

## ***SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES MEXICANOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO, VARIABLES CORRELACIONADAS Y DIRECTRICES DE PREVENCIÓN<sup>1</sup>***

DRA. PATRICIA TRUJANO RUIZ\*  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. MANUEL DE GRACIA BLANCO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE GERONA, ESPAÑA

DR. CARLOS NAVA QUIROZ,  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. GILBERTO RAMIRO LIMÓN ARCE  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

*Recibido, febrero 18/2013*

*Concepto evaluación, noviembre 19/2013*

*Aceptado, diciembre 28/2013*

**Referencia:** Trujano, P., De Gracia, M., Nava, C. & Limón, G.R. (2014). Sobrepeso y obesidad en preadolescentes mexicanos: estudio descriptivo, variables correlacionadas y directrices de prevención. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 119-130. doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.12

### Resumen

El sobrepeso y la obesidad representan serios problemas de salud pública. Se realizó un estudio descriptivo y correlacional de variables asociadas al sobrepeso y la obesidad en preadolescentes mexicanos escolarizados en México DF. Se valoró la Autoestima general (LAWSEQ, por sus siglas en inglés), Autoestima corporal (BES, por sus siglas en inglés), Actitudes hacia la alimentación (ChEAT, por sus siglas en inglés) e Imagen corporal (BIA, por sus siglas en inglés) y comparaciones por género y edad. La muestra fue de 600 alumnos, niños y niñas de entre nueve y doce años. Se encontró una baja autoestima general (más baja en las niñas y en los participantes de mayor edad) y corporal y una buena actitud hacia la alimentación. Los participantes se percibieron y creyeron ser vistos con sobrepeso y obesidad, pero a futuro e idealmente desearon figuras más delgadas. Se propone que los programas de prevención contemplen educación para la salud, actividad física, control de aspectos genéticos, actitudes funcionales (tendientes a una buena autoestima y actitudes positivas hacia la comida sana), e involucramiento de la familia y el entorno social.

*Palabras clave:* Sobrepeso, obesidad, preadolescentes mexicanos

## ***OVERWEIGHT AND OBESITY IN MEXICAN PREADOLESCENTS: A DESCRIPTIVE STUDY, CORRELATED VARIABLES AND PREVENTION GUIDELINES***

### Abstract

Overweight and obesity are serious public health problems. A descriptive and correlational study of variables associated with overweight and obesity of Mexican school preadolescents in Mexico DF was performed. General self-esteem [LAWSEQ, for its English acronym], body esteem [BES, for its English acronym], Attitudes towards food [ChEAT, for its English acronym]

---

\* Dra. Patricia Trujano Ruíz. División de Investigación y Postgrado. FES Iztacala, UNAM, Avenida de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, 54090, Estado de México, México. trujano@unam.mx

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte del proyecto de investigación "Imagen Corporal y Género", desarrollado en el marco del convenio interinstitucional internacional de colaboración científica número 9545-500-25-IX-00, firmado por la Universidad de Gerona (UdG), España, y la FES Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

and body image [BIA, for its English acronym] were assessed and comparisons by gender and age were drawn. The sample was formed by 600 students, boys and girls aged between nine and twelve. A general low self-esteem and body esteem (lower in girls and in older participants) as well as a good attitude toward eating were found. Participants perceived themselves and believed they were seen as overweight and obese but ideally they wanted thinner figures in the future. Prevention programs are proposed to include health education, physical activity, genetic control, functional attitudes (geared toward generating good self-esteem and positive attitudes toward healthy eating), as well as involvement of the family and social environment.

*Key words:* Overweight, obesity, Mexican pre-adolescents

## ***SOBREPESO E OBESIDADE EM PRÉ-ADOLESCENTES MEXICANOS: ESTUDO DESCRITIVO, VARIÁVEIS CORRELACIONADAS E DIRETRIZES DE PREVENÇÃO***

### Resumo

O sobrepeso e a obesidade representam sérios problemas de saúde pública. Realizou-se um estudo descritivo e correlacional de variáveis associadas ao sobrepeso e a obesidade em pré-adolescentes mexicanos escolarizados em México DF. Avaliou-se a Autoestima geral (LAWSEQ, por suas siglas em inglês), Autoestima corporal (BES, por suas siglas em inglês), Atitudes com respeito à alimentação (ChEAT, por suas siglas em inglês) e Imagem corporal (BIA, por suas siglas em inglês) e comparações por gênero e idade. A amostra foi de 600 alunos, meninos e meninas entre nove e doze anos. Encontrou-se uma baixa autoestima geral (mais baixa nas meninas e nos participantes de maior idade) e corporal e uma boa atitude com relação à alimentação. Os participantes se perceberam e acreditaram ser vistos com sobrepeso e obesidade, mas a futuro e idealmente desejaram figuras mais magras. Propõe-se que os programas de prevenção contemplem educação para a saúde, atividade física, controle de aspectos genéticos, atitudes funcionais (tendentes a uma boa autoestima e atitudes positivas com respeito à comida saudável), e envolvimento da família e do entorno social.

*Palavras chave:* Sobrepeso, obesidade, pré-adolescentes mexicanos

### INTRODUCCIÓN

Existe consenso acerca de que la obesidad representa un serio problema de salud pública, por lo que se están implementando medidas de prevención e intervención que permitan afrontar los altos costos derivados de una mala alimentación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012; Zarret & Bell, 2014).

Las investigaciones han mostrado que una buena nutrición se traduce en calidad de vida. Cuando los factores que determinan la nutrición son disarmónicos y existen deficiencias o excesos que impiden el buen funcionamiento del organismo en su totalidad, puede decirse que el individuo no goza de una nutrición adecuada o que padece de una mala nutrición, pero este término se aplica tanto al exceso como a la deficiencia. Frente a una *mala nutrición* por deficiencia hablamos de *desnutrición*. En contraste, dentro de los excesos, el más frecuente es el de energía, que puede dar por resultado la obesidad (Kaufer, 2010), comprometiendo seriamente la salud física, psicológica y social del individuo.

De ahí que desde el punto de vista antropométrico, la obesidad se ha definido como un exceso en el Índice de Masa Corporal o bien de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Se mide a través del Índice de Masa Corporal (IMC): el peso de una persona en kilogra-

mos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas.

Las cifras son alarmantes: según la Organización Mundial de la Salud, en el 2003 ya existían en el mundo más de mil millones de personas con sobrepeso y 300 millones con obesidad, en tanto que 800 millones padecían desnutrición (Vega, 2003). En 2005 la OMS informó de 1.600 millones de adultos con sobrepeso, 400 millones de obesos, y al menos 20 millones de menores de cinco años con sobrepeso. Para 2010 se calculó que alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso (OMS, 2012).

