos se encuentran: los glucocorticoides (antiinflamatorios, broncodilatadores y la insulina); antidepresivos tricíclicos (amitriptilina); fenotiacinas y otros psicofármacos; los estrógenos y las hidracidas (utilizadas en el tratamiento de la tuberculosis).

*Modificado de Barbany (2004, p.94), Martínez (2000, p. 339).

Clasificación según el Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) o lo que es lo mismo, un índice que relaciona el peso del individuo (expresado en kg) con su altura expresada en m y elevada al cuadrado (OMS c, 2004; Barbany, 2004).

Es el mismo para ambos sexos y todas las edades (en adultos). Sin embargo, debido a que la estimación por IMC no necesariamente corresponde a grasa corporal la OMS advierte sobre posibles imprecisiones en su uso (OMS c, 2004; Eberwine 2002, p.6). A pesar del señalamiento hecho por la OMS, Barbany (2004) reconoce que si bien este método no es perfecto, es suficientemente indicativo del grado de obesidad y es fácil obtenerlo. Eberwine (2002) señala que una de sus fallas es que no distingue entre exceso de grasa y músculo y puede haber diferencias importantes en su distribución.

Zárate, Basurto y Saucedo (2001, p.66) señalan que “La obesidad se clasifica de acuerdo a la distribución de la grasa, cuando se acumula preferentemente en las nalgas y parte alta de las piernas se le denomina “ginoide” como la apariencia corporal de “pera”; en cambio cuando la grasa se localiza en el abdomen es conocida como “androide” o de manzana”. Conocer la distribución de la grasa permite conocer las consecuencias que pueden esperarse, por ejemplo, la distribución androide se acompaña frecuentemente de alteraciones metabólicas principalmente el hiperinsulinismo y el androgenismo; se asocia con diabetes mellitus, y trastornos de las lipoproteínas circulantes e hipertensión arterial.

El sobrepeso hasta valores de $\text{IMC} = 27$ puede considerarse normal siempre y cuando no se asocie a algún factor de riesgo y la distribución de la grasa sea de tipo ginoide.

A continuación se presenta un cuadro con las clasificaciones del IMC.

Tabla 3
Clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC).

Clasificación del IMC en:	OMS	Eberwine (2002)
Por debajo del peso normal	<18.5	
Normal	18.5-24.9	18.5 a 24.9
Sobrepeso	25-29.9	25 a 29.9
Obesidad	≥ 30 /qu30-39.9	Por encima de 30
Obesidad mórbida	Obesidad mórbida ≥ 40	

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD INFANTIL

La obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta. Los niños con sobrepeso u obesos tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares (OMS d, 2004).

CONSECUENCIAS FÍSICAS

El riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio y de la duración de la obesidad. La obesidad en la infancia y la adolescencia tienen consecuencias graves para la salud tanto a corto como a largo plazo. Las consecuencias más importantes del sobrepeso y la obesidad infantiles, a menudo no se manifiestan hasta la edad adulta como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales) (Kriemler, Zahner, Schindler, Meyer, Hartman, Hebestreit, et al., 2010), la diabetes (Moreno, Jiménez, Rodríguez y Garrido, 2004), los trastornos del aparato locomotor (en particular la artrosis), y ciertos tipos de cáncer (endometrio, mama y colon) (Mellah, 2008; OMS, Nota descriptiva 311, 2006; Bersh, 2006).

Sin embargo, recientemente se han identificado consecuencias graves para la salud mucho más tempranas. En México, entre 20 y 50 por ciento de los pequeños

presentan alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos como hiperinsulinismo, intolerancia a la glucosa, glucosa alterada de ayuno o diabetes; dislipidemias (elevación de colesterol y triglicéridos en sangre), e hipertensión arterial (Moreno et al., 2004; Rodríguez, 2010), con graves implicaciones de riesgo cardiovascular.

Rodríguez (2010) también señala que el peso excesivo favorece trastornos como hígado graso, litiasis vesicular, alteraciones ortopédicas, asma, apnea del sueño, ciertos tipos de cáncer, etc. Todas las anteriores representan un riesgo de tal magnitud que la generación actual de niños corre el riesgo de sufrir infartos o enfermedades cardiovasculares entre los 20 y 30 años, contraponiéndose a la posición de que estos riesgos se presentan hasta la edad adulta.

De acuerdo con la OMS, cada año mueren a consecuencia del sobrepeso y la obesidad por lo menos 2.6 millones de personas (OMS e, 2004).

CONSECUENCIAS SOCIALES

En el Consenso del año 2000 de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) se mencionó que además de los problemas asociados con la salud, los individuos obesos sufren importantes problemas de relación, puesto que muchas veces experimentan rechazo social. Dicha discriminación, causada por prejuicios, atribuye a los obesos una nula capacidad de autocontrol sobre sus impulsos, en particular sobre la ingesta, de modo que se les culpabiliza de su obesidad al considerar que ésta es debida a su falta de voluntad y a su glotonería. Este rechazo se hace sentir desde la infancia y, con ello, se provoca una incidencia muy elevada de pérdida de autoestima y un número considerable de situaciones conflictivas que pueden conllevar un mayor fracaso escolar. Además, los obesos se ven discriminados en las relaciones laborales, especialmente para trabajos directivos y de trato directo con el público. Hay que tener en cuenta que las dificultades de movimiento y la falta de espacios acondicionados en los lugares y/o transportes públicos aumentan la sensación de discriminación y rechazo que sufre el obeso (SEEDO, 2000).

Afortunadamente, en los últimos tiempos, la sociedad, en especial los estratos de población más joven, han empezado a considerar la obesidad como un verdadero problema de salud en lugar de considerarlo mayoritariamente un problema estético. También existe un conocimiento general de que la obesidad lleva asociadas otras enfermedades y de que los obesos, y en especial las mujeres, son discriminados en cuestiones de tipo laboral.

Contrastando con este elevado nivel de percepción de la obesidad entre la población en general, cabe destacar que en contraparte, una minoría de los profesionales de la salud todavía no entienden que la obesidad no es *culpa* de los pacientes, sino que se trata de una enfermedad multifactorial de patogenia muy compleja y en parte no bien conocida. Es responsabilidad de todos –personal sanitario, investigadores, industria farmacéutica, agentes sociales y autoridades sanitarias–, trabajar para conseguir avanzar en el campo de la investigación, prevención y tratamiento de la obesidad (SEEDO, 2000).

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

En el año 2006, Bersh habla de la importancia que tienen los factores psicológicos y conductuales en el curso de la obesidad. Resalta que los factores conductuales y de estilo de vida son determinantes tanto como causa del problema, como del éxito del tratamiento. Finalmente insiste que la obesidad tiene consecuencias emocionales indiscutibles.

Desde su perspectiva, la comida es empleada como un objeto transicional desde las primeras etapas del desarrollo, especialmente en el mundo occidental: se recurre a la comida para atenuar el malestar emocional de cualquier origen. También señala que una característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar sus emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia desadaptativa de “manejarlas” (Bersh, 2006).

En 2008 Mellah señaló que acarrea efectos secundarios tales como la exclusión social, la discriminación y la depresión. En cuanto a la depresión Rodríguez (2010) además advierte que el exceso de peso también desencadena, ansiedad y mala calidad de vida.

Hassink (2007) menciona que las condiciones psicológicas pueden predecir la obesidad posterior, ser la consecuencia de la obesidad, estar asociadas con la obesidad o afectar el tratamiento.

Es elemental reconocer la importancia de los factores psicológicos en la obesidad tanto en adultos como en niños, pues fuera de un ambiente médico (donde la atención se centra en las consecuencias físicas), para los psicólogos no pueden ser secundarias la depresión ni la ansiedad que presenta esta población, pues las consecuencias en su calidad de vida no se hacen esperar cuando son discriminados y excluidos socialmente.

Los niños obesos reportan una salud menor relacionada a la calidad de vida en los dominios físico, psicológico, emocional, social, y funcionamiento escolar comparados con niños y adolescentes con peso normal (Hassink, 2007).

Al respecto Casademunt (2005, p.127) dice que “La obesidad trasciende lo puramente físico. Es básicamente un trastorno del cuerpo, pero que puede afectar directamente a las relaciones sociales de tu hijo, a su capacidad de concentración, a su autoestima y, por supuesto, a su relación con la comida”.

Por su parte Hassink (2007) reúne datos que muestran que la depresión precede el desarrollo de la obesidad; que un autoconcepto bajo predice tanto la inactividad física en niños como la obesidad en niños y niñas, encontrándose que éstas últimas tenían una autoestima inferior a la de los primeros. Los adolescentes obesos tienen una mayor probabilidad de ser aislados socialmente y de tener menos amigos. A su vez los niños y los adolescentes que buscaron tratamiento en

una clínica de obesidad, reportan dificultades relacionadas con baja autoestima y el funcionamiento social, así como con la interiorización de síntomas. Finalmente esta autora resalta que el sobrepeso y la obesidad llevan consecuencias sociales, que a menudo son ligadas a la morbilidad psicológica.

En su artículo Vera (1998) menciona el estudio clásico llevado a cabo en 1961 por Richardson, Goodman, Hastorf y Dornbush, en el que le pidieron a una muestra heterogénea de 640 niños de 10 a 12 años que clasificaran seis dibujos de niños según su atractivo físico. Los dibujos incluían figuras con distintos problemas físicos (sentado en silla de ruedas, amputados, con rostro o cabeza deforme), un obeso y un niño con peso medio y apariencia normal. Encontrando que todos los niños, sin excepción de raza ni nivel socioeconómico, seleccionaron al niño obeso entre los menos atractivos.

Estos mismos autores en 1963 realizaron el mismo estudio en profesionales de la salud (médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, etc.). Los resultados obtenidos fueron consistentes con los de 1961 puesto que también ellos rechazaban al niño obeso más que a cualquier otro.

Pariskova y Hills (2001) señalan que la necesidad de un grado de autoestima y autovaloración es crítica para ser un individuo equilibrado. Si estos rasgos están dañados o faltan, las personas obesas podrían considerarse feas y no atractivas para la gente que los rodea lo cual los lleva a la tristeza y la depresión. Este escenario perpetúa un círculo vicioso mientras la depresión y el descontento con la apariencia física pueden precipitar el uso de la comida como consuelo y un correspondiente incremento en el peso y la consecuente insatisfacción.

Los niños obesos constantemente son señalados por sus pares como perezosos, sucios, feos, tramposos, y mentirosos. También se tiende a responsabilizarlos por su grave situación, contrario a lo que sucede con niños con cualquier otra

enfermedad, pues ellos son considerados víctimas desafortunadas del entorno (Pariskova y Hills, 2001).

Si bien el sobrepeso y la obesidad generan riesgos importantes a la salud y malestar personal, este ocurre dentro del contexto cultural que rodea al niño, donde los estereotipos y actitudes, personales y del medio social en que se desenvuelve, tienen un impacto en la forma en que se generan y atienden estos problemas.

CAPÍTULO II ESTEREOTIPOS Y ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA OBESIDAD

LOS ESTEREOTIPOS

En los últimos años, el estudio de la obesidad ha recibido especial atención por las altas cifras que presenta y el malestar y disfuncionalidad asociadas, tanto de manera individual como social. En este sentido, una de las áreas que se ha estudiado por su papel cotidiano, cultural y social, son los estereotipos y las actitudes negativas hacia la obesidad.

De acuerdo con Jáuregui, Rivas, Montaña y Morales (2008, p. 320) “Los estereotipos recogen las creencias relativas a un grupo objeto de algún prejuicio, constituyendo el aspecto cognitivo de éste. Se considera que es el componente afectivo lo que constituiría el prejuicio en sí, al que se podría unir, finalmente, la parte conductual o discriminación. Es pues *el prejuicio* una actitud negativa que, en muchas ocasiones, conlleva conductas discriminatorias hacia alguna persona por su pertenencia a cierta categoría grupal.

Las actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso se presentan por parte de niños, adultos e incluso profesionales de la salud...”. Como lo demostraron los estudios realizados por Richardson, Goodman, Hastorf y Dornbush en 1961 y 1963.

La literatura es consistente al señalar que los niños con obesidad son discriminados y que existen actitudes negativas hacia este grupo, también se conocen las consecuencias que lo anterior puede tener en su salud mental, y es en este punto donde hay que hacer hincapié, pues no todos los niños con obesidad van a presentar problemas. ¿Por qué algunos niños con obesidad se ven afectados por los estereotipos y las actitudes negativas de las que son objeto mientras que a otros parecen no afectarles? Al parecer, son elementos del

desarrollo en general y durante la infancia media en particular, los que definen dicha situación.

Al respecto Repetti, Taylor y Seeman (2002) mencionan que tanto la buena como la mala salud comienzan temprano en la vida. En los primeros años de la infancia la familia es responsable del cuidado y el desarrollo del niño. Existen dos tipos de familia, la saludable y la vulnerante; en la primera el niño aprende que se le provee seguridad emocional, seguridad física y bienestar. De esta forma el niño eventualmente adquiere conductas que lo llevan a mantener su propia salud física y emocional independientemente de sus cuidadores.

La adquisición de experiencias sociales críticas le llevan a la adquisición de conductas que eventualmente le permiten una efectiva autorregulación. En el otro extremo se encuentran las familias cuya relación es fría, negligente y no brindan el soporte que requiere el niño. Se observan episodios recurrentes de ira o agresión y una crianza deficiente. Entre otras consecuencias se ha observado mayor incidencia de trastornos de angustia, depresivos, problemas de socialización, y menor perseverancia en la consecución de una tarea.

En este sentido Fiorentino (2008) menciona que el desarrollo no depende únicamente de la escuela, sino también depende del hogar, del nivel de educación de los padres, especialmente el de las madres, así como del ambiente y salubridad que rodea al niño.

Esta autora señala la existencia de factores protectores, que parten del supuesto de la existencia de ciertos aspectos de resiliencia individuales y sociales que nos permiten salir enriquecidos y fortalecidos de situaciones vulnerantes sin caer en patología. Su función es amortiguar el estrés y son considerados como fuerzas internas y externas que contribuyen a que una persona resista los efectos del riesgo, reduciendo la posibilidad de disfunción y problemas.

Los factores protectores implican variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales. Algunas de las características que se han identificado como protectoras son:

Tabla 4
Factores protectores

Disposiciones personales	Familia	Ámbito comunitario
Habilidades comunicativas y de resolución de problemas	Presencia de apoyo incondicional por al menos una persona significativa y emocionalmente estable	Presencia de pares y personas mayores en la comunidad que brinden la posibilidad de transiciones positivas en la vida
Sentido del humor	Creencias religiosas que promuevan la unidad familiar y la búsqueda de significados en momentos difíciles	
Autoestima elevada	Crianza consistente	
Creatividad	Estabilidad en la relación de pareja	
Autonomía		
Mayor tolerancia a las frustraciones		
Capacidad de pedir ayuda		

Modificado de Fiorentino 2008 página 103

Fiorentino (2008) indica que los factores que fortalecen internamente a los niños y adolescentes son:

1. Vínculo estable (apego seguro) con al menos uno de los padres u otra persona significativa.
2. Apoyo social, actitud de comprensión, cuidado y amor por parte de los cuidadores.

29 de noviembre de 2010

3. Ambiente educativo regido por normas claramente establecidas y relaciones afectivas positivas.
4. Modelos sociales que estimulen un aprendizaje constructivo.
5. Responsabilidades sociales y exigencia acordes a la edad cronológica y madurez de los sujetos.
6. Oportunidades de desarrollo de destrezas y competencias cognitivas, afectivas y conductuales. Reconocimiento y atención a los éxitos y habilidades.
7. Estrategias de afrontamiento que favorecen la resolución eficaz de los problemas.
8. Expectativas de autoeficacia, confianza en sí mismo y un auto-concepto positivo.
9. Actitud optimista y fuertes expectativas de autoeficacia frente a situaciones generadoras de estrés.
10. Capacidad de otorgar sentido y significado al sufrimiento. Apoyo de un marco de referencia ético, moral y espiritual.

De la lista dada por Fiorentino, se desprende la importancia, influencia y efecto que tiene la familia para el desarrollo de la obesidad infantil.

Ventura, Savage, May y Birch (2005) hablan de las influencias parentales en la obesidad, mencionan un estudio realizado en niñas de cinco años, que indica que la ingesta materna de frutas y verduras se asoció positivamente con el consumo de estos alimentos por parte de sus hijas. Hallazgos similares se han informado en

el área de alimentos con alto contenido energético (por ejemplo, alimentos apetitosos, de alta densidad calórica), de modo tal que el modelo parental respecto de alimentos poco saludables y prácticas alimentarias está definitivamente asociado al consumo de alimentos poco saludables por parte de niños pequeños.

González (2009) señala que se ha hecho referencia de la prevalencia de obesidad familiar, asociado al sedentarismo, el modelaje familiar y a los inadecuados hábitos alimentarios, resaltando que a pesar de ello, la dinámica familiar del paciente obeso ha sido poco explorada y resulta de utilidad contar con dicha información a fin de tener una visión integral de la familia.

Señala que la implicación social de la obesidad es un aspecto importante, puesto que las familias que entrevistó plantearon que ser obeso es desventajoso, las personas obesas son estigmatizadas y excluidas de las actividades cotidianas y de poca destreza física, destacan los siguientes ejemplos:

“Me ponen sobrenombres y no me gusta” (E1) “...Me dicen gordo” (E6) “Le ponen sobrenombres, en la escuela muchos niños le llaman gordito o pelota Cuando uno está gorda no consigues nada” (E5) Le dicen sobrenombres “...Es bastante flojo... La persona gorda no tienen agilidad” (E4) “...Es muy gordo y lento, su peso es enorme... Hay juegos que a él, le resultan muy limitantes para correr y él se siente muy limitado cuando hace ejercicios” (E2) (González, 2009, p. 239).

