



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INSATISFACCIÓN CORPORAL, AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN
EN NIÑOS CON OBESIDAD DE 5º Y 6º DE PRIMARIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

CONTRERAS VALDEZ JOSÉ ALFREDO

DIRECTORA: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

REVISORA: MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA Y ANCONA

SINODALES

LIC. NOEMÍ BARRAGÁN TORRES

MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO



Ciudad Universitaria, México D.F., marzo de 2013



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.

Para Liliana Valdez Lemus y Norberto Contreras González,

mi mamá y mi papá,

por cuánto los amo y los admiro.

AGRADECIMIENTOS

Ésta es la parte más difícil, créanme, mientras escribía este trabajo recordaba a cada persona que ha contribuido en mi formación. Y no podría omitir este apartado, porque a lo largo de mi vida he tenido la fortuna de aprender de los mejores. Por supuesto, les doy las gracias a todos.

***Mamá y papá**, todos los días continúo recibiendo su herencia. Cada vez me resultan más claras y sabias sus palabras. Gracias por haberme mostrado todas las opciones y por permitirme decidir.

*Quiero hacer un reconocimiento especial para **mis abuelos Guadalupe y Norberto**, porque mi educación universitaria fue posible gracias a su apoyo, a su confianza y a su amor. Gracias abue, porque me ha dado lo más hermoso de su persona y me ha compartido su historia. Gracias abuelo por tu fortaleza, por poner las lonas, y por enseñarme que “uno tiene que formarse una línea, y así ser, y así ser”.

***Pecosa hermosa**, I like your freckles, more than ever. Muchas gracias por recorrer este camino conmigo, que no hubiese podido ser mejor. Eres una mujer maravillosa. Te amo.

***Lilí**, hermana, a ti te doy las gracias porque tu alegría y tu cariño me hacen una mejor persona.

***Beto**, hermano, gracias por compartir tantas experiencias. Recuerdo, con mucha felicidad, todos los años que pasamos juntos. Lo mejor de ti está en tus lindas hijas **Quetzalli y Atziri**.

*Muchas gracias a mis tías “**las maestras**”, **pilla, pili y vero**. Ustedes me han enseñado que la educación es un componente fundamental de la vida. Siempre voy a reconocer que son mujeres excepcionales. Y gracias **Mau**, porque tu talento inspira más talento.

*Le agradezco a la **familia Contreras-Hernández (tía Lupe, tío Raúl, Lupita, Ray y Raúl)** por haberme ayudado durante todos los años de mi universidad. Son un ejemplo de unidad, fortaleza y amor, muchas gracias.

*¡Le doy las gracias a **mi familia michoacana!** De verdad los admiro, ustedes pueden viajar miles de kilómetros, adaptarse a otra cultura, aprender otro idioma, trabajar horas y horas y tener siempre una sonrisa en el rostro y deseos de ayudar en su corazón. Muchas gracias por su apoyo **tía Gela, tío Miguel y tía Gloria**. Muchas gracias **ma’ Con, papi Alfredo (“y aquí sigues amarillo”), tía Mar, tía Blanca, tía Chelo, tío Luis, tío Manuel, tío Javier, tío Daniel y Tío Vicente**, de todos conservo rasgos de los que me siento orgulloso.

***Ángel Eduardo**, hermano, gracias. Como tú dijiste, terminé yo, pero terminamos todos.

*Gracias a todos **mis amigos “los locos”, William, Robert, Raúl, Julio, Óscar, Armando, Jorge Carlos, Javier, Miguel, ...** No los menciono a todos, necesitaría cinco años para poder hacerlo.

*Gracias a mis **compañeros y amigos de la Facultad de Psicología de la UNAM**. Es mi responsabilidad decirles que todos, y todas necesitan ver a un buen Psicólogo!

***Dra. Laura Hernández-Guzmán**, por medio de su supervisión he logrado comprender, en realidad, la Psicología. Muchas gracias por su confianza y por motivarme a continuar en el camino de la ciencia.

***Mtra. Cristina Heredia**, su clase fue muy importante en mi desarrollo personal y profesional. Gracias por ayudarme a concluir este proceso.

***Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo**, también tuve la fortuna de asistir a su clase. Es un honor para mí que usted forme parte de este jurado.