Además, se proyectó que en 2015 habrá aproximadamente 2.300 millones de adultos con sobrepeso, y más de 700 millones con obesidad. La OMS subraya también la impostergable tarea de tomar medidas globales de prevención, especialmente con niños.

Si se analiza este fenómeno en el contexto de los más jóvenes, el panorama es realmente preocupante. A manera de ejemplo, en Europa, España es, después del Reino Unido, el país con mayores índices de obesidad infantil: la incidencia en chicos/as de dos a 24 años para el 2007 era de 13.9%; y la de sobrepeso, de 12.4% (Fundación Eroski, 2007). Flores, Gaya, Petersen y Gaya (2013) alertan del

incremento en Brasil de las tasas de sobrepeso y obesidad del 2008 a la fecha, hasta alcanzar casi un 30% de su población infanto-juvenil.

Respecto a su etiología, existe una serie de factores exógenos y endógenos que pueden agruparse en tres grandes rubros: exceso en el consumo de alimentos (lípidos o grasas, proteínas e hidratos de carbono), falta de actividad física y patologías metabólicas producidas por factores genéticos o ambientales (desnutrición materna, enfermedades de la tiroides, etc.) (Fomento de Nutrición y Salud AC).

Entre los factores asociados al sobrepeso y la obesidad se ha investigado una multiplicidad de elementos que incluyen abordajes médicos, psicológicos y sociales. Se describen a continuación algunos de ellos:

En el terreno médico, Tsaoussglou et al. (2010) observaron trastornos respiratorios del sueño en una muestra clínica de niños obesos de cinco a 17 años, asociados con somnolencia diurna excesiva, inflamación y anormalidades metabólicas. García et al. (2008) subrayaron que la obesidad parece ser un importante factor desencadenante, entre otras alteraciones metabólicas, de la intolerancia a la glucosa, diabetes, dislipidemia e hipertensión. En la mayoría de los casos la expresión del síndrome metabólico ocurre en individuos obesos. Romero et al. (2007), al trabajar con niños y adolescentes obesos mexicanos de entre cinco y 15 años, agregaron que la pertenencia al sexo femenino aumenta el riesgo de dislipidemia. Brown y Simpson (2010) en Australia proporcionaron evidencia epidemiológica de la correlación entre obesidad y cáncer de mama en las mujeres, y Shiri, Karppinen, Leino-Arjas, Solovieva y Viikari-Juntura (2010) en Finlandia, enfatizaron la asociación del sobrepeso y la obesidad con el dolor de espalda baja. Tene, Espinoza, Silva y Girón (2003) concluyeron en México que el peso elevado al nacer es un factor de riesgo para la obesidad infantil. Por su parte, Tanofsky-Kraff et al. (2009) mencionaron que la falta de control al comer (atracones) puede constituir un predictor de obesidad adulta en niños de seis a doce años. Finalmente, Flores, Carrión y Barquera (2005) encontraron que el sobrepeso y la obesidad maternos fueron factores de riesgo en niños mexicanos de cinco a once años, sugiriendo intervenciones para promover cambios en los estilos de vida intrafamiliares que conduzcan a modificar los ambientes obesigénicos relacionados con los patrones de ingesta y de actividad física de los padres, aprendidos por los hijos con sobrepeso y obesidad.

Desde la Psicología también se han estudiado importantes factores relacionados. Por ejemplo, Feldman y Meyer (2007) trabajaron con hombres homosexuales y bisexuales observando que era más probable que aquellos con antecedentes de abuso sexual infantil, tuvieran algún desorden alimenticio,

incluyendo atracones. Ma y Xiao (2010) detectaron síntomas depresivos asociados en mujeres obesas. Raymond, Bartholome, Lee, Peterson, y Raatz (2007) encontraron que su muestra de mujeres con desorden alimenticio de atracones consumió significativamente más kilocalorías en su alimentación que quienes no tenían dicho trastorno al ser observadas en un ambiente controlado de laboratorio. Marcus y Tildes (2009) exploraron la posibilidad de considerar a la obesidad un desorden mental en el DSM-V, concluyendo que existe poca evidencia para sostener esta postura, pero es necesario monitorear la adiposidad en pacientes con enfermedades psiquiátricas. Van Vlierberghe, Braet, y Goossens (2008) hallaron en jóvenes obesos que los desórdenes de la alimentación estuvieron asociados con modelos de pensamiento disfuncional y afectos negativos. La Revista Panamericana de la Salud (2003) publicó un estudio de ocho años de duración con 1.000 niños/as entre nueve y 16 años en Carolina del Norte, EUA, señalando que los niños con obesidad crónica fueron más propensos a sufrir ciertos trastornos mentales: hubo una mayor frecuencia de conductas de tipo rebelde, independientemente del sexo, y los varones con obesidad crónica mostraron una mayor tendencia a síntomas depresivos.

En el contexto social, Puhl y Heuer (2009) llamaron la atención acerca de la severa discriminación que pueden llegar a sufrir las personas obesas, con tasas comparables a la discriminación racial (especialmente las mujeres), lo que se refleja en escenarios tan diversos como las oportunidades de empleo, el acceso a los servicios de salud, las instituciones educativas y el ámbito político (Miller & Lundgren, 2010). Los autores subrayan que los estereotipos negativos asociados a la obesidad incluyen el considerarlas personas flojas, sucias, desmotivadas, irresponsables y poco competentes, con las obvias consecuencias y el sufrimiento que esto les acarrea. El impacto en sus relaciones interpersonales, y por lo mismo en su salud psicológica, puede ser devastador, al ser blancos fáciles del humor, el ridículo y la humillación, asociándose con baja autoestima, depresión, insatisfacción corporal, entre otros. Jiménez y Silva (2010) concluyeron que los medios de comunicación masiva juegan un rol importante para la transmisión del ideal corporal que actualmente favorece más a las personas delgadas que a aquellas con sobrepeso u obesidad.

En este campo, México ocupa el segundo lugar a nivel mundial de obesidad infantil. La incidencia de la obesidad en las etapas evolutivas ha crecido de manera exponencial: en los escolares (cinco a once años), uno de cada cuatro (26%) y en los adolescentes uno de cada tres (35%) tienen sobrepeso u obesidad. En los escolares, según fuentes oficiales, la prevalencia de 26% representa 4.158.800 niños con exceso de peso, de tal manera que entre sobrepeso y

obesidad en escolares y adolescentes hubo en el 2006 alrededor de 5.757.400 menores (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2006), siguiendo los criterios de la *International Obesity Task Force* (IOTF).