La implicación social de la obesidad fue importante, debido a que las familias expresaron las desventajas del paciente obeso, cuyo aspecto puede representar una lesión en la autoestima y un limitado crecimiento personal. Fuillerat (2004, Citado en González, 2009) plantea la inaceptabilidad social que provoca la obesidad, genera frustración, depresión, aislamiento, entre otros.

Los hallazgos anteriores dan cuenta de los niños con obesidad que desarrollaran consecuencias psicológicas, pero ¿a qué se debe que otros niños no tengan estas consecuencias?

Una explicación puede ser que los niños han crecido en familias que les han permitido desarrollar factores de protección ante esta situación. Donde son aceptados incondicionalmente, esta aceptación se da con mayor facilidad en las relaciones informales con familiares y amigos; esta es una de las razones por las cuales son tan importantes las redes sociales de apoyo y la socialización.

Las buenas relaciones con los pares son un componente importante en el ajuste psicológico y social del niño. Las relaciones positivas con los pares contribuyen a la adquisición de herramientas sociales y el desarrollo de un autoconcepto positivo (Repetti, McGrath e Ishikawa, 1999).

Se ha encontrado que los niños que tienen un autoconcepto positivo realizan más actividad física, lo que favorece su desarrollo físico y contribuye a su maduración. Un niño que no tiene la oportunidad de mostrar su destreza en el deporte, no sólo no ejercita sus músculos y su destreza, sino que por esta falta de práctica se ven afectados otros procesos tan importantes como los de socialización y autoestima.

A los niños obesos se les limita el acceso al juego, sobre todo en cuestiones competitivas, frecuentemente, por los estereotipos que se tienen sobre ellos, sus pares no los eligen para jugar ya que son considerados torpes y malos para los deportes. Dentro de las repercusiones psicológicas de eventos cotidianos semejantes al anterior, es importante resaltar que un deficiente desarrollo físico le trae consecuencias en su autoestima, autoeficacia, y autoconcepto.

De lo anterior se deriva la importancia de los amigos, familiares y maestros, pues desempeñan un rol fundamental en el desarrollo psicosocial integral del niño. Una familia y una escuela que funcionan adecuadamente aceptan incondicionalmente

a sus miembros. Amar genuinamente a un niño, es creer en él, descubrir sus talentos, motivaciones y aptitudes y darle oportunidades para desarrollarse (Fiorentino, 2008).

La autoestima del niño

Para la construcción de la autoestima es fundamental la calidad afectiva del niño con sus padres o cuidadores, así como los logros alcanzados. Sus padres son el espejo que le permite al niño desarrollar una valoración de sí mismo, así como un sentimiento de responsabilidad hacia sí mismo y los demás.

Burns (1990, Citado en Fiorentino, 2008) la describe como el conjunto de actitudes del individuo hacia él mismo. Este autor también señala que es importante un autoconocimiento profundo y autocrítico para poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de nuestras características personales. Una de las influencias más poderosas para el desarrollo de la autoestima es la educación proveniente de los padres y educadores.

Los niños que se sienten amados y respetados tal como son y que no sienten que su valor se cuestiona continuamente, poseen una inapreciable ventaja en la formación de una sana autoestima. Un punto importante es que la autoestima de un niño no se relaciona con la posición económica de la familia, ni con la educación, área geográfica del domicilio, clase social, ocupación del padre, ni el hecho de que la madre siempre se encuentre en el hogar.

Lo que es verdaderamente importante en la vida de un niño, es la calidad de la relación que exista entre el adulto y el menor ¿Qué pasa con un niño al que no se le trata bien?, entendiéndose por esto, tratarlo con poco respeto y atención, escucha deficiente y que éste sienta que no es merecedor de la confianza de los demás. Difícilmente un niño bajo estas condiciones se respetará a sí mismo y es muy probable que continúe sintiéndose así cuando sea adulto. El rechazo o maltrato

afectan la autoestima del niño. También la sobreprotección puede afectar la valoración que éste tiene de sí mismo, ya que no se le permite correr riesgos, y con ello intuye que no puede enfrentar los desafíos normales de la vida y que es incapaz de sobrevivir solo.

A manera de resumen Fiorentino (2008) afirma que “la autoestima se encuentra estrechamente ligada con la aceptación incondicional del individuo y con el ejercicio de sus aptitudes y destrezas. La estimulación de las destrezas y aptitudes de cada niño así como de sus fortalezas personales, son de capital importancia para su desarrollo integral y su bienestar personal. Se debe procurar involucrarlo en actividades placenteras y proporcionarle los medios necesarios para que pueda progresar de acuerdo a sus talentos, lo cual le permitirá experimentar logros que serán las fuentes efectivas de sus expectativas de autoeficacia personal.

La adquisición de habilidades sociales, asertividad y de resolución de problemas, así como crear fuertes expectativas de control sobre la propia vida, son parte del repertorio de habilidades de automanejo imprescindibles para afrontar eficazmente la adversidad”.

En virtud de que la literatura ha señalado que la obesidad es un problema de salud que afecta de manera importante el desarrollo psicológico del niño por discriminación así como el papel que desempeña el ambiente familiar y por pares en el proceso de estigmatización por obesidad, el propósito del presente estudio fue identificar las actitudes y prejuicios relacionados con la obesidad en niños mexicanos y sus cuidadores.

CAPÍTULO III MÉTODO

Participantes

El grupo estuvo conformado por un total de 578 participantes, de los cuales 441 son niños y 137 cuidadores primarios. De los niños el 54% (240) fueron niños y 45.6% (201) niñas. De los cuidadores primarios 85.4% son mujeres (117) y 14.6 (20) hombres.

La media de la edad de los niños fue de 9.12 años con una desviación estándar de 1.90, la edad mínima fue de seis años y la máxima de 13. En cuanto a la edad de los cuidadores primarios la media fue de 35.53 años y una desviación estándar de 9.41, la edad mínima fue de 15 años y la máxima de 70.

Diseño

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con una sola medición en grupo formado por conveniencia.

Materiales

Una báscula mecánica SALTER con una capacidad máxima de 120 kilos.

Una cinta métrica

Instrumentos

Colores

Instrumentos

Para este estudio se utilizaron 4 instrumentos, y dos evaluaciones diseñadas ex profeso la primera denominada “evaluación para identificar actitudes” y la segunda “evaluación de percepción corporal”.

Evaluación para identificar actitudes

La “evaluación para identificar actitudes” (Adame y Riveros, 2010) consistió en una lista de 16 adjetivos, que se elaboró a partir de un piloteo en el que se pidió a diez

niños de entre seis y 12 años, que mencionaran las características de las personas con obesidad. De esta lista se eligieron los adjetivos que más veces fueron mencionados.

Para la evaluación final se incorporaron los antónimos de los adjetivos más frecuentemente seleccionados. Finalmente el ejercicio quedó constituido por 16 adjetivos, nueve de ellos positivos (*cariñoso, bueno para los deportes, saca buenas calificaciones, bonito, limpio, tranquilo, amigable, inteligente y alegre*) y siete negativos (*tonto, come mucho, enojón, inquieto, enfermo, malo para los deportes y feo*). Una vez elegidos los adjetivos se procedió a agruparlos del lado derecho de una hoja y del lado izquierdo se distribuyeron tres figuras con diferentes complejiones, una baja de peso, una normo peso y una obesa (ver anexo1).

De esta evaluación se elaboraron tres versiones donde se contrabalancearon las figuras para evitar que las respuestas estuvieran influidas por la posición de la figura. Las instrucciones de esta evaluación se dirigían tanto a niños como a cuidadores primarios por lo que se redactaron en segunda persona del singular a manera familiar (tú) y formal (usted) respectivamente.

Una vez elaborados, se piloteó con 20 niños de seis años, diez niños y diez niñas. En esta evaluación la instrucción consistía en leer con cuidado todas las palabras del lado derecho y unir con una línea las palabras que considerara que describían mejor a cada figura. Verbalmente se les pedía que unieran la palabra a una sola figura.

La evaluación contenía una hoja con figuras femeninas y otra con figuras masculinas, el orden de presentación fue aleatorio de manera alternada; a algunas niñas y mujeres se les presentaron primero las figuras masculinas y luego las femeninas, a otras se les presentaron primero las femeninas y luego las masculinas, lo mismo se hizo con los niños y hombres. Esta evaluación la realizaban tanto los niños como los cuidadores y se tuvo el cuidado de enviarle el

mismo orden de presentación de la evaluación que contestó el niño al cuidador primario.

Evaluación de percepción corporal

La “evaluación de percepción corporal” se elaboró a partir del “estándar de estímulo de la figura” (Standard figural stimuli) de Stunkard (1983). Se tomaron las nueve figuras femeninas y masculinas.

La evaluación consistió en pedirles a los niños y a los cuidadores que observaran cuidadosamente las nueve figuras (cuyo orden de presentación era ascendente en función del peso y se encontraban numeradas del uno al nueve), y posteriormente que marcaran con una X la figura que más se pareciera a ellos. La segunda instrucción era encerrar en un círculo el número de la figura a la que se quisiera parecer.

Finalmente se les pedía que escribieran cómo eran las figuras (por ejemplo flaca, media o gorda), para esto se les dieron nueve líneas numeradas del uno al nueve.

Tanto a niños como a cuidadores se les presentaron las figuras masculinas y femeninas. El orden de presentación varió según el sexo, por ejemplo si eran del sexo femenino se les presentaban primero las figuras femeninas y posteriormente las masculinas y si eran del sexo masculino primero las masculinas y después las femeninas (ver anexo 2).

Escala de estereotipos hacia la obesidad

Para identificar los estereotipos se utilizó una traducción de “la escala de estereotipos hacia la obesidad” “*The Obese Stereotypes Scale*” desarrollada por Klaczynski, Goold y Mudry en 2004. Contiene 41 ítems que buscan medir las creencias sobre la personalidad de las personas obesas, fue evaluada con una escala Likert del uno al cuatro, donde uno significaba totalmente en desacuerdo y cuatro totalmente de acuerdo. Obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de $\alpha = .91$ con población norteamericana.

Una vez traducida la escala, se adaptó el vocabulario para adecuarlo culturalmente para la población mexicana, de tal forma que fuera claro, para lo que se utilizó el procedimiento de traducción re-traducción por parlantes nativos mexicanos y norteamericanos a fin de verificar la equivalencia del contenido. Esta escala únicamente la contestaron los cuidadores primarios. Las posibilidades de respuesta fueron seis que iban desde -3 hasta +3, -3 significaba totalmente en desacuerdo y + 3 totalmente en acuerdo.

De esta escala se obtuvieron dos factores en población mexicana, el primer factor se compuso de 29 reactivos y se relacionó a las creencias negativas, obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = .894$. Las preguntas que lo conformaron fueron: 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 40 y 41 (*Por ejemplo, En mi opinión la gente gorda es/ tiene: Se distrae fácilmente, sucia, desordenada, felices con la televisión y juegos de video, etc.*).

El segundo factor se relacionó con creencias positivas, estuvo compuesto por 12 reactivos y obtuvo un $\alpha = .894$. Las preguntas que lo conformaron fueron: 1, 2, 6, 9, 10, 18, 20, 23, 27, 30, 34 y 36. Por ejemplo (*En mi opinión la gente gorda es/ tiene: muy amistosa, cierta “fortaleza interior”, divertida, etc.*), (ver anexo 3).

Instrumento Causas de la Obesidad

Para evaluar la posesión de información al respecto de la obesidad se aplicó a los cuidadores primarios la traducción del “Instrumento de las Causas de la Obesidad” (*The Causes of Obesity Instrument*) de la investigación de Klaczynski, Goold y Mudry (2004). Se utilizó el mismo procedimiento de traducción re-traducción (consistente en la traducción del instrumento al español por parte de un parlante nativo mexicano con dominio del inglés, posteriormente se volvió a traducir el instrumento al inglés y se verificó su equivalencia con el primer instrumento. Esta revisión la realizó un norteamericano), la escala contenía 31 ítems, para el presente estudio, se le pedía al cuidador primario que pusiera un tache en la opción que mejor representara su opinión al respecto de las razones que explican la obesidad. Las opciones de respuesta iban de -3 a +3, donde -3 era totalmente

en desacuerdo y +3 totalmente en acuerdo. Para este instrumento, se obtuvo un $\alpha = .869$ (Cronbach) en población mexicana (ver anexo 4).

Escala de actitudes hacia las personas obesas “ATOP”

Para identificar las actitudes de los cuidadores hacia la obesidad se les aplicó la Escala de actitudes hacia las personas obesas “ATOP” de Allison, Basile y Yucker (1991).

Mostró cuatro factores en población mexicana. El primero de ellos, “Estigma” obtuvo un $\alpha = .761$, contenía siete elementos (preguntas: 4, 10, 11, 12, 16, 19 y 20, por ejemplo: *los trabajadores obesos no pueden tener tanto éxito como otros trabajadores*). El segundo factor llamado “Aceptación”, contenía tres elementos (preguntas: 14, 17 y 18, por ejemplo: *La gente obesa es sexualmente tan atractiva como la gente no obesa*), obtuvo un $\alpha = .612$. El tercer factor titulado “Atribuciones negativas” contenía cuatro elementos (preguntas: 2, 3, 5 y 6 *La gente obesa generalmente se despreocupa de su imagen*) con un $\alpha = .559$. Finalmente el cuarto factor “Atribuciones positivas” obtuvo un $\alpha = .568$ y se conformó por cuatro elementos (preguntas: 7, 8, 9 y 13, por ejemplo: *Muy pocas personas obesas están avergonzadas de su peso*). Las preguntas 1 y 15 (*la gente obesa es tan feliz como la gente no obesa* y *la gente obesa es más emocional que la gente no obesa*, respectivamente) no figuraron en los factores debido a que no mostraron carga factorial en ningún factor y se eliminaron del análisis.

La instrucción que se le dio a los cuidadores primarios en este instrumento fue poner un tache o una paloma de acuerdo a si estaba muy de acuerdo o muy en desacuerdo con las afirmaciones que iba a leer. Las opciones de respuesta iban de -3 a +3, donde -3 era totalmente en desacuerdo y +3 totalmente en acuerdo.

Escala de creencias sobre personas obesas “BAOP”

Para identificar las creencias de los cuidadores hacia las personas obesas, se aplicó la Escala de creencias sobre personas obesas: BAOP de Allison, Basile y Yunker (1991).

Consistió en una lista de ocho afirmaciones relativas a creencias comunes acerca de la obesidad (por ejemplo: *En muchos casos, la obesidad es el resultado de una alteración biológica*). Con la presente población obtuvo un coeficiente de consistencia interna $\alpha = .771$. Las instrucciones fueron las mismas que las del instrumento anterior.

Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados en una escuela primaria pública del Distrito Federal en el turno matutino ubicada al sur de la ciudad de México.

Se pidió permiso a la directora para realizar la investigación y posteriormente se le preguntó a cada niño si quería participar. A los cuidadores primarios se les envió en un sobre cerrado el cuestionario con una hoja en donde se les explicaba el propósito del estudio (ver anexo 5), conforme a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo indicando que su participación era voluntaria, que no se daría a conocer, ni el nombre de él, ni el de su hijo y que el manejo de su información sería responsable y preservando en todo momento su anonimato.

De antemano se les informó que en caso de que se rehusaran a participar, ello no tendría consecuencia alguna ni para él, ni para su hijo.

Una vez obtenidos los permisos, se dio inicio a la aplicación de las evaluaciones en los niños.

La aplicación de las evaluaciones “evaluación para identificar actitudes” y “evaluación de percepción corporal” fue de manera individual en los niños pertenecientes a primer grado, dado que en el estudio piloto que se realizó con 20 de ellos, se observó la dificultad que tenían para escribir.

Se presentó el aplicador y estableció rapport con los niños durante el proceso de identificación, preguntaba su nombre, llenaba los datos de identificación del cuestionario, y procedía a pesarlos y medirlos. Para pesarlos se utilizó una báscula mecánica, en todas las aplicaciones se tuvo cuidado de que siempre estuviera bien calibrada. Para pesarlos y medirlos era necesario que retiraran su calzado.

Una vez medidos y pesados, se registraban estos datos en su hoja de evaluación y se iniciaba la aplicación propiamente. La aplicación para los niños de primero y segundo fue de manera individual, se les leían las instrucciones, se les daba tiempo para que respondieran y posteriormente el aplicador anotaba las respuestas.

Al resto de los niños, se les aplicaron las evaluaciones de manera grupal. El aplicador les leyó las instrucciones y les preguntó si tenían dudas. Las dudas eran expuestas ante el grupo y se les explicaba a todos. Una vez que se resolvían las dudas se les permitía empezar a contestar. Si durante la aplicación tenían dudas el aplicador iba a su lugar y le explicaba a cada uno.

En otro momento, posterior a la aplicación de los instrumentos eran pesados y medidos.

Los sobres que contenían los cuestionarios para los cuidadores primarios eran entregados a cada niño y ellos mismos lo traían de vuelta.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

En las siguientes gráficas se presentan los resultados sobre las actitudes de los niños acerca de la obesidad a través del ejercicio de identificación con líneas. Tanto los niños como los adultos tuvieron la misma posibilidad de elegir para figura femenina y masculina, entre tres figuras, una baja de peso, otra normo peso y finalmente una obesa. Se muestra la frecuencia de las respuestas de los adjetivos, negativos primero y positivos después, a cada una de las complejiones.