***Lic. Noemí Barragán y Mtra. Fayne Esquivel**, muchísimas gracias por su colaboración.

*Hago un reconocimiento especial para mi mentor, **Miguel-Ángel Freyre**. Si yo tuviera que recomendarlo escribiría cinco palabras: "Este hombre es un genio".

*Quiero agradecer al **profesor Luis Mariano Gallardo** por su invaluable apoyo durante los momentos más difíciles de la realización de esta tesis y por regalarme el conocimiento que, de otra forma, no hubiese podido obtener.

*También quiero agradecer a la **Dra. Marina Ménez** por su generosa ayuda.

*Agradezco, a la **Dra. Adriana Amaya Hernández** y a la **Dra. Georgina Álvarez Rayón** de la FES Iztacala, por haber facilitado el BSQ, la báscula y por sus valiosas sugerencias.

*Le agradezco a la profesora **Iraís Perales**, a la psicóloga **Alejandra Muñiz** y a todos los profesores que nos facilitaron el acceso a las escuelas: **Eugenia Córdova** (Nicolás León), **Elsa Cerón** (Instituto Don Bosco), **Rubén Uribe** (Gustavo Baz), **Josefina Alfaro** (Antonio Sánchez Molina), **Patricia García** (Andrés Figueroa y Atenedoro Monroy), **Profesor Zamora** (Instituto Montessori), **profesora Rosa María** (Alejandro de Humbolt) y a las autoridades de la escuela primaria Saturnino Herrán.

*Muchas gracias a todos los integrantes del laboratorio de la Dra. Hernández-Guzmán, por su participación durante la recolección de datos: **Berenice, Brenda, Carmen, Celia, Edith, Emmanuel, Idalia, Jocelín, Katya, Rodrigo y Victoria**.

Aprovecho este espacio para recordar a mi colega **Víctor Castro Santillán. Sé que en alguna peña está tocando una sonata y una canción de Silvio.

Gracias querida UNAM. Yo paro en una barra que está descontrolada, soy de pumas

desde que estaba en la cuna,

¡CÓMO NO TE VOY A QUERER!

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1 Insatisfacción Corporal.....	7
Imagen corporal.....	7
Evolución del concepto del cuerpo ideal.....	8
Insatisfacción corporal.....	11
Factores relacionados con la insatisfacción corporal.....	13
Capítulo 2 Autoestima.....	19
Definiciones de la autoestima.....	19
El self, el yo, el autoconcepto y la autoestima.....	23
Modelos de la autoestima.....	28
Factores relacionados con la autoestima.....	35
Capítulo 3 Depresión.....	43
Antecedentes.....	43
Definiciones y clasificaciones.....	46
Surgimiento del estudio de la depresión infantil.....	50
Epidemiología.....	52
Factores de riesgo.....	53
Características y factores relacionados.....	53

Capítulo 4

Obesidad	57
Definición y clasificaciones de la obesidad.....	57
Factores de riesgo.....	61
Alteraciones físicas relacionadas con la obesidad.....	67
Alteraciones psicológicas relacionadas con la obesidad.....	69
La obesidad y su relación con la insatisfacción corporal, la autoestima y la depresión.....	71
Método	77
Planteamiento del problema.....	77
Participantes.....	79
Instrumentos.....	80
Procedimiento.....	81
Análisis de datos.....	83
Resultados	85
Discusión y conclusiones	94
Referencias	103
Anexos	120