Diversos autores enfatizan el grave riesgo de padecer diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares a edades tempranas, pues la trascendencia negativa de las enfermedades metabólicas asociadas con la nutrición se expresa ya en las principales causas de muerte entre los escolares y adolescentes mexicanos (Barquera, 2007; ENSANUT, 2006; Ortíz, 2009; Ortiz & Ramos, 2008).

Ante este panorama surge la imperiosa necesidad de generar políticas correctivas y especialmente preventivas que contemplen la variedad de elementos vinculados a este difícil problema multidisciplinario. Estudios anteriores (Trujano, de Gracia, Nava, Marcó y Limón, 2010), han mostrado que la imagen corporal, la autoestima y las actitudes hacia la alimentación pueden estar relacionadas con la protección o el riesgo del desarrollo de trastornos alimentarios (entre ellos el sobrepeso y la obesidad), subrayando la importancia de incorporar aspectos de tipo emocional, nutricional y familiar con poblaciones infanto-juveniles.

De ahí que este trabajo tuvo por objetivo investigar –en términos descriptivos y correlacionales– variables asociadas con el sobrepeso y la obesidad, como son la autoimagen, la autoestima y las actitudes hacia la alimentación en preadolescentes mexicanos escolarizados en México DF, a través de comparaciones por género y edad, así como revisar los diversos abordajes para aterrizar en directrices de prevención, que de una manera integral, permitan un acercamiento más amplio.

## MÉTODO

### Participantes

El marco muestral correspondió a 542.822 niños y niñas de entre nueve y doce años escolarizados en México DF (Anuario Estadístico del Distrito Federal; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2008). El tamaño de la muestra fue de 600 alumnos y se determinó para una proporción esperada del 50%, una precisión del 4% y un nivel de confianza del 95%. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo por conglomerados bietápico, con probabilidades proporcionales a los tamaños de las unidades de primera etapa (escuelas). De estos 600 preadolescentes, se tomaron para este trabajo los 187 que tuvieron sobrepeso, correspondiente al 31.2% ( $n = 187$ ), ( $ME = 24.89$ ;  $DE = 3.27$ ). El 55% fueron niños ( $n = 103$ ) y el 44.99% ( $n = 84$ ) niñas. En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra de participantes con sobrepeso por edad y género.

Tabla 1

Distribución de la muestra de participantes con sobrepeso por edad y género

	Niños (n= 103) 55.08%	Niñas (n= 84) 44.99%
9 años	20 (10.7%)	17 (9.1%)
10 años	28 (14.97%)	23 (12.30%)
11 años	24 (12.83%)	27 (14.44%)
12 años	31 (16.58%)	17 (9.1%)

### Instrumentos

El protocolo de evaluación estuvo formado por los siguientes cuestionarios:

1. *Lawrence Self-Esteem Questionnaire* (LAWSEQ). (Lawrence, 1981; adaptación al español de Gracia, Marcó & Trujano, 2007). Es una medida global de la autoestima general específica para niños, que valora directamente la percepción que tiene el niño sobre su valía y consideración personal. No contiene ítems que hagan referencia a la imagen ni a la satisfacción corporal, por lo que permite tratar la autoestima y la imagen corporal como variables separadas. La escala está formada por 16 ítems con tres posibles respuestas: “sí”, “no”, “no lo sé”. Su puntuación media es de 9 puntos. Valores por encima o por debajo de una desviación estándar indican respectivamente alta o baja autoestima. Los resultados obtenidos en el estudio de adaptación al español indicaron una aceptable fiabilidad interna, con un  $\alpha = .67$  y correlaciones ítem-total comprendidas entre  $r = .61$  y  $r = .69$ .

2. *Body Esteem Scale* (BES). (Mendelson & White, 1982; adaptación al español de Gracia, Marcó & Trujano, 2007). Es un instrumento formado por 24 ítems que valoran autoestima corporal en niños mayores de siete años. Consta de 24 ítems de respuesta dicotómica “sí” y “no” que recogen información sobre sentimientos o valoraciones acerca de la propia apariencia y de cómo creen que son valorados por los demás. La fiabilidad interna de la escala original fue de  $\alpha = .85$ , la fiabilidad interna de la adaptación española fue de  $\alpha = .80$ .

3. *Children Eating Attitude Test* (ChEAT). (Maloney, McGuire & Daniels, 1988; adaptación al español de Gracia, Marcó & Trujano, 2007). Instrumento que consta de 26 ítems tipo Likert que evalúan actitudes alimentarias, conductas de dieta y preocupación por la comida en niños. Para este trabajo se ha utilizado el valor de referencia habitual establecido por Maloney et al. (1988). Una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indica la posible presencia

de TCA (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

4. *Body Image Assessment* (BIA). (Collins, 1991; adaptación al español de Gracia, Marcó & Trujano, 2007). Escala visual en la que aparecen por separado siete figuras de niños y siete de jóvenes de ambos sexos que representan las curvas estándar de percentiles para el IMC en niños que van desde la representación de una figura muy delgada hasta una figura con sobrepeso, con un rango de puntuaciones de 1 (delgadez) hasta 7 (obesidad) con incrementos de .5 puntos. El BIA facilita un índice indicativo de las discrepancias entre las percepciones subjetivas de la imagen corporal real (IR) [respondiendo a la pregunta ¿cómo crees que eres?]; ideal (II) [¿cómo te gustaría ser?]; social (IS) [¿cómo crees que te ven los demás?]; y futura (IF) [¿cómo te gustaría ser de mayor?]. El coeficiente de fiabilidad de la escala de imagen Real es de  $\alpha = .71$  y el de imagen Ideal de  $\alpha = .59$  (Gardner & Brown, 2010).

5. *Índice de Masa Corporal* (IMC): peso sobre altura al cuadrado. Siguiendo los criterios de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en México DF (2006), se establecieron como valores de referencia para la clasificación de los participantes con infrapeso, normopeso y sobrepeso las distribuciones de IMC y los criterios de clasificación propuestos por el *Internacional Obesity Task Force* (IOTF).

*Procedimiento*

Se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores de los niños/as y de los directores de centro, garantizando el anonimato y el manejo ético de los resultados, así como la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento. Se administró el protocolo de evaluación de manera individual y heteroaplicada, con una duración aproximada de 10 a 15 minutos por participante. Al finalizar la evaluación, cada uno de ellos fue medido y pesado sin calzado y con la ropa puesta, siguiendo procedimientos estandarizados de medida (Himes & Dietz, 1994).