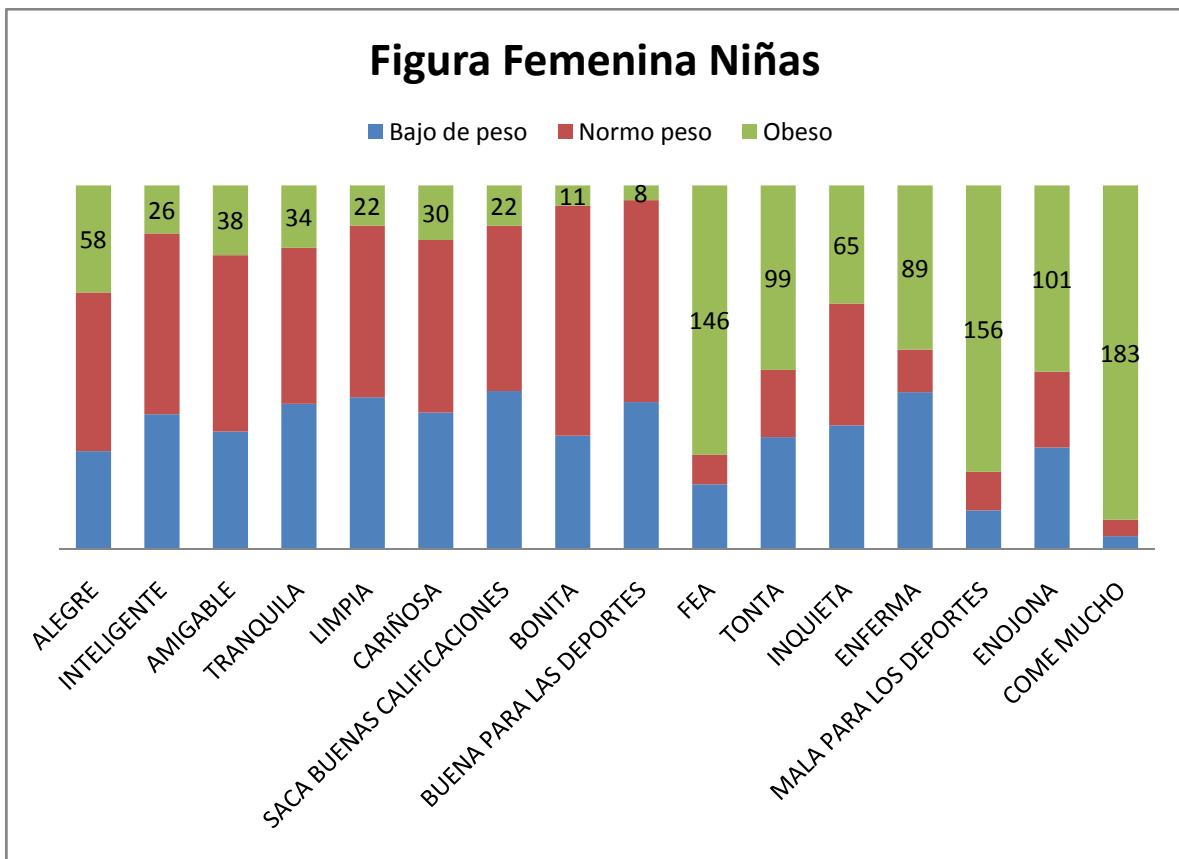


Figura 1. Estereotipos de la figura femenina por parte de las niñas.

Las niñas relacionaron los adjetivos negativos mayoritariamente con la figura femenina obesa, destacando que de 197 niñas que respondieron de manera clara el ejercicio, 183 de ellas piensan que *come mucho*, 156 señalan que es *mala para los deportes* y 146 opinan que es *fea*, seguido de 99 que piensan que es *tonta*.

Respecto al adjetivo *enferma* tanto la figura obesa como la figura baja de peso son asociadas con la enfermedad obteniendo 89 y 85 elecciones respectivamente. Los adjetivos positivos como *bonita*, *buena para los deportes*, *amigable*, *cariñosa* y *limpia* se relacionaron con mayor frecuencia a la figura femenina con normo peso, seguidos de la figura baja de peso.

Finalmente la figura obesa, fue la que puntuó más bajo en todos los adjetivos positivos, excepto para *alegre* donde obtuvo 58 puntos y baja de peso obtuvo 53. El adjetivo positivo *buena para los deportes* fue en el que la figura obesa puntuó más bajo, pues sólo ocho niñas pensaron que una figura obesa es buena para los deportes (ver figura 1).

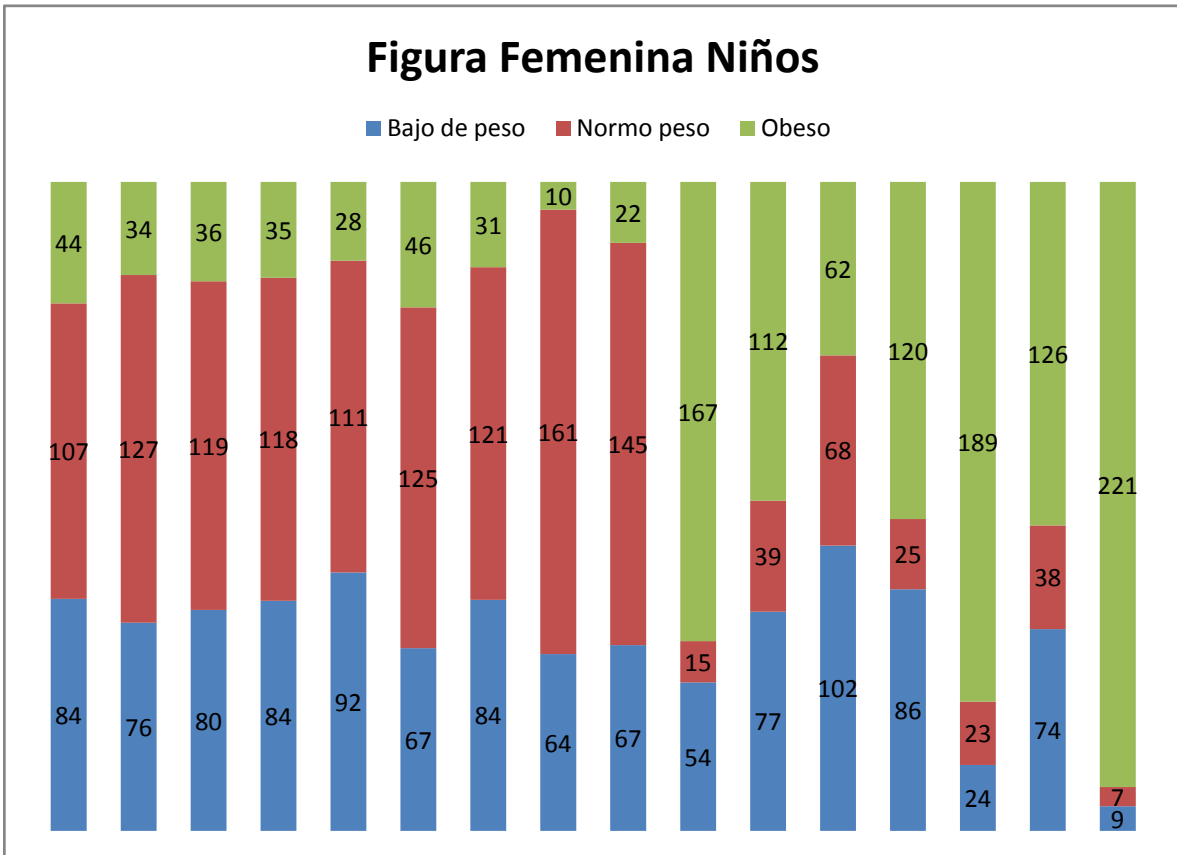


Figura 2. Estereotipos de la figura femenina por parte de los niños.

Los niños relacionaron los adjetivos negativos mayoritariamente con la figura femenina obesa, destacando que de 237 niños que respondieron con claridad el

ejercicio, 221 piensan que *come mucho*, 189 señalan que es *mala para los deportes* y 167 opinan que es *fea*, seguido de 126 que piensan que es *enojona*. El adjetivo *enferma* fue relacionado con la figura obesa por 120 niños. *Tonta* obtuvo 112 elecciones y el único adjetivo negativo que fue asignado a otras figuras fue *inquieta*, en primer lugar con 102 elecciones lo relacionaron a la figura baja de peso, en segundo lugar con 68 a la figura con normo peso y finalmente con 62 a la figura obesa.

Los adjetivos positivos como *bonita*, *buena para los deportes*, *inteligente*, *cariñosa*, *saca buenas calificaciones*, *amigable*, *tranquila* y *limpia* se relacionaron con mayor frecuencia a la figura femenina con normo peso, seguidos de la figura baja de peso.

Finalmente la figura obesa, fue la que puntuó más bajo en todos los adjetivos positivos. El adjetivo positivo *bonita* fue en el que la figura obesa puntuó más bajo, pues sólo diez niños pensaron que una figura obesa es bonita (ver figura 2).

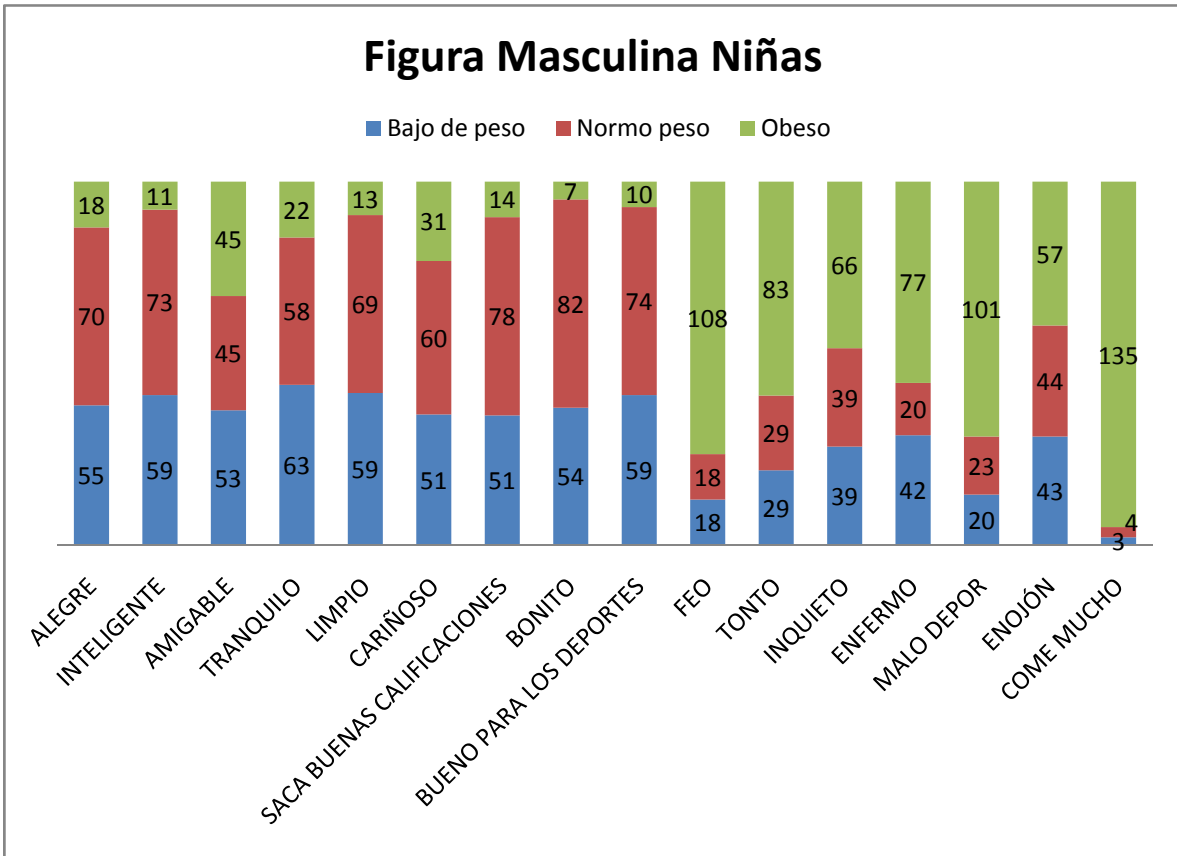


Figura 3. Estereotipos de la figura masculina por parte de las niñas.

Las niñas relacionaron los adjetivos negativos a la figura masculina obesa, el adjetivo que más elecciones obtuvo fue *come mucho* con 135, seguido de *feo* con 108, *malo para los deportes* con 101, *tonto* con 83, *enfermo* con 77 y finalmente *inquieto* con 66.

Las figuras masculinas para normo peso y bajo de peso obtuvieron igual número de elecciones en los adjetivos *feo*, *tonto* e *inquieto* con 18, 29 y 39 respectivamente. *Malo para los deportes*, *enojón* y *come mucho* tienen casi las mismas frecuencias, en el único que hay una diferencia importante es en el adjetivo *enfermo*, pues las niñas le asignaron 42 elecciones a la figura baja de peso por 20 que le dieron a la de normo peso.

En cuanto a los adjetivos positivos casi todos fueron relacionados con la figura masculina con normo peso, el adjetivo con más elecciones fue *bonito* con 82 puntos, seguido por *saca buenas calificaciones* con 78, *bueno para los deportes*

con 74, *inteligente* con 73, *alegre* con 70, *limpio* con 69 y *cariñoso* con 60. Los adjetivos *amigable* y *tranquilo* fueron relacionados con la figura baja de peso, en el adjetivo *amigable* las figuras obesa y normo peso obtuvieron los mismos elecciones con 45 cada una (ver figura 3).

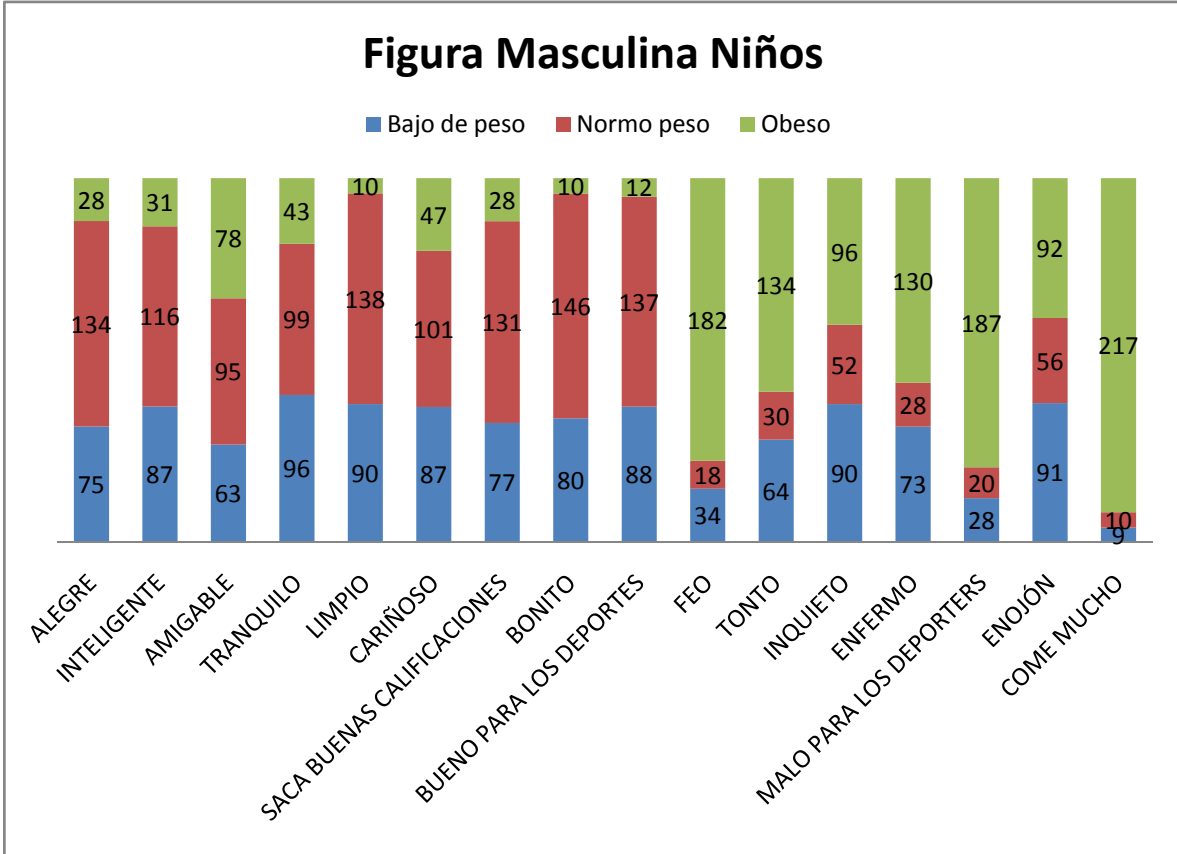


Figura 4. Estereotipos de la figura masculina por parte de los niños.

Los niños relacionaron todos los adjetivos negativos a la figura masculina obesa, *come mucho* fue el que obtuvo más puntos con un total de 217, seguido por *malo para los deportes* con 187, después le siguió *feo* con 182, *tonto* con 134, *enfermo* con 130 y finalmente *inquieto* y *enojón* con 96 y 92 elecciones respectivamente. En estos dos adjetivos es importante señalar que obtuvieron casi el mismo número de elecciones que la figura masculina baja de peso, puesto que para *inquieto* obtuvo 90 y para *enojón* 91 elecciones respectivamente.

En los adjetivos negativos, como se mencionó la figura masculina obesa fue la que obtuvo el mayor número de elecciones, posteriormente se ubicó la figura baja de

peso y finalmente la figura normo peso, excepto para el adjetivo *come mucho* donde la figura baja de peso obtuvo 9 elecciones y la figura normo peso obtuvo 10.

Los adjetivos positivos fueron relacionados a la figura masculina con normo peso, el adjetivo con más elecciones fue *bonito* con 146, seguido por *limpio* con 138, después le siguió *bueno para los deportes* con 137, *alegre* con 134, *saca buenas calificaciones* con 131, *inteligente* con 116, *cariñoso* con 101, *tranquilo* con 99 y finalmente *amigable* con 99 elecciones; en este adjetivo a diferencia del resto la figura que le siguió fue la obesa con 78 elecciones y la figura baja de peso que obtuvo 63.

Las actitudes que mostraron los cuidadores con las tres figuras, bajo de peso, normo peso y obeso, se presentan en las figuras cuatro y cinco (ver figura 4).

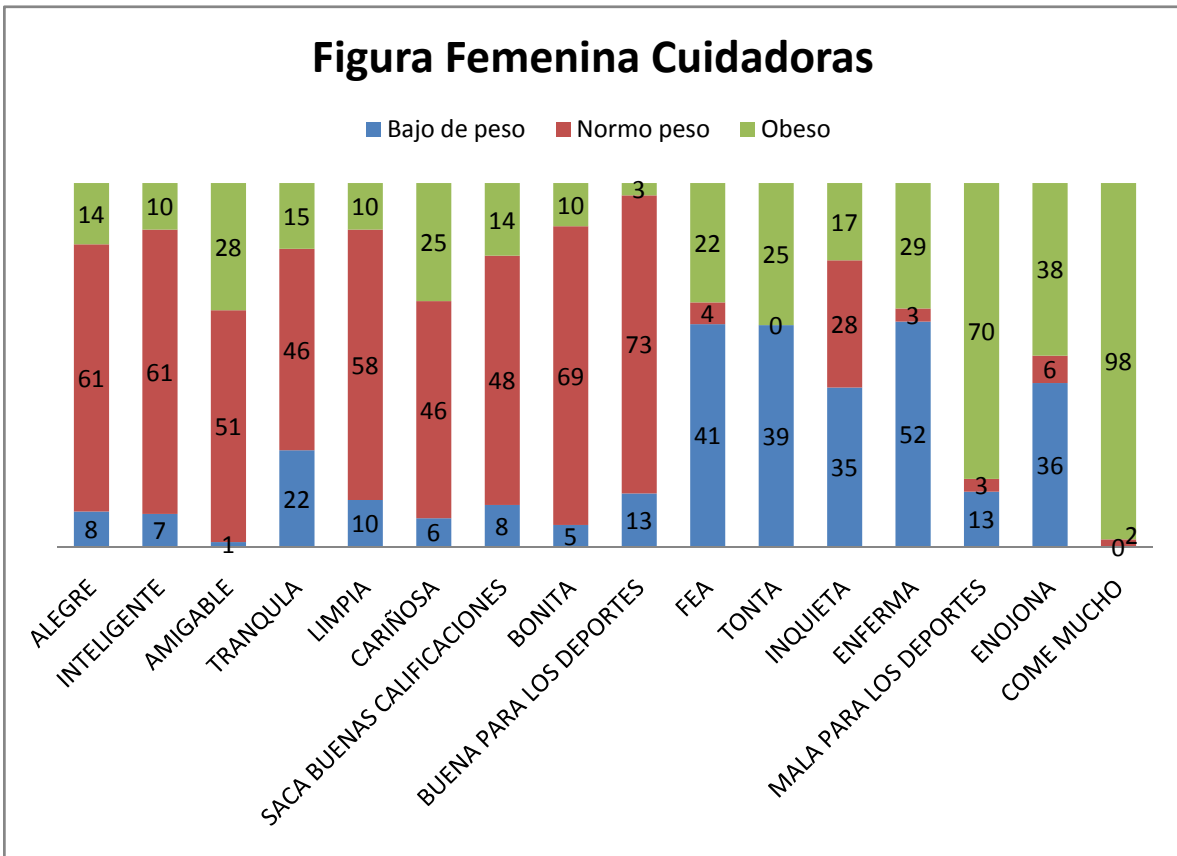


Figura 5. Estereotipos de la figura femenina por parte de las cuidadoras.

Las cuidadoras relacionaron todos los adjetivos positivos en primer lugar con la figura de normo peso, en segundo lugar se eligió a la figura obesa para los siguientes adjetivos: *amigable* con 28, *cariñosa* con 25, *saca buenas calificaciones* con 14 elecciones, *alegre* con 14, *bonita* con diez y finalmente *inteligente* con diez, el tercer lugar le corresponde a la figura baja de peso que obtuvo los siguientes puntajes: ocho en *saca buenas calificaciones*, cinco para *bonita*, ocho en *alegre*, siete en *inteligente*, seis en *cariñosa* y uno en *amigable*. Esta figura, en *tranquila* ocupa el segundo lugar con 22 elecciones, en *buena para los deportes* igual ocupa el segundo lugar con 13 y empata con la figura obesa en *limpia*.

En cuanto a los adjetivos negativos la mayoría fueron relacionados con la figura baja de peso, entre ellos destacan, 52 elecciones para *enferma*, 41 para *fea*, 39 para *tonta* y 35 para *inquieta*, en los que la figura obesa quedó en primer lugar son *come mucho* con 98, *mala para los deportes* con 70 y finalmente *enojona* con 38 (ver figura 5).

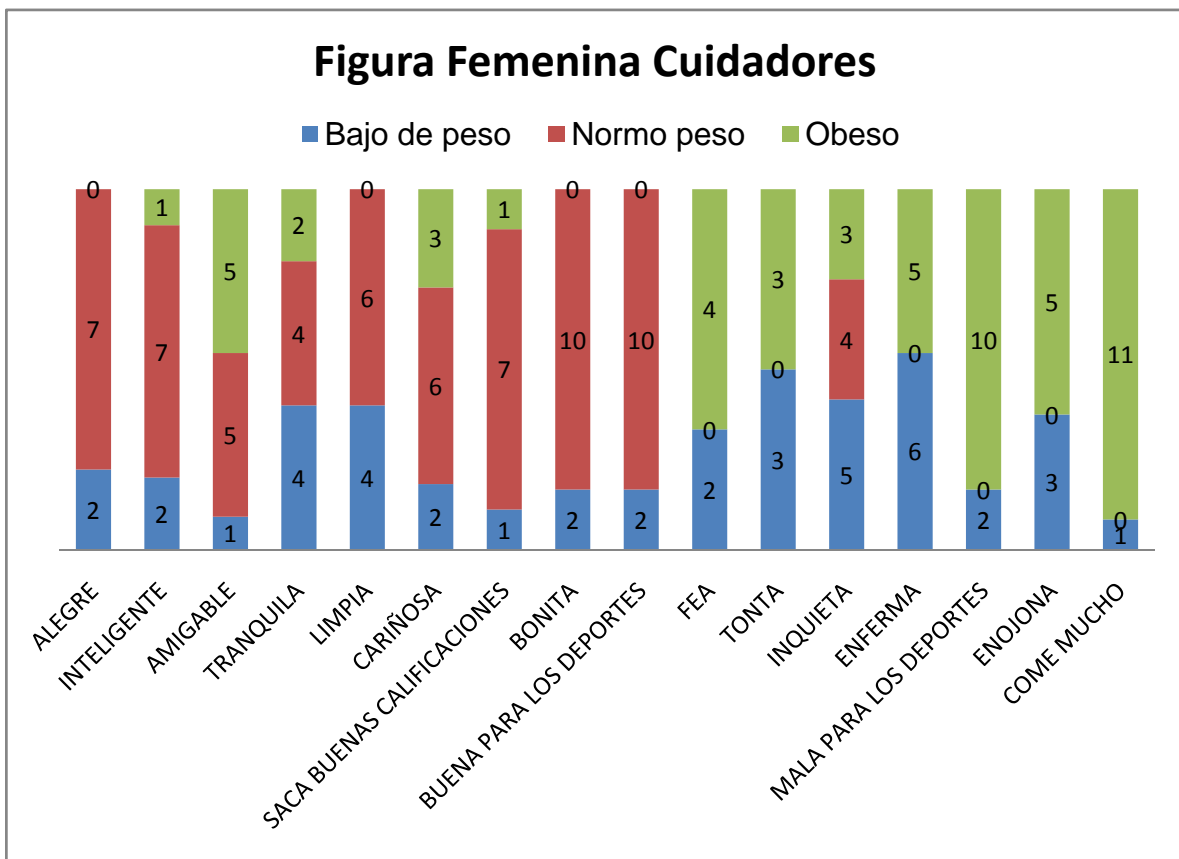


Figura 6. Estereotipos de la figura femenina por parte de los cuidadores.

En esta figura cabe resaltar que los cuidadores no relacionaron a la figura femenina obesa con los adjetivos positivos alegre, limpia, bonita o buena para los deportes, ya que obtuvieron cero elecciones en ellos. El resto de los adjetivos positivos relacionaron a la figura con normo peso en primer lugar y en segundo a la figura baja de peso, excepto en tranquila donde ambas figuras obtuvieron el mismo puntaje.

En cuanto a los adjetivos negativos, es importante señalar que a diferencia de los niños, los cuidadores sólo relacionan *inquieta* con la figura de normo peso y en el resto de los adjetivos no aparece, en los demás la figura obesa es la que obtuvo más elecciones excepto en enferma, ya que le asignaron seis elecciones a la figura baja de peso y a obesa cinco (ver figura 6).

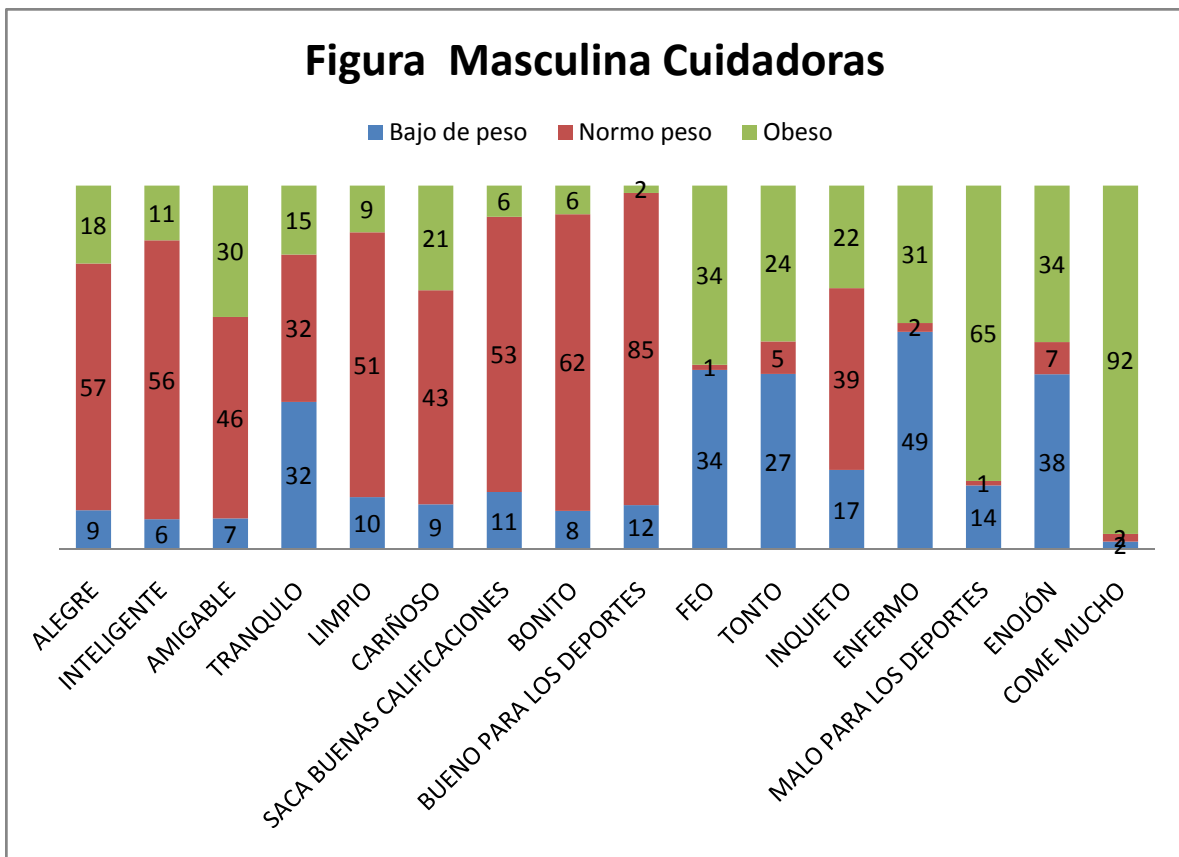


Figura 7. Estereotipos de la figura masculina por parte de las cuidadoras.

Comparada con la asignación que las mismas cuidadoras realizaron de la figura femenina, para la figura masculina cabe señalar que en los adjetivos negativos sí incluyen a la figura normo peso en todos, ocupando éstos últimos el tercer lugar. Resalta que en varios adjetivos como *enfermo*, *enojón* y *tonto* la figura baja de peso obtuvo un puntaje más alto. Seguida de la figura obesa en los mismos adjetivos, únicamente obtuvieron el mismo puntaje en *feo* e *inquieto*; en *malo para los deportes* y *come mucho* la figura obesa obtuvo los mayores puntajes.

En todos los adjetivos positivos la figura normo peso obtuvo la mayor cantidad de elecciones, seguida por baja de peso, excepto para *tranquilo* donde ambas tuvieron 32 elecciones, en tercer lugar quedó la figura obesa, cabe señalar que en esta ocasión sí asociaron a todos los adjetivos positivos la figura obesa. (ver figura 7).

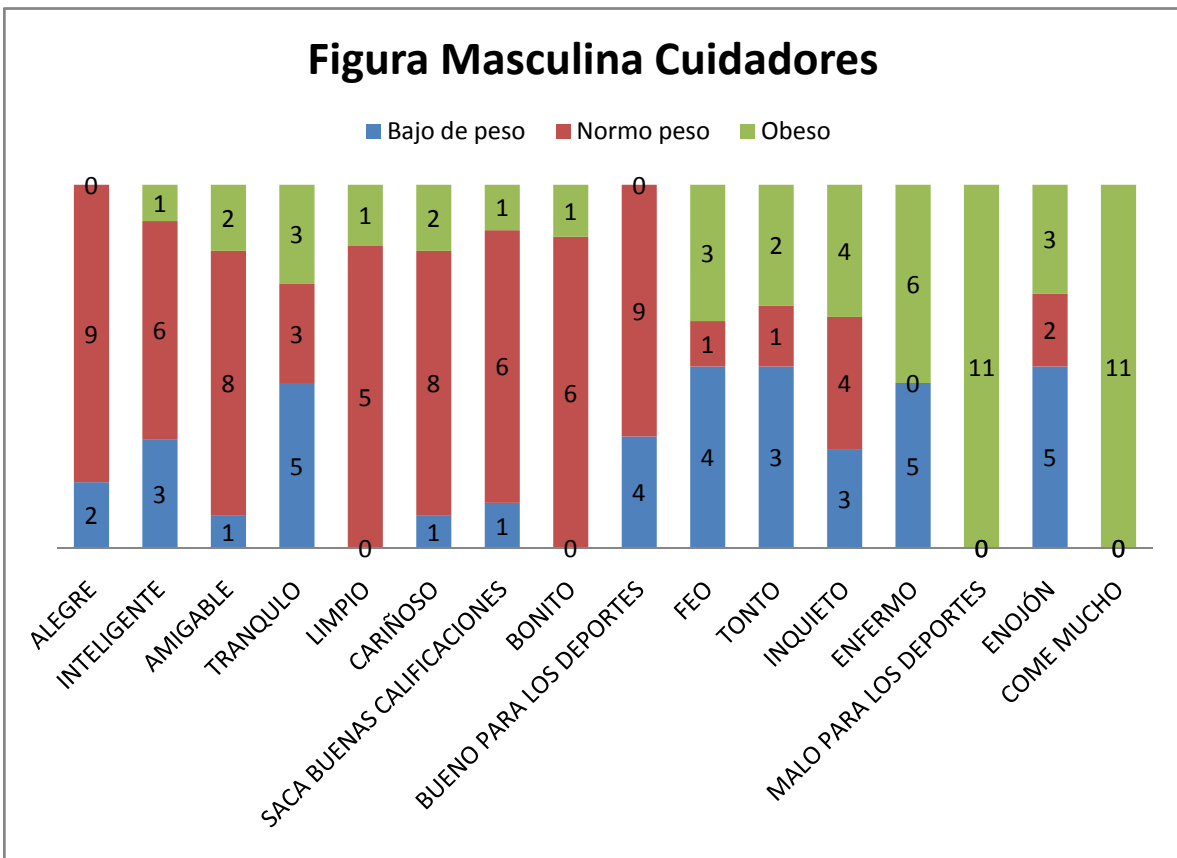


Figura 8. Estereotipos de la figura masculina por parte de los cuidadores.

En esta figura los adjetivos negativos que llaman la atención son *malo para los deportes* y *come mucho* ya que los obesos obtuvieron el cien por ciento de las elecciones, para el resto de los adjetivos negativos el primer lugar está dividido entre la figura baja de peso y la obesa, la primera obtuvo más elecciones en, *feo* con cuatro, *tonto* con tres y *enojón* con cinco. La figura obesa está en primer lugar en *enfermo* con seis elecciones. El adjetivo *inquieto* está empatado con la figura de peso normal, está en tercer lugar en *feo*, *tonto* y *enojón*, para el resto de los adjetivos no apareció.

En los adjetivos positivos cabe resaltar que *limpio* y *bonito* no fueron relacionados con la figura baja de peso, así como tampoco se relacionó *alegre* y *bueno* para los deportes con la figura obesa. Para el resto de los adjetivos la figura de peso normal obtuvo la mayor cantidad de elecciones, en segundo lugar la figura *alegre* e *inteligente* se asociaron a la figura baja de peso y finalmente la figura obesa en segundo lugar fue considerada más amigable y cariñosa que la figura baja de peso (ver figura 8).

Para identificar la concordancia entre la complexión de los participantes y el ideal que poseen acerca de la misma, se utilizó una escala visual análoga con 9 figuras en tríadas, donde cada tres jerarquizadas en orden ascendente de peso. Corresponden a la complexión de bajo peso los valores 1, 2 y 3, a peso normal 4, 5 y 6, y a obesidad 7, 8 y 9 (ver anexo 2), en las que se les pidió que señalaran *¿cuál se parece más a ti?* y *¿a cuál quisieran parecerse?*

Los resultados se presentan en figuras de caja y línea, donde las líneas representan los valores extremos máximo y mínimo en la distribución, las cajas al 50 de la distribución del percentil 25 al 75, y el cuadro pequeño la posición de la mediana.