RESULTADOS

Se realiza la descripción de los resultados a partir de los estadísticos de los valores de las diferentes escalas: la escala de autoestima general (LAWSEQ, por sus siglas en inglés); escala de estima corporal (BES, por sus siglas en inglés); cuestionario de actitudes alimentarias para niños (ChEAT-26, por sus siglas en inglés); y la escala de imagen corporal (BIA, por sus siglas en inglés).

Se presentan los puntajes de la muestra bajo estudio de acuerdo con los criterios de generalidad, y edad – género.

Con el fin de tener un nivel de comparación que permitiera tener una idea de los niveles de respuesta expresados por los voluntarios (y dado que éste es un estudio de tipo descriptivo), se consideró para los cuatro instrumentos los puntajes mínimos y máximos que cada uno puede proporcionar y la media teórica para cada uno de ellos. Ésta será el punto de referencia, al no existir grupo de comparación.

Así, el LAWSEQ tiene un puntaje mínimo de 12 y máximo de 24, con una media teórica de 18; el ChEAT – 26 con puntaje mínimo de 26 y máximo de 156, con media teórica de 104; el BES con puntaje mínimo de 0 y máximo de 24 y media teórica de 12; y el BIA con puntaje mínimo de 1 y máximo de 7, y media teórica de 3.5.

La tabla 2 muestra los puntajes de la muestra en su conjunto, sin considerar género o edad. La tabla muestra para el LAWSEQ valores por debajo de la media teórica, lo cual indica baja autoestima en general; en contraste, el ChEAT muestra calificaciones muy por debajo de la media teórica, lo que indica una buena actitud hacia la alimentación. En tanto, los valores del BES están muy próximos a los de la media teórica. Los valores del BIA real y social muestran una tendencia a la obesidad, y los de la imagen ideal y futura, una tendencia hacia la media teórica, lo que implica que desearon una imagen más delgada que la que perciben actualmente.

En la tabla 3 se muestra un comparativo por edad de las mismas escalas. Se encontró una baja autoestima (LAWSEQ) en comparación con la media teórica, en especial en los chicos/as de mayor edad.

Para el caso del ChEAT se encontró una buena actitud alimentaria de los encuestados, mientras que para el BES se observaron valores de la media teórica hacia arriba, lo que indica menor autoestima. En el caso del BIA real y social, los valores mostraron una imagen tendiente a la obesidad, mientras que en la imagen ideal y futura se ubicaron en la media teórica, nuevamente deseando una imagen más delgada.

Tabla 2  
Puntaje de las escalas para toda la muestra

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Lawseq	187	12	22	14.64	4.56
ChEAT 26	187	33	110	69.39	15.58
BES	187	1	22	12.96	5.61
Imagen real	187	3	7	5.11	.79
Imagen ideal	187	1	6.40	3.85	.75
Imagen social	187	1	7	5.37	1.01
Imagen futura	187	1	6	3.55	.799

Tabla 3

Cuadro comparativo por edad para todas las medidas de imagen corporal

Edad		Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
9	LAWSEQ	8	22	15.41	4.15
	ChEAT 26	44	110	69.95	14.78
	BES	4	21	15.49	4.23
	Imagen real	3	6	5.04	.795
	Imagen ideal	1	5	3.58	.902
	Imagen social	1	7	5.12	1.13
	Imagen futura	1	4.3	3.25	.95
10	LAWSEQ	4	22	14.78	4.42
	ChEAT 26	39	98	68.35	13.07
	BES	2	22	12.96	5.44
	Imagen real	3	6.4	4.98	.71
	Imagen ideal	1	6.4	3.63	.77
	Imagen social	3	7	5.35	.91
	Imagen futura	1	6	3.55	.85
11	LAWSEQ	6	22	14.76	4.64
	ChEAT 26	41	101	70.04	15.11
	BES	1	22	12.29	6.14
	Imagen real	3.8	7	5.21	.84
	Imagen ideal	3	5	4.06	.53
	Imagen social	3.9	7	5.48	.91
	Imagen futura	2	5.5	3.7	.62
12	LAWSEQ	1	21	13.75	4.91
	ChEAT 26	33	108	69.38	19.15
	BES	1	21	11.73	5.66
	Imagen real	3	7	5.22	.79
	Imagen ideal	2	5	4.06	.69
	Imagen social	2	7	5.45	1.11
	Imagen futura	1.5	5	3.63	.74

En el siguiente análisis se obtuvieron los descriptivos para las variables de edad y género de manera individual. La tabla 4 muestra que los niños tienen una autoestima baja (LAWSEQ), una buena actitud hacia los alimentos (ChEAT), una baja autoestima corporal (BES), así como una imagen corporal real y social tendiente al sobrepeso; la imagen ideal y futura se orientó al promedio, es decir, desearon una imagen más delgada idealmente y a futuro.

La tabla 4 muestra a las niñas y los valores de las medias. La autoestima (LAWSEQ) resulta muy baja, mientras que la actitud alimentaria es buena (ChEAT), la autoestima corporal es baja (BES) y la imagen real y social tiende al sobrepeso, mientras que la ideal y futura tiende a los valores

teóricos promedio (BIA), lo que significa que desearon a futuro verse más delgadas.

Tabla 4

Medidas descriptivas para niños y niñas de 9 años

Niños	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
LAWSEQ	10	22	17.35	2.96
ChEAT 26	44	101	68.70	12.61
BES	4	21	16.65	3.98
Imagen real	4	6	5.03	.81
Imagen ideal	2	4.30	3.62	.69
Imagen social	3	7	5.23	.86
Imagen futura	1	4.30	3.41	.94
Niñas				
LAWSEQ	8	20	13.12	4.26
ChEAT 26	46	110	71.41	17.27
BES	6	21	14.12	4.23
Imagen real	3	6	5.06	.81
Imagen ideal	1	5	3.55	1.12
Imagen social	1	7	4.98	1.39
Imagen futura	1	4	3.06	.97

Para el caso de los niños de diez años, la tabla 5 muestra bajos niveles de autoestima (LAWSEQ), con una buena actitud alimentaria (ChEAT) y baja autoestima corporal (BES). Para la imagen real y social existen valores tendientes

Tabla 5

Medidas descriptivas para niños y niñas de 10 años

Niños	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
LAWSEQ	5	21	15.21	4.26
ChEAT 26	39	98	67.07	15.01
BES	2	22	13.96	5.71
Imagen real	4	6	4.98	.53
Imagen ideal	3	4	3.66	.47
Imagen social	3	7	5.39	.88
Imagen futura	3	6	3.88	.65
Niñas				
LAWSEQ	4	22	14.26	4.65
ChEAT 26	57	94	69.91	10.35
BES	2	19	11.74	4.95
Imagen real	3	6.40	4.97	.89
Imagen ideal	1	6.40	3.58	1.04
Imagen social	3.50	7	5.30	.97
Imagen futura	1	5	3.16	.91

al sobrepeso y para la imagen ideal y futura se aproximan a la media teórica (BIA); es decir, desearon una imagen más delgada idealmente y a futuro. Para las niñas de diez años se encontró una autoestima baja (LAWSEQ), con una actitud alimentaria buena (ChEAT) y una autoestima corporal (BES) en el promedio teórico, mientras que la imagen real y social (BIA) tendieron al sobrepeso y para la imagen ideal y futura siguieron deseando una imagen más delgada a futuro.