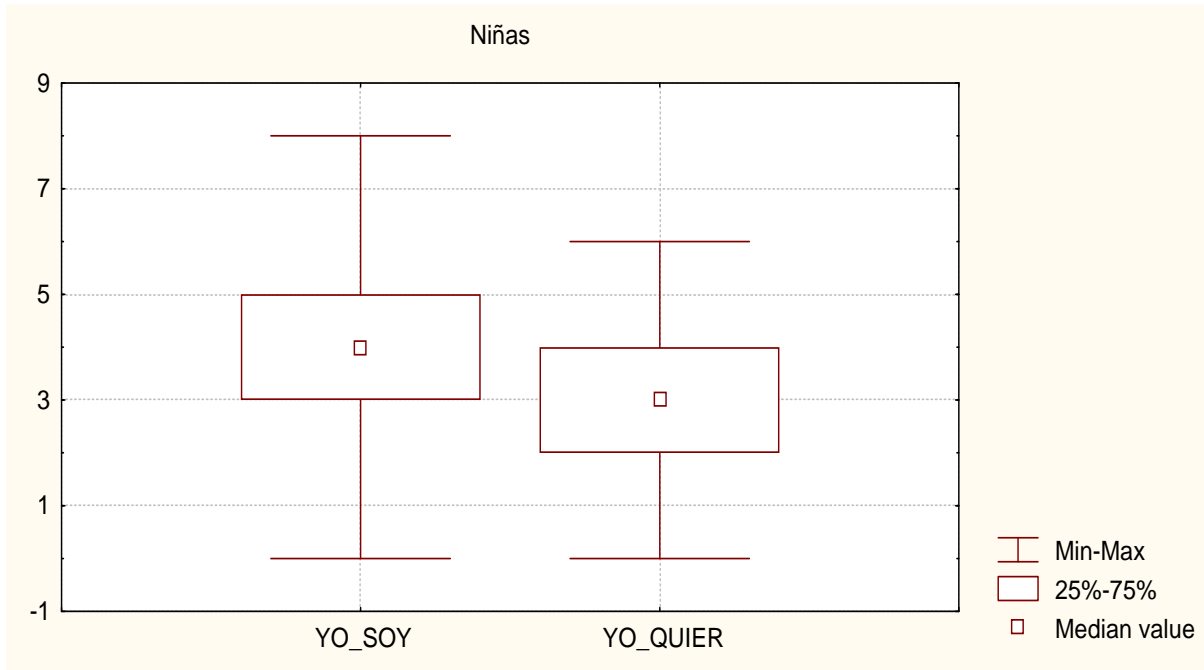


Figura 9. Yo soy, yo quiero parecerme niñas.

El valor de la mediana para la pregunta *yo soy* se ubica en el número cuatro de la escala correspondiente a triada normo peso, este mismo valor correspondiente a *yo quiero parecerme* se ubica en el número tres que corresponde a la triada baja de peso. En conjunto los resultados muestran que para la categoría *yo soy* se tienen niñas en bajo peso y con obesidad llegando al número ocho, correspondiente a la triada de obesidad, por el contrario al analizar a quien quieren parecerse, se observa que quieren ser en conjunto más delgadas de lo que son, y que el número más alto al que quieren llegar de normo peso es al seis, en ningún caso quieren ser obesas, que corresponden a los números siete, ocho y nueve (ver figura 9).

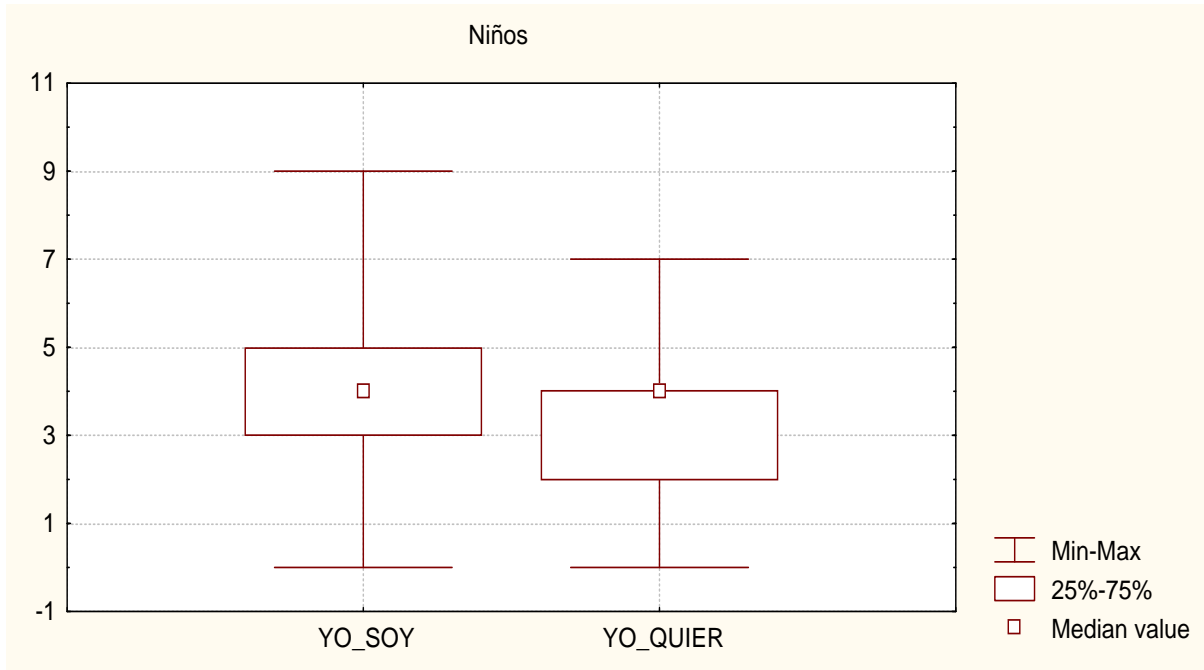


Figura 10. Yo soy, yo quiero parecerme niños.

El valor de la mediana en los niños es igual para *yo soy* y *yo quiero parecer*, sin embargo puede observarse que en *yo soy* hay niños que se notan obesos señalándose como la figura número nueve y en *yo quiero ser* lo más que quieren llegar a ser el la figura obesa que llega al número siete, se infiere que como grupo aunque son como quieren ser, se percibe un preferencia a querer ser más delgados, aunque menos marcada que en las niñas (ver figura 10).

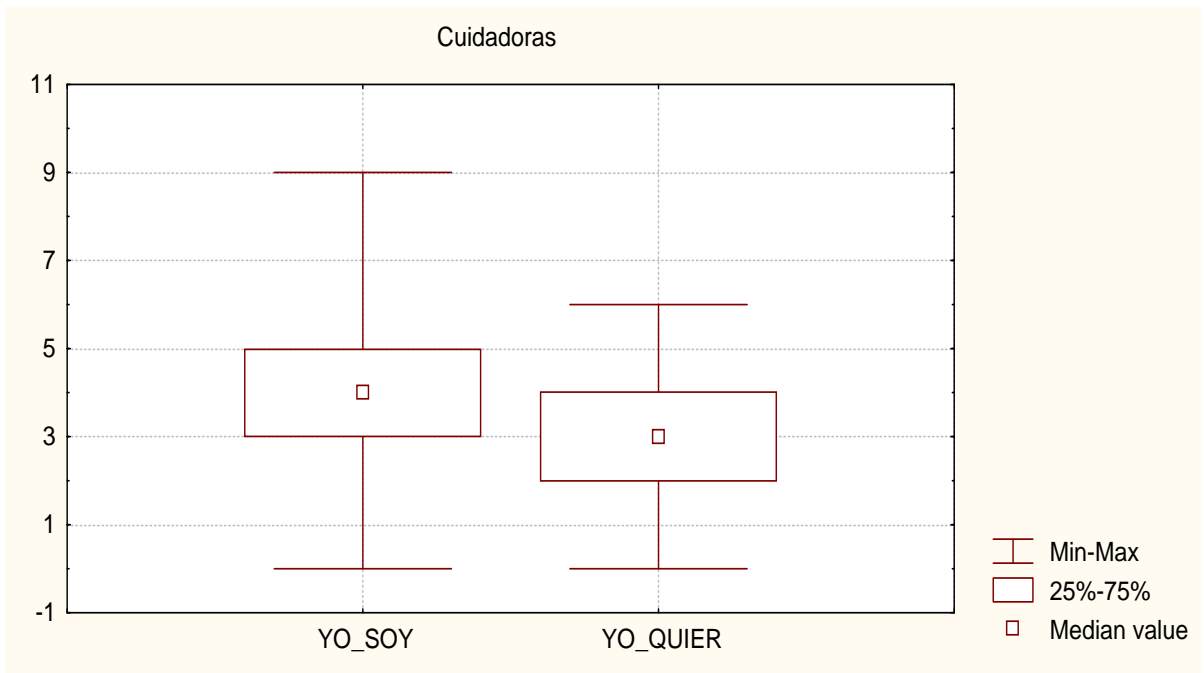


Figura 11. Yo soy, yo quiero parecerme cuidadoras.

El valor de la mediana en las cuidadoras es mayor en *yo soy* ubicándose en cuatro, y su mediana para *yo quiero parecer* se encuentra en tres, lo que señala un deseo de ser más delgadas. Lo máximo que quieren ser es la figura seis (el valor más alto en normopeso), y ninguna quiere ser ni la siete ni la ocho que ya presentan una obesidad mayor (ver figura 11).

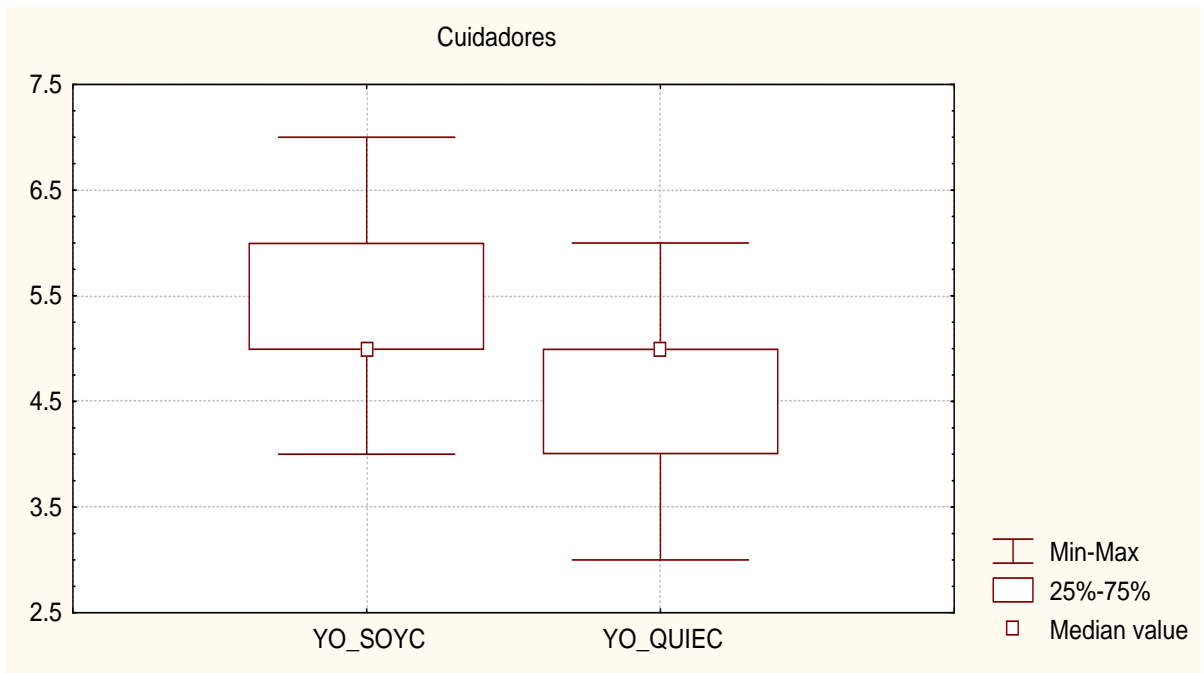


Figura 12. Yo soy, yo quiero parecerme cuidadores.

La mediana en los cuidadores se encuentra en el número cinco tanto para *yo soy* como para *yo quiero parecer*, en esta gráfica cabe señalar que en *yo soy* el puntaje más bajo es cuatro (en normopeso) y el más alto es siete, y en *yo quiero parecer*, quisieran ser flacos como el número tres y sólo llegar hasta el número seis (el más alto dentro del normopeso), (ver figura 12).

Para identificar como se presentaron los contrastes entre *yo soy* y *yo quiero parecer* considerando las diferentes posibilidades de respuesta y no sólo su distribución, se presentaron en figura de tres ejes las respuestas a ambos reactivos y su distribución por género (ver figura13). Los puntos marcan los entrecruzamientos en que se presentaron las respuestas.

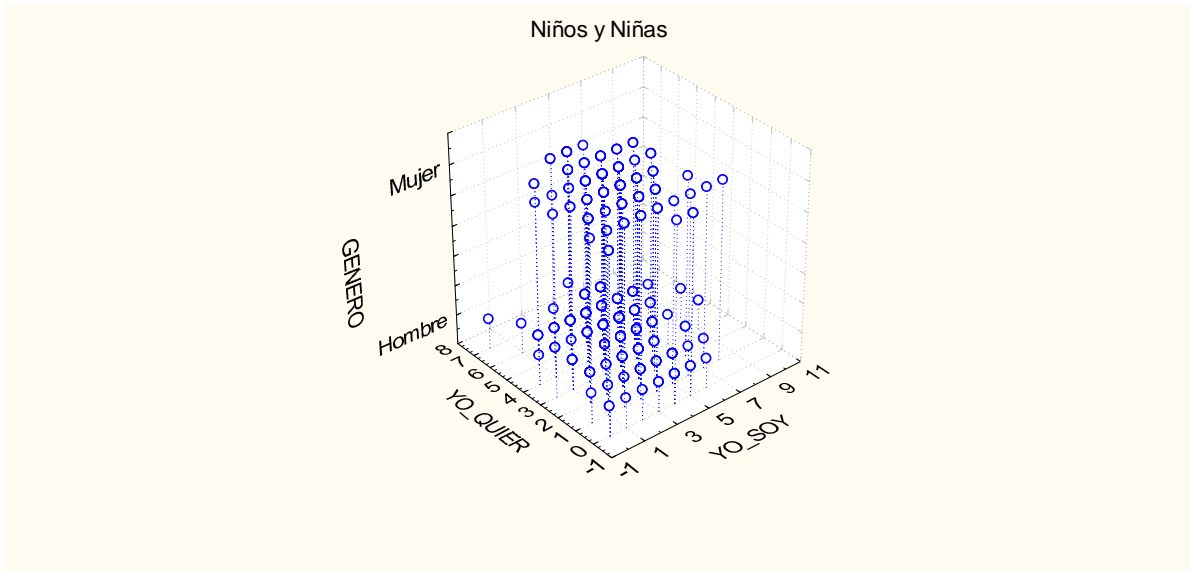


Figura 13. Dispersograma de respuestas sobre la complexión percibida y el ideal en niños y niñas.

Los niños, son los que mostraron los cruzamientos más marcados a una complexión robusta, en el caso de las niñas se observa una mayor tendencia a complexión delgada, en cuanto a cómo quisieran parecer. En el contraste también marca una mayor proporción de niñas que se identifican de complexión gruesa y que buscarían los valores de mayor delgadez. También hubo casos en ambos sexos que se percibieron muy delgados y que su ideal sería robusto, esto se presentó en mayor número en el caso de los niños (ver figura 13).

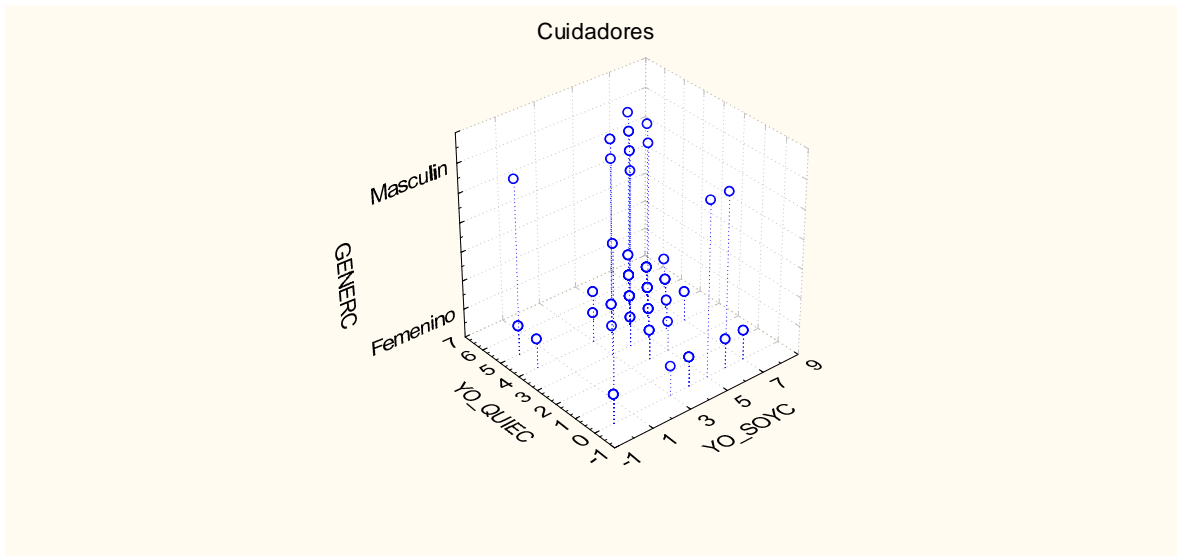
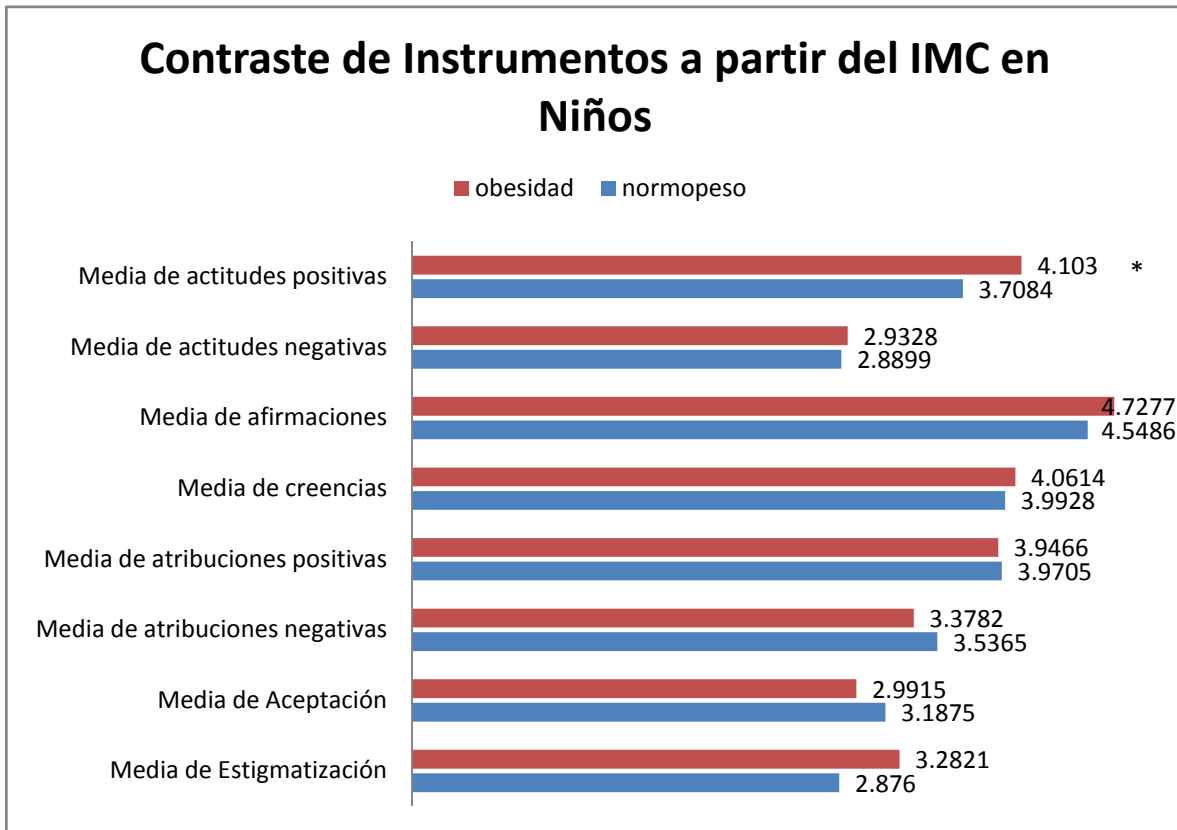


Figura 14. Dispersograma de respuestas sobre la complexión percibida y el ideal en los cuidadores

Se observa que los cuidadores se ubican en una complexión robusta y con sobrepeso y desean ser robustos. Las cuidadoras se ubican a lo largo de toda la escala encontrando mujeres muy delgadas, normo peso y otras con obesidad. Se observa que algunas cuidadoras muy delgadas están conformes con su complexión. La mayoría de los cruzamientos ocurrió en el normopeso para las cuidadoras, resaltando que lo máximo que quieren llegar es a la figura 5, ninguna quiere ser como alguien que tiene sobrepeso (ver figura 14).

Para identificar la diferencia entre las actitudes, creencias y atribuciones de los cuidadores respecto a su propia complexión y a la de sus niños, se realizó una prueba de medias con el estadígrafo t de student para grupos independientes separados como *normo peso* y *obesidad* debido a que se trata de los grupos con número más homogéneo (49 y 39 respectivamente), mientras que en bajo peso sólo se ubicaron, siete de los que respondieron los instrumentos completos. Se presentan las medias en barras en las figuras 5 y 6.



* $p < .05$, prueba t para grupos independientes.

Figura 15. Diferencia de medias entre las escalas, aplicadas a los cuidadores y separados a partir de la complejión de los niños.

Las actitudes positivas, afirmaciones sobre las causas y características de la obesidad y estigmatización, mostró valores más altos entre los cuidadores con niños obesos, mientras que aceptación, atribuciones positivas y actitudes negativas tuvieron valores similares o mayores en los cuidadores con niños en normo peso. La única diferencia estadísticamente significativa se presentó en actitudes positivas, denotando que los padres de niños obesos tienen actitudes más positivas hacia la obesidad, dado que la media fue de 4.1 ubicándose en la opción de ligeramente en acuerdo, los padres de niños normo peso mostraron actitudes menos positivas con una media de 3.70 (ver figura 15).

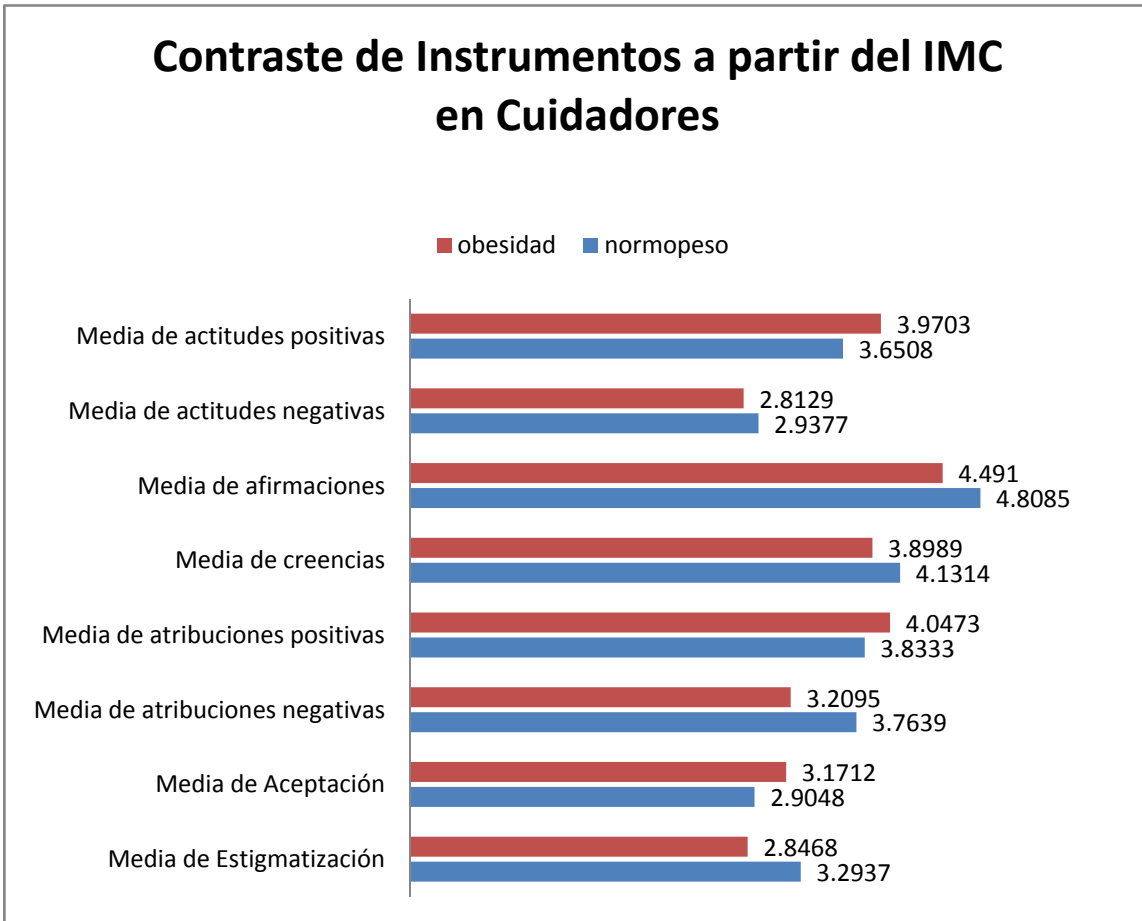


Figura 16: Diferencia de medias entre las escalas, aplicadas a los cuidadores y separados a partir de la complejión de los mismos.

Las actitudes positivas, atribuciones positivas y aceptación, mostró valores más altos entre los cuidadores con obesidad, mientras que actitudes negativas, afirmaciones, creencias, atribuciones negativas y estigmatización tuvieron valores mayores en los cuidadores con normo peso.

Para establecer la relación entre la unión de los adjetivos del *ejercicio para identificar actitudes*, a partir del IMC de los niños y los cuidadores, se corrió la prueba de correlación de Spearman Rho. Se muestran sólo las relaciones que resultaron estadísticamente significativas en barras, donde la abscisa muestra el valor del coeficiente y en la ordenada se muestran los adjetivos (ver figura 16).

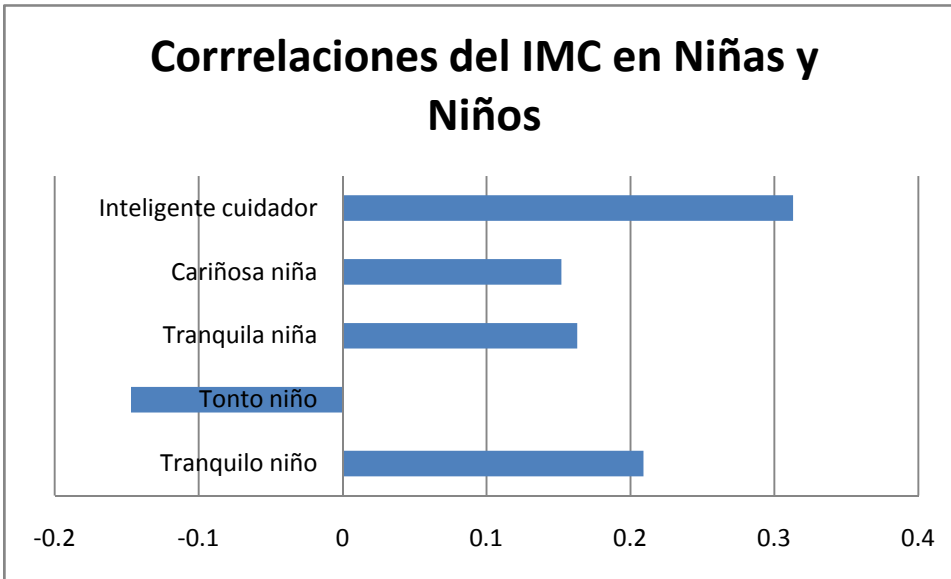


Figura 17. Correlación del IMC en niños y niñas y adjetivos.

Se observa que la mayoría de las relaciones fueron positivas, señalando que entre mayor IMC mayor identificación de las características con figuras de mayor peso. Excepto para el caso de *tonto* que mostró una relación negativa, es decir, entre mayor IMC, más se adjudicó dicha características a los valores de menor complexión. Esto sólo ocurrió en el caso de los niños y debe considerarse que la relación es débil (ver figura 17).

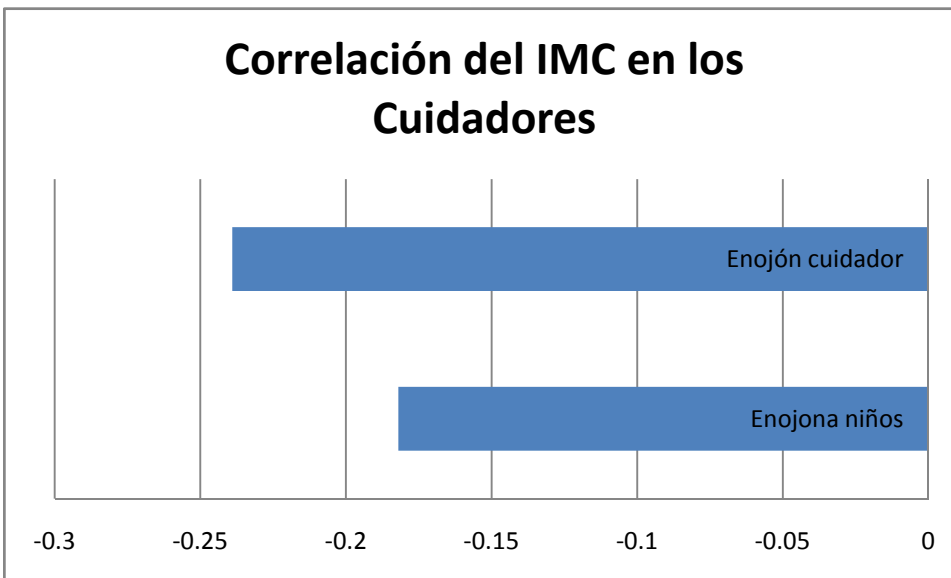


Figura 18. Correlación del IMC de los cuidadores y adjetivos.

Se observa que las dos relaciones son negativas *enojón* en los cuidadores y *enojona* en los niños, señalando que entre mayor IMC, más se adjudicó dicha características a los valores de menor complexión. Debe considerarse que la relación es débil (ver figura 18).

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue identificar las actitudes y prejuicios relacionados con la obesidad en niños mexicanos y sus cuidadores.

Se encontró que tanto en niños como en cuidadores predominan actitudes negativas hacia la obesidad, destacando para ambos géneros los adjetivos negativos: feo, come mucho, tonto, malo para los deportes y en el caso del adjetivo enfermo, los niños lo relacionan con la figura obesa, sin embargo las niñas lo relacionan tanto con la figura obesa como con la figura baja de peso. Las cuidadoras asocian la enfermedad primero con la figura baja de peso y posteriormente con la obesa.

Este hallazgo puede estar relacionado con la tendencia actual de los medios de comunicación de privilegiar una figura de extrema delgadez y producir el rechazo hacia la obesidad dado que la imagen que se muestra no es del todo buena. Por otra parte, las cuidadores muestran, al respecto de las niñas, actitudes más negativas por la figura baja de peso, probablemente como un temor a trastornos restrictivos de la alimentación como anorexia o bulimia.

En cuanto a la percepción corporal se observó que existe un deseo por ser más delgado de lo que se es en realidad, esta insatisfacción ha sido relacionada a los trastornos de conducta alimenticia (Acosta, Llopis, Gómez y Pineda, 2005). Los resultados son consistentes con la literatura, y esto podría atribuirse a que en la actualidad se ha declarado una guerra contra la obesidad, sin cuestionarse los efectos negativos que esto puede acarrear para la salud psicológica de las personas. Es preocupante el deseo de las mujeres por pesar igual o menos de lo que pesan, en el estudio realizado por Acosta, Llopis, Gómez y Pineda en 2005 el 84.20% de las mexicanas deseaba tener el mismo peso o ser más delgada. Sin embargo en el presente trabajo no se observó una intención por lograr valores extremos de delgadez, sino más bien al normo-peso delgado, que también podría corresponder a un ideal de salud y/o estético que no se abordó como tal en el presente trabajo.

Los resultados que se obtuvieron de esta investigación son preocupantes, puesto que hay niños y niñas de seis años que quieren ser más delgados de lo que son, pese a ser delgados, en este sentido se recomienda realizar investigación en población mexicana del efecto que tiene la autopercepción del niño sobre su cuerpo, pues, si esta percepción es negativa, lo puede llevar a conductas de restricción alimentaria.

El deseo de ser más delgado de lo que se es, se ha explicado la presión de ajustarse al canon de belleza de la actualidad donde impera un modelo de delgadez extrema que es muy difícil de alcanzar. Generando malestar en los niños y rechazo hacia su cuerpo.

Los resultados obtenidos de las figuras cinco y seis, dan cuenta de la estigmatización que tienen los cuidadores de niños obesos hacia la figura obesa; dado que ellos la estigmatizan más que los cuidadores cuyos niños son normo peso, esto pese a que son ellos los que presentan una actitud más positiva hacia la obesidad.

Las actitudes positivas hacia la obesidad siguen presentes en los cuidadores que tienen obesidad, pero contrario a lo que ocurre con los niños obesos, en esta ocasión no estigmatizan a la figura obesa. Lo que permite suponer una mejor comprensión del niño obeso y convendrá verificar en posteriores estudios que se acompañe de hábitos alimenticios saludables.

El estudio tuvo limitaciones como que el uso de los instrumentos fue excesivo y para los cuidadores con bajo nivel educativo podría ser muy complicado, un número importante de las baterías se regresaron incompletas, o con respuestas inconsistentes. Por otra parte, también se recomienda un proceso de sensibilización a los cuidadores previo a la entrega de los instrumentos, ya que muchos de ellos fueron devueltos en blanco o simplemente no se regresaron. Esto también podría relacionarse con las actitudes negativas que se observaron a la obesidad y probablemente también al estudio.

No puede asegurarse que las actitudes negativas fueran la única causa, pues en el periodo que se realizó el estudio México atravesaba por una situación nunca antes vivida a causa de la influenza A H1N1, después de la contingencia donde se suspendieron las clases, no regresaron a clase todos los niños, la asistencia era muy intermitente, debido a las medidas de seguridad que se tomaron posteriormente, lo que dificultó la entrega y regreso de los cuestionarios.

Por su complejidad, cabe la posibilidad de realizar otras comparaciones que escaparon al objetivo del presente trabajo, como las diferencias por escolaridad. También valdría la pena, para posteriores estudios con cuidadores, hacer medidas reales para el cálculo del IMC, ya que para el estudio actual se utilizó un estimado por autorreporte y se ha identificado que puede haber una tendencia a sub estimar o sobre estimar el peso a partir de la complexión (Klaczynski, Goold y Mudry, 2004).

Los resultados encontrados si bien no son generalizables puesto que la muestra fue intencional, aportan información acerca de la realidad en nuestro país y que es vital seguir investigando.