En la tabla 6 se observó que en los niños de once años la autoestima es baja (LAWSEQ), la actitud alimentaria buena (ChEAT) y la autoestima corporal superó ligeramente la media teórica (BES), lo que puede estar indicando tendencia hacia una menor autoestima corporal; para la imagen real y social (BIA) se observó una tendencia hacia el sobrepeso, en tanto que para la imagen ideal y futura tendieron a desear una imagen más delgada. En el caso de las niñas de once años, la autoestima fue baja (LAWSEQ), y la actitud alimentaria fue buena (ChEAT), mientras que la autoestima corporal tendió a la media teórica (BES) y la imagen real y social (BIA) apuntaron al sobrepeso. Las imágenes ideales y sociales se aproximaron a la media teórica, es decir, también desearon a futuro una imagen más delgada.

**Tabla 6**  
Medidas descriptivas para niños y niñas de 11 años

Niños	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
LAWSEQ	6	22	15.38	3.93
ChEAT 26	45	93	68.54	14.43
BES	1	20	12.83	5.96
Imagen real	4	7	5.18	.86
Imagen ideal	3	5.50	4.06	.52
Imagen social	4	7	5.42	.97
Imagen futura	2	5.50	3.79	.72
Niñas				
LAWSEQ	6	22	14.22	5.21
ChEAT 26	41	101	71.37	15.83
BES	2	22	11.82	6.36
Imagen real	3.80	7	5.23	.83
Imagen ideal	3	5	4.06	.54
Imagen social	3	7	5.53	.87
Imagen futura	2.50	4	3.62	.51

En la tabla 7 se observó que para los niños de doce años persistió la autoestima baja (LAWSEQ) con buena actitud alimentaria (ChEAT) y una autoestima corporal (BES) cercana a la media teórica, en tanto que la imagen real y

**Tabla 7**  
Medidas descriptivas para niños y niñas de 12 años

Niños	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
LAWSEQ	1	21	14.13	5.37
ChEAT 26	33	103	65.94	18.32
BES	1	21	12.42	5.78
Imagen real	3	7	5.11	.81
Imagen ideal	3	5	4.10	.51
Imagen social	2	7	5.24	1.17
Imagen futura	2	5	3.74	.67
Niñas				
LAWSEQ	4	20	13.06	3.98
ChEAT 26	36	108	75.65	19.58
BES	1	19	10.47	5.36
Imagen real	4	7	5.40	.74
Imagen ideal	2	5	4	.95
Imagen social	4	7	5.84	.89
Imagen futura	1.50	5	3.44	.85

social (BIA) tendieron al sobrepeso, y la imagen ideal y futura se desplazaron al promedio teórico, lo que implica desear una imagen más delgada.

Por último, las niñas de doce años presentaron autoestima baja (LAWSEQ), con buena actitud alimentaria (ChEAT), lo mismo que buena autoestima corporal (BES). Para la imagen real y social (BIA) se observó una tendencia al sobrepeso, mientras que para la imagen ideal y futura se ubicaron alrededor de la media teórica, lo que significa que desearon una imagen más delgada idealmente y a futuro.

Para finalizar, se obtuvo una matriz de correlación (*Rho de Spearman*, ya que no todas las variables superaron la prueba de Normalidad K-S) de todas las variables estudiadas sin tomar en cuenta edad ni género, resultando significativas las siguientes: la autoestima corporal (BES) correlacionó con la autoestima general (LAWSEQ) de manera moderada pero significativa ( $\rho = .481; p = .000$ ), lo que indica que a mayor autoestima general, mayor autoestima corporal. Además, la autoestima corporal correlacionó de manera negativa ( $\rho = -.483; p = .000$ ) con la actitud alimentaria (ChEAT), lo que muestra que cuando hay mejor actitud alimentaria, la autoestima corporal decrece (BES). Algo similar ocurre con la autoestima corporal (BES) y la imagen (BIA) real ( $\rho = -.432; p = .000$ ). En este caso los participantes, al percibirse con mayor peso, tendieron a mostrar menor autoestima corporal. Y para la correlación autoestima corporal e imagen social ( $\rho = -.535; p = .000$ ), la autoestima corporal baja al pensar que la

gente los ve con sobrepeso u obesidad. Para la autoestima general (LAWSEQ) los resultados son muy parecidos a los de la autoestima corporal, con la diferencia de que las correlaciones son significativas pero bajas con respecto a la actitud alimentaria (ChEAT) ( $\rho = -.244$ ;  $p = .000$ ), imagen (BIA) real ( $\rho = -.183$ ;  $p = .012$ ) y social ( $\rho = -.331$ ;  $p = .000$ ). Pareciera ser que la autoestima general se relacionó poco con las actitudes alimentarias y la imagen corporal real y futura. Para el caso de la actitud alimentaria (ChEAT) ésta se correlacionó de manera moderada con la imagen (BIA) real ( $\rho = .303$ ;  $p = .000$ ) y social ( $\rho = .366$ ;  $p = .000$ ) y de manera baja con la ideal ( $\rho = -.140$ ;  $p = .05$ ) y futura ( $\rho = -.204$ ;  $p = .005$ ). Lo anterior podría traducirse en que los participantes tuvieron una buena actitud hacia la alimentación, pero al mismo tiempo se percibieron con sobrepeso y pensaron que socialmente también eran vistos de esta manera; adicionalmente, esa buena actitud alimentaria también los llevó a desear idealmente, y a futuro, tener figuras más esbeltas.

Respecto de la imagen real, social, ideal y futura (BIA) los coeficientes mostraron una fuerte correlación entre la imagen real y social ( $\rho = .715$ ;  $p = .000$ ), no así respecto de las imágenes ideal ( $\rho = .279$ ;  $p = .000$ ) y futura ( $\rho = .258$ ;  $p = .000$ ) que fueron muy moderadas, pero en todos los casos, significativas. La imagen ideal mostró además una correlación moderada alta respecto de la imagen futura ( $\rho = .464$ ;  $p = .000$ ).

En resumen, la autoestima general (LAWSEQ) se relacionó poco con las otras medidas, con excepción de la autoestima corporal (BES), pero en todos los casos los participantes mostraron baja autoestima general. En el caso de la autoestima corporal (BES), poco tiene que ver con la imagen (BIA) futura e ideal, pero sí con la real y social, así como con la actitud alimentaria (ChEAT) y ésta a su vez con la imagen real, social, futura e ideal. El tipo de imagen corporal que mejor se relacionó fue la real y social, no así la ideal y futura.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con esta muestra representativa de niños y niñas escolarizados de nueve a doce años, de México DF corroboraron la alta prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en el país. Un 31.2% (187) de los participantes de ambos sexos de la muestra inicial de 600 niños se situaron en el intervalo de sobrepeso. Los estudios epidemiológicos realizados en conjunto en México estiman una prevalencia combinada del sobrepeso/obesidad entre los cinco y once años del 26% para ambos sexos.

Los resultados dejaron ver que de esta muestra de niños/as con sobrepeso ( $n = 187$ ), los de mayor edad y entre ellos

las niñas, fueron quienes tuvieron el mayor promedio de IMC. Esto representa un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo a Trujano, de Gracia, Nava, Marcó y Limón (2010). En este mismo sentido se cubrieron otros criterios con el citado estudio como factores de riesgo, al tener un IMC por encima del peso normal, una baja autoestima general, y desear a futuro e idealmente un cuerpo más delgado.

En los diferentes cruces de variables se observó consistentemente una baja autoestima general (más baja en las niñas y en los participantes de mayor edad) y corporal y una buena actitud hacia la alimentación, lo que implicaría que a los niños/as con sobrepeso les gusta comer, y por lo mismo, disfrutan la comida, pero tienen baja autoestima al percibirse con sobrepeso. Esto podría estar ligado a que muchos de estos niños sufren de hostigamiento y burlas de sus compañeros por su complexión física (Puhl & Heder, 2009). El posible impacto de una baja autoestima en las alteraciones de la conducta alimentaria es importante desde el punto de vista psicológico, al haber sido señalado como un factor de influencia central (Ballester & Guirado, 2004). En congruencia, Olivares, Bustos, Moreno, Lera, y Cortez (2006) en Chile también observaron en niños obesos una baja autoestima y autoeficacia, por lo que resulta vital contemplarla como una variable de alto impacto.

Al mismo tiempo, el gusto de los niños con sobrepeso por la comida podría aprovecharse positivamente si se les inculcara desde muy pequeños hábitos de alimentación sana orientados al consumo de frutas, verduras y agua, y no a los productos chatarra, como son las frituras, la comida industrializada y los refrescos (Dubnov-Raz, Constantini, Yariv, Nice & Shapira, 2011).

Por otro lado, en los valores de la imagen corporal se observó que en la imagen real (¿cómo cree el niño/a que es?) y social (¿cómo cree que lo ven los demás?) en todos los casos los niños/as se percibieron a sí mismos y creyeron ser vistos por los demás dentro del rango de sobrepeso y obesidad; es decir, sabían claramente que estaban por encima de su peso. La relevancia de la incorporación de la imagen corporal en estudios como el presente ha sido confirmada por autores como Sands y Wardle (2003), cuyos participantes también estuvieron entre los nueve y los doce años y concluyeron que la interiorización de las formas corporales ideales se observa ya en estas edades, y además guarda una relación muy estrecha con la insatisfacción con el propio cuerpo. A su vez, Roberts y Duong (2013a y b), advirtieron que según sus hallazgos con más de 4 mil jóvenes entre 11 y 17 años, el peso percibido y no la obesidad, incrementa el riesgo de depresión mayor entre adolescentes. También afirmaron que si existe un efecto de la obesidad sobre el funcionamiento social de los adolescentes, es posible que



opere a través de mediadores como la imagen corporal. Al investigar la imagen ideal (¿cómo te gustaría ser?) y futura (¿cómo te gustaría ser de mayor?), se observó que eligieron en la escala del inventario las figuras con normopeso, lo que nos habla de que desean ser más delgados de lo que son ahora idealmente y a futuro. Esto hace pensar que estos chicos/as podrían ser motivados para mejorar sus hábitos, tanto alimenticios como de actividad física dirigidos a bajar de peso, y en este sentido, la escuela y la familia resultan excelentes promotores si son capaces de involucrarse positivamente y de proveerles el apoyo necesario.

Finalmente, cabe destacar que las diferencias de género observadas también fueron reportadas por Cusumano y Thompson (2001) y por Trujano, Nava, de Gracia, Limón, Alatríste y Merino (2010) con niños/as de once años. Al parecer, dichas diferencias suelen hacerse más significativas conforme se avanza hacia la adolescencia y todo indica que los varones tienen la misma tendencia, incluyendo una mayor preocupación por su cuerpo. Por ello, el involucramiento de la familia resulta fundamental para la adquisición de hábitos alimenticios saludables (Pott, Albayrak, Hebebrand & Pauli-Pott, 2009; Sacher et al., 2010).

Cabe señalar que entre las limitaciones del estudio se encuentran su carácter transversal y que la representación muestral se acota a la Ciudad de México DF.

#### *Directrices de prevención*

La sociedad contemporánea vive el problema del sobrepeso y la obesidad, presente además de manera importante en niños y adolescentes, por lo que urgen medidas tendientes a prevenir y paliar este fenómeno. Algunas voces en México afirman que estamos frente a la primera generación que no sobrevivirá a sus padres dada su altísima incidencia.

Por esta razón, la investigación lleva a enfatizar la necesidad de un abordaje integral, que involucre no sólo un aporte completo y suficiente de nutrientes, sino la consideración de que el humano es un ser biopsicosocial que requiere del correcto funcionamiento de los procesos metabólicos, pero también y de manera crucial, de un ambiente físico, social y psicológico adecuados (Kaufer, 2010, y Ríos, Rodríguez & Álvarez, 2010). Dentro del amplio espectro de propuestas los autores contemplan diferentes aspectos. Para Robinson (2010) prevenir o controlar la obesidad requiere forzosamente efectuar cambios a nivel de comportamiento individual. Esto aplica tanto para las políticas a nivel de intervención medioambiental como para las consultas individuales. Bonvecchio et al. (2007) por su parte, concluyeron que existe un ambiente promotor de la obesidad (obesígeno) que facilita el consumo de bebidas y alimentos con una alta densidad energética y limita las oportunidades para realizar actividad física, por lo que su