A manera de conclusión se recomienda que continúen elaborándose investigaciones sobre las actitudes y creencias hacia la obesidad tanto de personas sin obesidad, como las que la padecen, encaminadas a fortalecer la autoestima y las conductas de autocuidado de la salud.

La presión que se ejerce hacia los niños y la población en general a ser delgados, como medio para promover la salud puede ocasionar resultados negativos ya que frecuentemente se favorece una preocupación por el peso y no por la salud. De continuar estigmatizando la obesidad y sobre todo a las personas obesas, se perpetuará el malestar derivado de un problema importante de salud.

En este sentido se recomienda crear una estrategia a favor de la promoción de la salud y de estilos de vida saludable en lugar de una guerra a ultranza contra la obesidad que puede tener consecuencias en la población, favoreciendo la

presencia de condiciones relacionadas con problemas tan graves y lacerantes como los trastornos restrictivos (anorexia y bulimia); así como un aumento en la insatisfacción corporal, con graves consecuencias en el bienestar psicológico.

Se sugiere que sean proyectos apoyados con fondos del estado para realizar muestras probabilísticas que permitan la generalización de los resultados y éstos den la pauta para la creación de tratamientos que sirvan de guía para trabajar en la educación tanto de la población no obesa como de la obesa.

REFERENCIAS

Acosta, M., Llopis, J., Gómez, G. y 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 (3), 223-232.

Allison, D.B., Basile, V.C., & Yaker, YH.E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 599-607.

Barbany Cahiz, M. (2004). Capítulo 9 Concepto y clasificación de la obesidad (pp. 93-97). En *La obesidad en el tercer milenio/ directores, Moreno, E. B., Moreno, M. S., Hernández A. J.* Tercera edición. Buenos Aires; Madrid; Médica Panamericana. pp. 395.

Bersh, S. (2006). La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, vol. XXXV, No. 004 pp. 537-546.

Calzada, L. R. (2004). Prevención, diagnóstico, y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 12 No. 4 Supl. 3 pp. S143-S147

Casademunt, J. (2005). El factor psicológico (pp. 127-142) en "Mi hijo está gordo!: sobrepeso y obesidad infantil: dietética y recetas sanas, deliciosas y fáciles de preparar. Barcelona: Océano/ Ámbar. Pp. 246.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006 en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf revisado el 4 de octubre de 2010.

Diccionario de la Real Academia Española. 22ª edición. 2001 en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=enfermedad revisado el 4 de octubre de 2010.

Diccionario de uso del español de María Moliner en <http://www.diclib.com/impedancia/show/es/moliner/44445> revisado el 5 de octubre de 2010.

Eberwine, D. (2002). Globesidad: una epidemia en apogeo. *Perspectivas de Salud La revista de la Organización Panamericana de la Salud*. Volumen 7, Número 3. p 6-11 Disponible en http://www.paho.org/spanish/dpi/Numero15_article2_5.htm consultado el 31 de agosto de 2010.

Fernández, S. M.E. (2005). Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Vol. VII suplemento 1: pp. 35-47.

Fiorentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, vol. 15, núm. 1, marzo. Pp.95-113

Flores, H.S., Pérez, C.R., Garduño, E.J. Reyes, M. H., Rodríguez, O. E y Muñoz, H. O. (2007) Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana. II. Problemas emergentes: sobrepeso y obesidad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 64: pp. 399-407.

Garduño-Espinosa J, Morales-Cisneros G, Martínez-Valverde S, Contreras Hernández I, Flores-Huerta S, Granados-García V, Rodríguez-Ortega E., Muñoz-Hernández O. (2008). Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana. III. Carga económica y en salud de la obesidad en niños mexicanos. *Proyecciones de largo plazo. Bol Med Hosp Infant Mex*. 65: 49-56. 15.

González, C. W. J. (2009). Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños de la Parroquia Antimano- Caracas. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, Vol. XV, Núm. 2, abril-junio. Pp.235-244.

Hassink, G. S. (2007). *A clinical guide to pediatric weight management and obesity*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2007. Pp. 149-157.

Islas, O. L., Peguero, G. M. Obesidad Infantil. *Boletín de Práctica Médica Efectiva*. Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud. 2006. Pp. 1- 6

Jáuregui, L. I. (2006). Gordos, Obesos y Obsesos. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 4: pp. 295-320.

Jáuregui, L. I., Rivas, F. M. T., Montaña, G. Ma. T. y Morales M. Ma. T. (2008) Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. *Nutr Hosp.*; 23(4): pp 319-325.

Klaczynski, A. P., Goold, W. K. y Mudry, J. J. (2004). Culture, Obesity Stereotypes, Self-Esteem, and the "Thin Ideal": A Social Identity Perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 33, No. 4. Pp. 307-317.

Kriemler, S., Zahner, L., Schindler, C., Meyer, U., Hartmann, T., Hebestreit, H., Brunner-La Rocca, H. P., van Mechelen, W., Puder, J.J. (2010). Effect of school based physical activity programme (KISS) on fitness and adiposity in primary schoolchildren: cluster randomized controlled trial. *BMJ*;340: c785. p. 1-8

Martínez, J. A. (2000). Body-weight regulation: causes of obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*. 59: 337-345.

Mellah, E. (2008). Dossier "Le sport contre l'obésité". En jeu une autre idée du sport. No. 420 pp. 13-17. Recuperado el 18 de octubre de 2010 de: <http://es.calameo.com/read/000008319d0abaa04eb18>

Moreno, E. B.; Jiménez, M. A. I.; Rodríguez, P-G. P. y Garrido P. M. (2004). Capítulo 21 Obesidad infanto-juvenil (pp. 216-220). En La obesidad en el tercer milenio/ directores, Moreno, E. B., Moreno, M. S., Hernández A. J. Tercera edición. Buenos Aires; Madrid; Médica Panamericana. pp.395.

National Institutes of Health (NIH). (1998). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults The Evidence Report. Publicación 98-4083. pp. 262.

OMS. Nota descriptiva 311. (2006) Obesidad y sobrepeso. Recuperado el 21 de junio de 2010 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

OMSa. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (versión impresora), "¿Cuáles son las causas?" en http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/index.html consultado el 2 de septiembre de 2010.

OMSb. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (versión impresora), ¿Cuáles son las causas? Causas sociales de la epidemia de obesidad infantil en http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/index.html consultado el 2 de septiembre de 2010.

OMSc. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (versión impresora), ¿Qué son el sobrepeso y la obesidad? Medición del sobrepeso y la obesidad, en http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/index.html consultado el 2 de septiembre de 2010.

OMSd. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (versión impresora) ¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles? Consecuencias de los modos de vida poco saludables durante la infancia, en http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/index.html consultado el 2 de septiembre de 2010.

OMSe. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (versión impresora) ¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles? Consecuencias de los modos de vida poco saludables durante la infancia, en http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/index.html consultado el 2 de septiembre de 2010.

Parizkova, J. & Hills P. A. (2001). Childhood obesity: prevention and treatment. Boca Raton, Florida: CRC. Pp. 177-189

Repetti, L. R., Taylor E. S. y Seeman E. T. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*. Vol. 128, No. 2, pp. 330-366

Repetti, L. R., McGrath, P. E. e Ishikawa, S. S. (1999). Chapter 21 Daily Stress and Coping in Childhood and Adolescence. En A. J. Goreczny & M. Hersen (Eds.) *Handbook of pediatric and adolescent health psychology* (pp. 343-360). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1999.

Rodríguez, V. A. L. (2010). La obesidad infantil podría generar enfermedades vasculares entre los 20 y 30 años de edad. *Boletín UNAM-DGCS-519*. Ciudad Universitaria 2 de septiembre de 2010. En http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2010_519.html Consultado el 2 de septiembre de 2010.

Santos, M. J. L., Martínez, H. J.A., Pérez, B. F. y Albala, B. C. (2005). Epidemiología genética de la obesidad: estudios familiares. *Revista Médica de Chile*.133: pp. 349-361.

Sassi, F. (2010) La obesidad y la economía de la prevención. 2010 Recuperado de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. <http://www.oecd.org/dataoecd/49/29/46077041.pdf> Consultado el 25 de septiembre de 2010.

Saucedo, M. T. J y Gómez P. G. (1998). Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. *Salud Pública de México*. 40; 005: 392-397

Serra, M. L., Ribas, B. L. Aranceta B. J., Pérez R. C., Saavedra S. P y Peña, Q. L., (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)*, 121 (19): pp. 725-732.

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (2000). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad: establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica (Barc)*; Vol.115. No. 15: p.587-597.

Stunkard A, Sorensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Key S, Roland I, Sigman R, Matthysse S (eds). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. Raven Press: New York; 1983.

29 de noviembre de 2010

Ventura, K. A., Savage, S. J., May, L. A. y Birch, L. L. (2005). Predictores Psicosociales, Familiares y Conductuales Tempranos de Sobrepeso y Obesidad Infantil. Pennsylvania State University, EE.UU. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. Puesto en línea en inglés, el 21 de diciembre de 2005. Puesto en línea, en español, el 3 de marzo de 2010. En: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Ventura-Savage-May-BirchESPxp.pdf> Consultado el siete de noviembre de 2010.

Vera, R. M. N. (1998). El cuerpo ¿Culto o tiranía? Psicothema. Vol. 10, No. 1, pp. 11-125.

Zárate, A., Basurto, A. L. y Saucedo, G. R. P. (2001). La obesidad: Conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. Rev. Fac. Med. UNAM. Vol. 44 No. 2 pp. 66-70

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Ejercicio para identificar actitudes	67
Anexo 2: Ejercicio de percepción corporal	69
Anexo 3: Escala de estereotipos hacia la obesidad	77
Anexo 4: Instrumento causas de la obesidad	79
Anexo 5: Información sobre el estudio	81

ANEXO 1 EVALUACIÓN PARA IDENTIFICAR ACTITUDES

29 de noviembre de 2010

NOMBRE: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ GRUPO: _____ PESO: _____ ESTATURA: _____

Une con una línea las palabras que consideres más adecuadas para cada figura:



Alegre

Inteligente

Amigable

Feo

Tranquilo

Tonto

Limpio

Inquieto

Cariñoso

Enfermo

Saca buenas calificaciones

Malo para los deportes

Enojón

Come mucho

Bonito

Bueno para los deportes

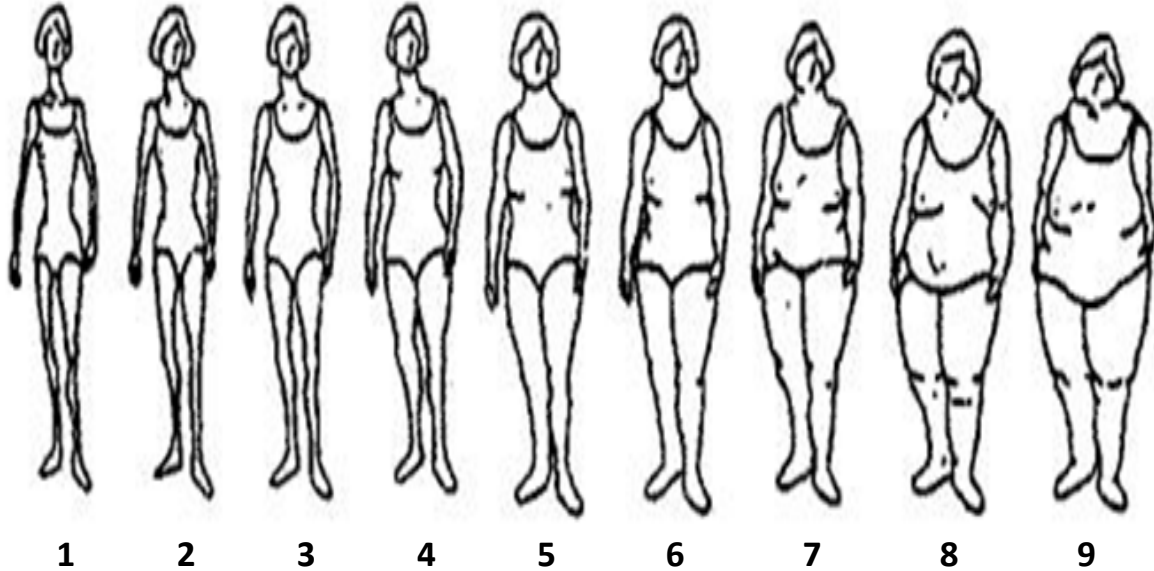
29 de noviembre de 2010

29 de noviembre de 2010

Nombre: _____ Edad: _____

Grupo: _____ Peso: _____ Estatura: _____

1.- Observa cuidadosamente cada una de las figuras y marca con una X la que se parezca más a ti.



2.- Encierra en un círculo la figura a la que te quisieras parecer.

3.- Escribe cómo son las figuras en el número que les corresponde.

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

6.- _____

7.- _____

8.- _____

9.- _____

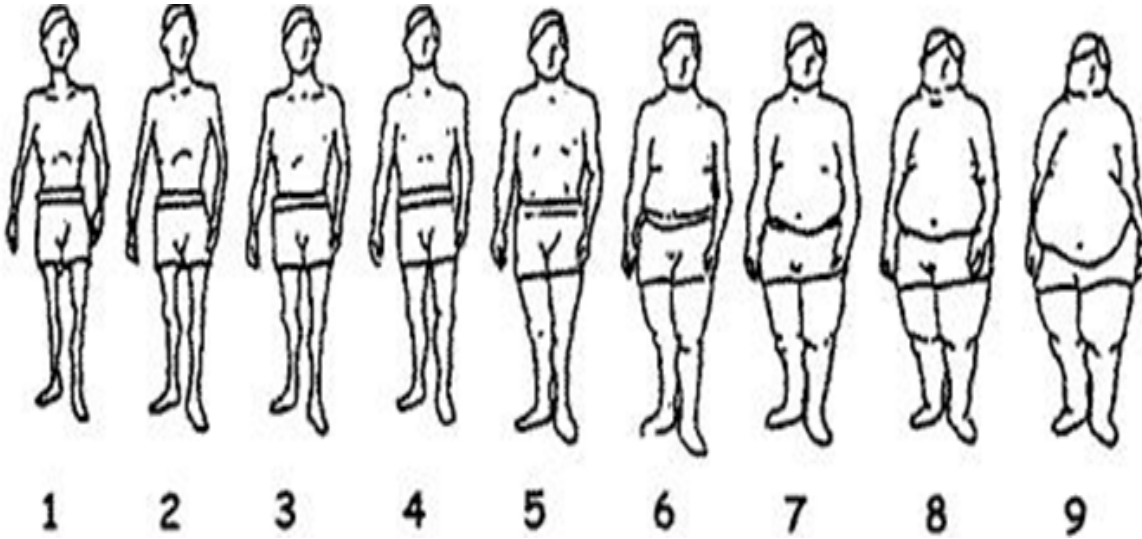
ANEXO 2 EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN CORPORAL

29 de noviembre de 2010

Nombre: _____ Edad: _____

Grupo: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Observa cuidadosamente cada una de las 9 figuras.



Ahora escribe cómo es cada figura.

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____

¿Te gusta hacer ejercicio? _____ ¿Tus papás hacen ejercicio? _____

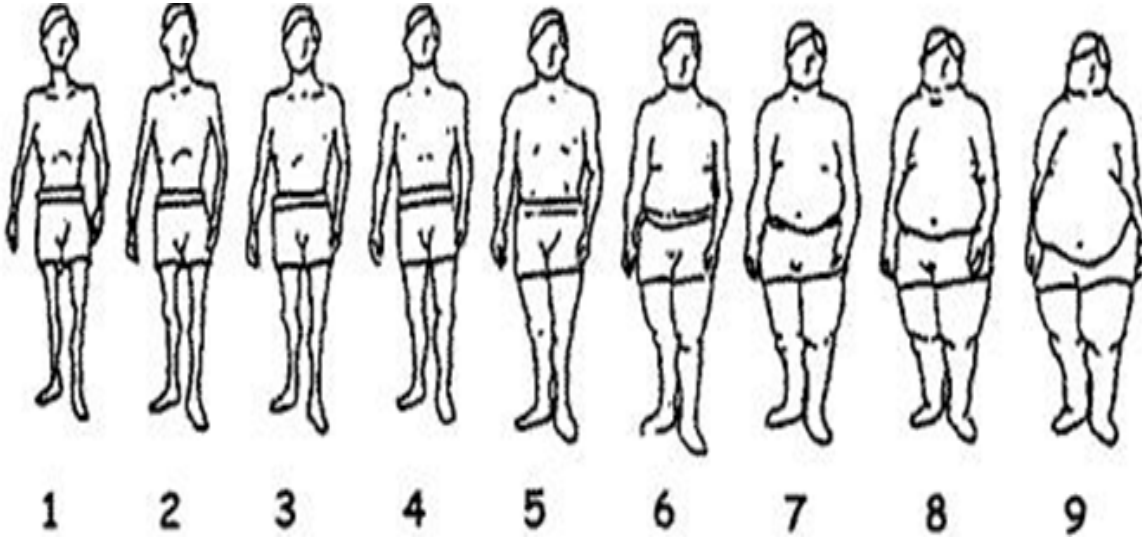
¿Practicas algún deporte? _____ ¿Cuál? _____

29 de noviembre de 2010

Nombre: _____ Edad: _____

Grupo: _____ Peso: _____ Estatura: _____

1.- Observa cuidadosamente cada una de las figuras y marca con una X la que se parezca más a ti.



2.- Encierra en un círculo la figura a la que te quisieras parecer.

3.- Escribe cómo son las figuras en el número que les corresponde.