propuesta apunta en ese sentido reforzando con un componente de comunicación educativa. Dubnov-Raz et al. (2011) sugirieron que el incremento en el consumo de agua en los niños podría ayudarlos a perder peso. Adicionalmente, Sacher et al. (2010) probaron exitosamente un programa multicomponente en una comunidad de niños obesos incluyendo a sus padres, que abarcaba aspectos educativos y actividad física. Neumark-Sztainer, Wall, Story, y Sherwood (2009) identificaron predictores de prevalencia e incidencia de desórdenes de la alimentación (incluyendo atracones y conductas extremas de control de peso) en adolescentes con sobrepeso. Sus resultados subrayaron la importancia de promover relaciones familiares positivas, bienestar psicológico, alimentación controlada y saludable, así como mantener a los chicos alejados de sobre-dimensionar el peso y de comportamientos dañinos de control de peso. También Pott et al. (2009), en Alemania, probaron un programa de intervención con niños con sobrepeso y obesidad de siete a 15 años, estudiando si las características de la familia estaban asociadas con el éxito en el control de peso. Mostraron que debe apoyarse a los adolescentes con hermanos obesos, así como vigilar los casos en que existe depresión materna y actitudes de evitación. Las actitudes de la madre y el resto de la familia resultaron muy importantes, por lo que habría que involucrarlos como apoyo a los tratamientos. Olivares et al. (2006) en Chile identificaron las actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos de ocho a once años de nivel socioeconómico bajo y sus madres; encontraron un pobre consumo de lácteos, verduras y frutas y un elevado consumo de alimentos de alta densidad energética y bebidas con azúcar. Más del 55% de los niños no realizaba actividad física fuera del colegio. Los niños mostraron escasas motivaciones y múltiples barreras para adquirir hábitos de alimentación saludable y actividad física, así como una baja autoestima y autoeficacia. Sus madres también expresaron poca motivación y baja autoeficacia para apoyar a sus hijos obesos, por lo que propusieron que las intervenciones educativas contemplan la motivación y el autocuidado para prevenir el sobrepeso en los niños.

En México, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, publicó su *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y obesidad* (2010) el cual contiene una serie de medidas que en teoría tendrían que incidir en la reversión de las cifras actuales de sobrepeso y obesidad infantil. Incluye desde el fomento de la actividad física y el aumento en el consumo de agua, frutas y verduras, hasta la disminución en la ingesta de azúcares, grasas y sodio, pasando por la difusión de información sobre la comida sana, los buenos hábitos alimenticios y el más adecuado tamaño de las porciones. Sin embargo, el impacto de este programa ha sido mínimo hasta el momento,

y en realidad muy poca gente se ha beneficiado o siquiera enterado de esta iniciativa.

Ante este panorama, resulta a todas luces importante involucrarse desde la psicología no sólo con el individuo (máxime si hablamos de niños), sino especialmente con su familia, pues como lo señalan diferentes autores (Maya, 2010, Sáenz & López, 2011), los modelos de crianza actuales han llevado a perder reglas y límites necesarios para el sano desarrollo. Se pueden observar, entonces, estilos relacionales determinados por la economía familiar, las tradiciones, el impacto de los medios de comunicación y los patrones dispersos durante las comidas. El papel de los padres es determinante para crear hábitos sanos en los hijos debiendo abandonar mitos y costumbres como las creencias de que los niños gordos son más sanos, sus propias obsesiones con respecto al peso y la figura, no administrar a los niños grandes raciones, ni usar los alimentos chatarra como premios a su buen comportamiento y/o las verduras como castigos; no suplir una buena comida o merienda con golosinas por negligencia o por falta de tiempo; inculcar la actividad física y restringir el sedentarismo frente a un ordenador o televisor, y en general, promover una relación sana con respecto a sus hábitos alimenticios (Zarret & Bell, 2014). Involucrar a los padres resulta indispensable para la generación de estilos tendientes a la prevención del sobrepeso y la obesidad desde la infancia. Sin embargo, no se deben olvidar las grandes posibilidades que proveen los profesores y los ambientes educativos, así como la incorporación de las nuevas tecnologías, según ya lo han señalado diversos autores (p. ej. Whittemore et al. 2013).

En conclusión, la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad es un tema alarmante y requiere un abordaje integral, en coincidencia con la Estrategia Mundial de la OMS (2012). De ahí que los programas, tanto de prevención como de intervención, tendrían que contemplar educación para la salud (hábitos nutricionales), actividad física, control de aspectos relacionados con la genética de los padres, actitudes funcionales (tendientes a cimentar una buena autoestima en lo general y en lo corporal, y actitudes positivas hacia la comida sana), e involucramiento positivo de la familia y el entorno social.

## REFERENCIAS

- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. (2010). Secretaría de Salud. Gobierno Federal de México. Recuperado de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)
- Anuario Estadístico del Distrito Federal [INEGI] (2008). Informe Anual del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México.
- Ballester, R. y Guirado, M. (2004). Diferencias sexuales en la conducta alimentaria de niños entre 11 y 14 años. *Psicología Conductual*, 12(1), 5-24.
- Barquera, S. (2007). Obesidad, actividad física, indicadores antropométricos de riesgo y enfermedades crónicas. *Salud Pública de México*, 49, edición especial. XII Congreso de Investigación en Salud Pública, E 306-307.
- Bonvecchio, A., Safdie, M., Theodore, F., Aburto, N., Gust, T., Villanueva, M., Nava, F. y Rivera, J. (2007). Diseño y evaluación de una estrategia para la prevención de la obesidad en el niño mexicano. *Salud Pública de México*, 49, edición especial. XII Congreso de Investigación en Salud Pública, E 229.
- Brown, K. & Simpson, E. (2010). Obesity and breast cancer: progress to understanding the relationship. *Cancer Res*, 70(1), 4-7.
- Collins, M. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 199-208.
- Cusumano, L. & Thompson, K. (2001). Media influence and body image in 8-11-year-old boys and girls: a preliminary report on the multidimensional media influence scale. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 37-44.
- De Gracia, M., Marcó, M. y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-653.
- Dubnov-Raz, G., Constantini, N., Yariv, H., Nice, S. & Shapira, N. (2011). Influence of water drinking on resting energy expenditure in overweight children. *International Journal of Obesity*, 35, 1295-1300.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2006). Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México.
- Feldman, M. & Meyer, I. (2007). Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *International Journal and Eating Disorders*, 40(5), 418-423.
- Flores, M., Carrión, C. y Barquera, S. (2005). Sobrepeso materno y obesidad en escolares mexicanos. Encuesta Nacional de Nutrición, 1999. *Salud Pública de México*, 47(6), 447-450.
- Flores, L., Gaya, A., Petersen, R. & Gaya, A. (2013). Trends of underweight, overweight and obesity in Brazilian children and adolescents. *Jornal de Pediatria*, 89(5), 456-461.
- Fomento de Nutrición y Salud, AC. Obesidad: un problema de salud pública. *Cuadernos de Nutrición*. Recuperado de [www.aerobicos.com.mx/alimenta134.htm](http://www.aerobicos.com.mx/alimenta134.htm)
- Fundación Eroski (2007) *La mala educación alimentaria*. Recuperado de <http://revista.consumer.es/web/es/20070901/alimentacion/71784.php>
- García, E., de la Llata, M., Kaufer, M., Tusié, M., Calzada, R., Vázquez, V., Barquera, S., Caballero, A., Orozco, L., Velásquez, D., Rosas, M., Barriguete, A., Zacarías, R. y Sotelo, J.