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

6.- _____

7.- _____

8.- _____

9.- _____

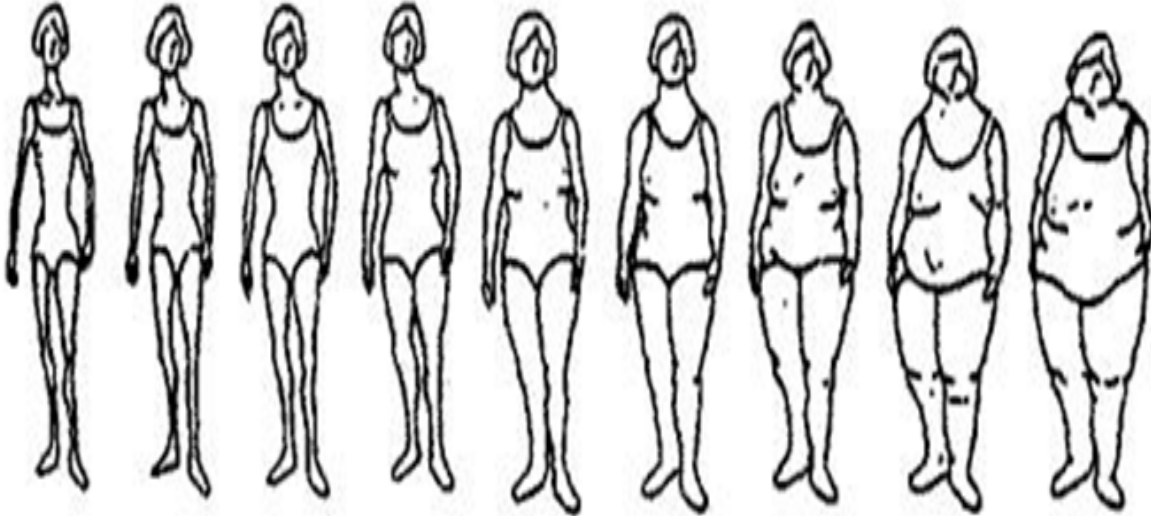
ANEXO 2 EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN CORPORAL

29 de noviembre de 2010

Nombre: _____ Edad: _____

Grupo: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Observa cuidadosamente cada una de las 9 figuras.



1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ahora, escribe cómo es cada figura.

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____

¿Te gusta hacer ejercicio? _____ ¿Tus papás hacen ejercicio? _____

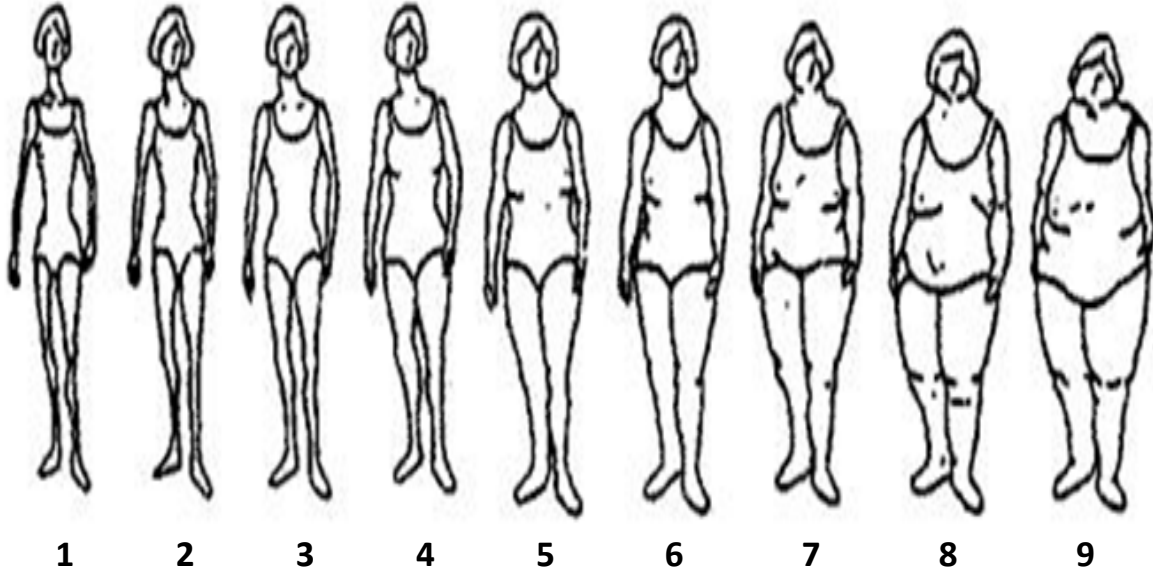
¿Practicas algún deporte? _____ ¿Cuál? _____

29 de noviembre de 2010

Nombre: _____ Edad: _____

Grupo: _____ Peso: _____ Estatura: _____

1.- Observe cuidadosamente cada una de las figuras y marca con una X la que se parezca más a usted.



2.- Encierre en un círculo la figura a la que se quisiera parecer.

3.- Escriba cómo son las figuras en el número que les corresponde.

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

6.- _____

7.- _____

8.- _____

9.- _____

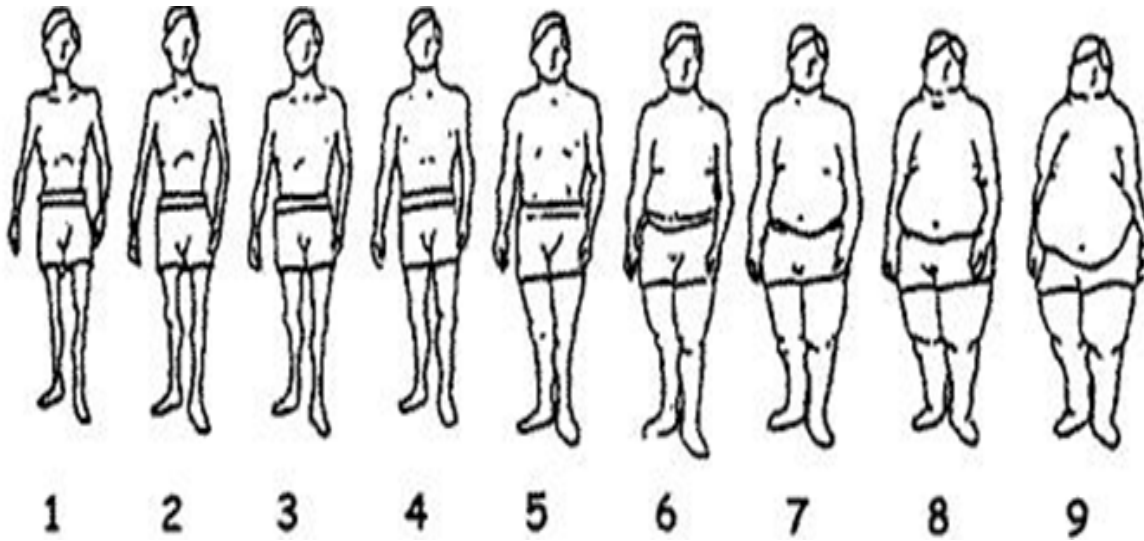
ANEXO 2 EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN CORPORAL

29 de noviembre de 2010

Nombre: _____ Edad: _____

Grupo: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Observe cuidadosamente cada una de las 9 figuras.



Ahora escriba cómo es cada figura.

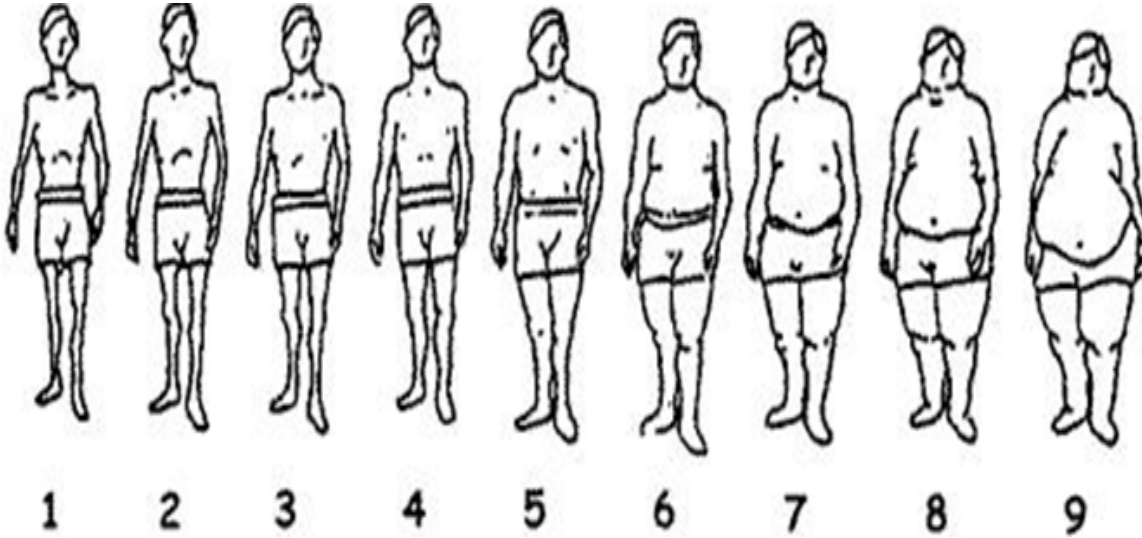
- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____

29 de noviembre de 2010

Nombre: _____ Edad: _____

Grupo: _____ Peso: _____ Estatura: _____

1.- Observe cuidadosamente cada una de las figuras y marca con una X la que se parezca más a usted.



2.- Encierra en un círculo la figura a la que se quisiera parecer.

3.- Escriba cómo son las figuras en el número que les corresponde.

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

6.- _____

7.- _____

8.- _____

9.- _____

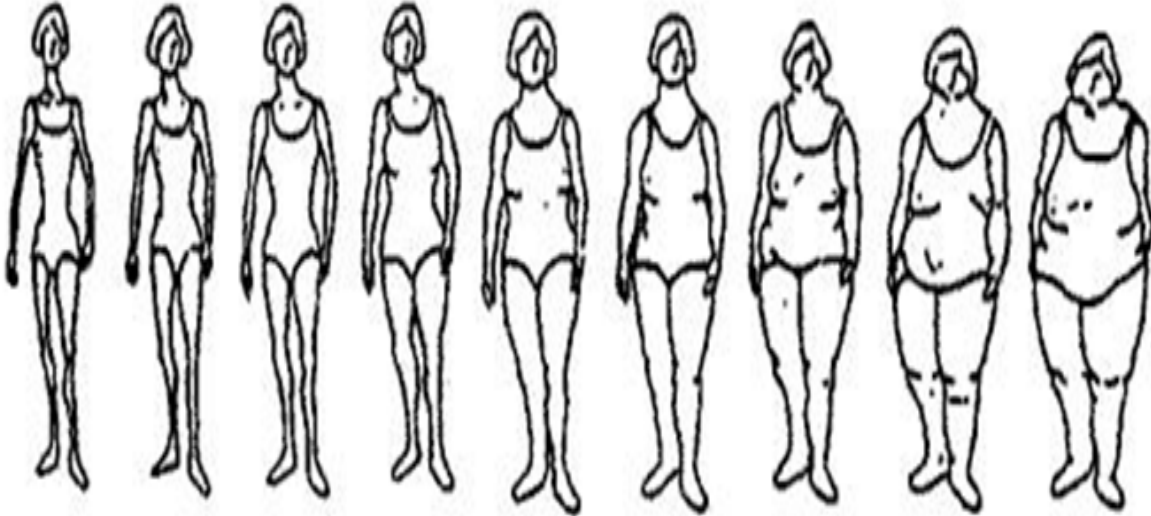
ANEXO 2 EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN CORPORAL

29 de noviembre de 2010

Nombre: _____ Edad: _____

Grupo: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Observe cuidadosamente cada una de las 9 figuras.



1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9**

Ahora, escriba cómo es cada figura.

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____

ANEXO 3 ESCALA DE ESTEREOTIPOS HACIA LA OBESIDAD

29 de noviembre de 2010

Nombre _____ Nivel de estudios: _____

Ponga un tache de acuerdo a si está totalmente en desacuerdo o totalmente de acuerdo en cada afirmación, basándose en la siguiente escala:

-3	Totalmente en desacuerdo
-2	Moderadamente en desacuerdo
-1	Ligeramente en desacuerdo
+1	Ligeramente en acuerdo
+2	Moderadamente en acuerdo
+3	Totalmente en acuerdo

	<i>En mi opinión, la gente gorda es/tiene:</i>	-3	-2	-1	+1	+2	+3
1.	Un fuerte sentido de la moralidad/ de hacer lo correcto.						
2.	Muy inteligente						
3.	Se distrae fácilmente.						
4.	Sucia						
5.	Desordenada						
6.	Amistosa.						
7.	Fanfarrona, o presumida.						
8.	Demasiado dependiente de los demás.						
9.	Popular.						
10.	Valiente.						
11.	Irresponsable.						
12.	Poco autocontrol.						
13.	Indigna de confianza.						
14.	Chillona.						
15.	Soplona.						
16.	Baja auto-estima.						
17.	Flojos.						
18.	Una visión optimista de la vida.						
19.	Chismosa.						
20.	Honesta.						
21.	Se confunden fácilmente.						
22.	Pesimistas.						

ANEXO 3 ESCALA DE ESTEREOTIPOS HACIA LA OBESIDAD

29 de noviembre de 2010

		-3	-2	-1	+1	+2	+3
23.	Muy amistosa.						
24.	Escandalosa.						
25.	Se desagradan mucho a sí mismos.						
26.	Tragona						
27.	Cierta "fortaleza interior".						
28.	Torpes socialmente.						
29.	Piensan que "todos están en su contra".						
30.	Divertida.						
31.	Aburrida para hablarles.						
32.	Despilfarradora, gasta mucho.						
33.	Metiches.						
34.	Talentosos.						
35.	Felices con la televisión y juegos de video.						
36.	Serviciales, ayudadores.						
37.	Egoístas.						
38.	Avergonzada.						
39.	Solitaria.						
40.	Se enojan fácilmente.						
41.	Malos, perversos.						

ANEXO 4 INSTRUMENTO CAUSAS DE LA OBESIDAD

29 de noviembre de 2010

Nombre _____ Nivel de estudios: _____

Ponga un tache de acuerdo a si está totalmente en desacuerdo o totalmente de acuerdo en cada afirmación, basándose en la siguiente escala:

-3	Totalmente en desacuerdo
-2	Moderadamente en desacuerdo
-1	Ligeramente en desacuerdo
+1	Ligeramente en acuerdo
+2	Moderadamente en acuerdo
+3	Totalmente en acuerdo

		-3	-2	-1	+1	+2	+3
1.	Algunas personas son obesas porque sus padres les dan comida con mucha azúcar y grasas.						
2.	La gente se pone obesa porque no hace mucho ejercicio.						
3.	La mayoría de la gente obesa es obesa porque sus papás son obesos.						
4.	Al parecer a la mayoría de los obesos no les gusta hacer ejercicio.						
5.	La gente obesa tiene condiciones médicas que les ocasionan sobrepeso.						
6.	Los padres de la gente obesa los dejaron ver mucha televisión cuando eran niños.						
7.	La gente no se pondría obesa si dejara de comer bocadillos entre comidas.						
8.	La gente se pone obesa porque en la escuela y en su casa no puede alejar sus manos de la comida grasosa.						
9.	La gente que es obesa se pone así porque le gusta comer más que a la gente delgada.						
10.	La gente que fue obesa desde bebé nació imposibilitada para bajar de peso.						
11.	La gente obesa sigue comiendo aunque ya estén llenos.						
12.	La gente se pone obesa porque les gusta mucho ver la televisión.						
13.	Casi todos los obesos se esfuerzan mucho para perder peso, pero simplemente no pueden.						
14.	Mucha gente obesa aprendió malos hábitos de alimentación de sus padres.						
15.	Una de las principales causas de que la gente se ponga obesa es porque es floja.						

ANEXO 4 INSTRUMENTO CAUSAS DE LA OBESIDAD

29 de noviembre de 2010

		-3	-2	-1	+1	+2	+3
16.	Algunos obesos no intentan bajar de peso porque parecen orgullosos de su sobrepeso.						
17.	Si la gente obesa tuviera más fuerza de voluntad sería capaz de dejar de comer demasiado.						
18.	La mayoría de los obesos heredaron genes que causan obesidad de sus padres.						
19.	La gente obesa a menudo trata de escapar de sus problemas comiendo.						
20.	La gente obesa no puede cambiar el hecho de que heredaron genes "obesos".						
21.	Si la gente obesa supiera lo poco sano que es ser obeso, harían más ejercicio y dieta.						
22.	Algunas personas que son obesas crecieron en lugares donde hay muchos adultos que comen demasiado						
23.	La gente obesa realmente no puede controlar comer demasiado.						
24.	Uniéndose a grupos para perder peso, la gente obesa podría perder peso.						
25.	La gente obesa podría culpar a sus padres por haberles dado comida poco sana.						
26.	Al llevar dietas más sanas, la gente obesa podría controlar peso.						
27.	Casi toda la gente obesa podría perder peso si realmente lo deseara.						
28.	La gente se "atora" siendo obesa, porque suele tener hormonas que no puede controlar.						
29.	Al hacer ejercicio y comer comida saludable, la gente obesa podría ser mucho más delgada.						
30.	La gente que es obesa podría ser mucho más delgada si realmente lo quisiera.						
31.	La gente obesa normalmente no tiene energía para perder peso.						

29 de noviembre de 2010

El siguiente estudio, tiene como fin conocer su opinión sobre las personas con obesidad y/o sobrepeso. No hay respuestas buenas, ni malas. Lo importante es conocer su opinión, por lo que es indispensable que sea sincero (a) en sus respuestas.

Toda la información personal que comparta con nosotros será utilizada responsablemente y en ningún momento se dará a conocer su nombre o el de su hijo, únicamente serán utilizados para un control interno.

De antemano agradecemos su participación y el tiempo dedicado al estudio.

Favor de ser llenado por la persona que pasa más tiempo con el niño (a).

Nombre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Peso*: _____ Estatura*: _____

(*si no los conoce con exactitud, no importa; escriba un aproximado por favor).

Nombre del alumno (a): _____

¿Qué número de hijo es? _____

¿Qué parentesco tengo con él/ ella? _____