- (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México*, 50(6), 530-547.
- Gardner, R. & Brown, D. (2010). Body image assessment: A review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48(3), 107-111.
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España.
- Himes, J. & Dietz, W. (1994). Guidelines for overweight in adolescent preventive services: Recommendations from an expert committee. The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59(2), 307-16.
- Jiménez, E. y Silva, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, 26(1), 11-17.
- Kaufer, M. (2010). Estrategias de prevención de obesidad infantil: una mirada a vuelo de pájaro. En: S. Guillén (Ed.) *Psicología de la obesidad. Esferas de vida, complejidad y multidisciplinaria* (pp.181-197), México: UNAM.
- Lawrence, D. (1981). The development of a self-esteem questionnaire. *British Journal Educational Psychology*, 51, 245-251.
- Ma, J. & Xiao, L. (2010). Obesity and depression in US women: results from 2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey. *Obesity*, 18(2), 347-353.
- Maloney, M., McGuire, J. & Daniels, S. (1988). Reliability testing of a children's version of Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Marcus, M. & Wildes, J. (2009). Obesity: is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 739-753.
- Maya, L. (2010). La familia del obeso. En: S. Guillén (Ed.) *Psicología de la obesidad. Esferas de vida, complejidad y multidisciplinaria* (pp.37-45), México: UNAM.
- Mendelson, B., & White, D. (1982). Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 54(131), 899-905.
- Miller, B. & Lundgren, J. (2010). An experimental study of the role of weight bias in candidate evaluation. *Obesity*, 18(4), 712-718.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. & Sherwood, N. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 664-672.
- Olivares, S., Bustos, N., Moreno, X., Lera, L. y Cortez, S. (2006). Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. *Revista Chilena de Nutrición* 33(2), 170-179.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Obesidad y Sobrepeso*. Centro de Prensa. Nota descriptiva No. 311. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortiz, L. y Ramos, N. (2008). La nutrición y alimentación de los niños mexicanos. Segunda parte: sobrepeso-obesidad y riesgos inherentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75(5), 235-240.
- Ortiz, O. (2009). Obesidad en la niñez: la pandemia. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(1), 38-43.
- Pott, W., Albayrak, Ö, Hebebrand, J. & Pauli-Pott, U. (2009). Treating childhood obesity: family background variables and the child's success in a weight-control intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 284-289.
- Puhl, R. & Heuer, Ch. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Raymond, N., Bartholome, L., Lee, S., Peterson, R. & Raatz, S. (2007). A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 67-71.
- Revista Panamericana de Salud Pública (2003). *Conexión entre la obesidad crónica en niños y la conducta rebelde*. 14(4) 273-274. Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892003000900009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000900009&lng=es&nrm=iso)
- Ríos, MR, Rodríguez, NY. y Álvarez, MA. (2010). Incidencia de obesidad, factores de riesgo y problemas emocionales en estudiantes universitarios. En: S. Guillén (Ed.) *Psicología de la obesidad. Esferas de vida, complejidad y multidisciplinaria* (pp.103-117), México: UNAM.
- Roberts, R. & Duong, H. (2013a). Obesity has few effects on future psychosocial functioning of adolescents. *Eating Behaviors*, 14(2), 128-136.
- Roberts, R. & Duong, H. (2013b). Perceived weight, not obesity, increases risk for major depression among adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 47(8), 1110-1117.
- Romero, E., Campollo, O, Celis de la Rosa, A., Vásquez, E., Castro, J. y Cruz, R. (2007). Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. *Salud Pública de México*, 49(2), 103-108.
- Robinson, T. (2010). Save the world, prevent obesity: piggybacking on existing social and ideological movements. *Obesity*, 18, S17-S22.
- Sacher, P., Kolotouru, M., Chadwick, P., Cole, T., Lawson, M., Lucas, A. & Shingal, A. (2010). Randomized controlled trial of the MEND Program: A family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity*, 18, S62-S68.
- Sáenz, M. y López, A. (2011). Terapia familiar y obesidad. Una revisión bibliográfica. *Psicoterapia y Familia*, 24(1), 15-25.
- Sands, E. & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12 year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 193-204

- Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S. & Viikari-Juntura, E. (2010). The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171(2), 135-154.
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S., Schvey, N., Olsen, C., Gustafson, J. & Yanovski, J. (2009). A prospective study of loss of eating control for body weight gain in children at high risk for adult obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 26-30.
- Tene, C., Espinoza, M., Silva, N. y Girón JL. (2003). El peso elevado al nacer como factor de riesgo para obesidad infantil. *Gaceta Médica de México*, 139(1), 15-20.
- Trujano, P., de Gracia, M., Nava, C., Marcó, M. y Limón, G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema*, 22(4), 581-586.
- Trujano, P., Nava, C., de Gracia, M., Limón, G., Alatríste, A. y Merino, T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología* 26(2), 279-287.
- Tsaoussglou, M., Bixler, E., Calhoun, S., Chrousos, G., Sauder, K. & Vgontzas, A. (2010). Sleep-disordered breathing in obese children is associated with prevalent excessive daytime sleepiness, inflammation, and metabolic abnormalities. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(1), 143-150.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C. & Goossens, L. (2008). Dysfunctional schemas and eating pathology in overweight youth: A case-control study. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 437-442.
- Vega, L. (2003). Obesidad: Espejismo de salud y belleza en niños lactantes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(6), 271-272.
- Whittemore, R., Chao, A., Jang, M., Jeon, S., Liptak, T., Popick, R. & Grey, M. (2013). Implementation of a School-based Internet obesity prevention program for adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(6), 586-594.
- Zarret, N. & Bell, B. (2014). The effects of out-of-school time on changes in Routh risk of obesity across the adolescent years. *Journal of Adolescence*, 37(1), 85-96