Resumen

En años recientes, la obesidad infantil se ha convertido en un problema de salud alarmante a nivel internacional. El ideal de la delgadez que persigue la sociedad actual ocasiona que los niños con obesidad desarrollen insatisfacción hacia su propio cuerpo. Además, se ha propuesto que estos niños sufren de discriminación, rechazo y burlas, lo que conduce a problemas psicológicos como la baja autoestima y la depresión. No obstante, los estudios de esta línea de investigación en el plano mundial han arrojado resultados contradictorios. En México, los escasos trabajos que indagan acerca de este tema no logran esclarecer dicha polémica. Por lo tanto, el propósito de la presente investigación fue conocer la asociación entre la obesidad y los constructos psicológicos insatisfacción corporal, autoestima y depresión. Participó una muestra aleatoria de 520 estudiantes (251 niñas y 269 niños) de nueve escuelas primarias de la Ciudad de México. El rango de edad observado fue de 9-13 años. Se utilizó los criterios propuestos por la OMS (2012) para clasificar a los participantes en tres grupos de acuerdo con su índice de masa corporal (IMC): obesidad, sobrepeso, y peso normal. Se empleó el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), la Prueba de Autoestima Infantil (PAI) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para medir las variables en cuestión. El ANOVA demostró que los niños obesos presentaron más insatisfacción corporal, pero no mayor depresión ni menor autoestima que sus pares. Mediante los pasos propuestos por Baron y Kenny (1986) se determinó que la insatisfacción corporal no fungió como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima. Finalmente, por medio de un ANOVA se encontró que la insatisfacción corporal de los obesos redujo la autoestima e incrementó la depresión. Por sí misma, la obesidad parece no afectar el componente afectivo, no obstante, la autoestima disminuye y los síntomas de depresión se elevan cuando aumenta el nivel de insatisfacción corporal de los niños obesos.

Palabras clave: grasa, inconformidad, delgado.

Introducción

La obesidad infantil es un problema de salud que preocupa a la mayoría de las naciones a nivel mundial. En los últimos años, países desarrollados como Estados Unidos, Australia, Canadá, Corea o Turquía entre otros, han realizado gran cantidad de investigación para comprender y contrarrestar este fenómeno.

En México, la prevalencia de obesidad en adultos del año 2006 fue de 70%, y de 26.2% en niños de edad escolar (Olaiz et al., 2006). Son muchos los factores que desencadenan la obesidad, hoy se tiene datos acerca de la influencia genética de la familia, la mala nutrición aunada a la inactividad física y desórdenes emocionales que traen como consecuencia la ingestión compulsiva de alimentos (Raj y Kumar, 2010).

Además de incidir directamente en el funcionamiento del cuerpo, la obesidad repercute también en el componente psicológico de las personas debido a la gran influencia occidental acerca de la importancia de mantener un cuerpo delgado, que se relaciona con cuestiones estéticas y de salud. La sociedad actual brinda reconocimiento especial a las personas que poseen un cuerpo delgado, pues lo considera atractivo y lo asocia con bienestar.

Con base en lo anterior, la mayoría de los autores ha encontrado que la insatisfacción corporal es uno de los principales constructos psicológicos con los que la obesidad se relaciona. De igual manera, se ha planteado que la obesidad tiene un coste afectivo desde la infancia, lo que trae como resultado baja autoestima (Toro, 1996), y depresión (Bras, 2005). No obstante, la asociación de estos dos constructos con la obesidad no es contundente. Existen investigaciones que han arrojado resultados contradictorios (Aguilar, Pérez, Díaz de León, & Cobos-Aguilar, 2011).

Sin embargo, son pocos los estudios que han investigado la interacción de la obesidad con la insatisfacción corporal, la autoestima y la depresión infantil de forma conjunta. Una investigación realizada en Corea se propuso indagar acerca

de posible asociación entre la obesidad y estas tres variables en una muestra de 508 niños estudiantes de 5º y 6º de primaria. Se pretendió examinar el posible efecto mediador de la insatisfacción corporal entre la obesidad y la autoestima. Finalmente, se estudió el efecto de la insatisfacción corporal sobre la autoestima y la depresión. La obesidad se asoció con la insatisfacción corporal y con la autoestima, pero no con la depresión. Adicionalmente, la insatisfacción corporal fungió como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima. Y, por último, los niños obesos con insatisfacción corporal presentaron menos autoestima y más depresión que los no obesos (Shin & Shin, 2008).

A la luz de los resultados revisados, el presente trabajo se propuso indagar acerca de la relación de la obesidad con los constructos psicológicos insatisfacción corporal, autoestima y depresión en población infantil mexicana, y así, comprobar si en dicha población se replican los hallazgos informados por Shin y Shin (2008). La importancia de esta investigación radica en dos razones fundamentales. En primer lugar, los estudios que indagan sobre el efecto de la obesidad sobre la salud psicológica de los niños han arrojado resultados contradictorios a nivel internacional, lo cual no permite fundamentar con evidencia empírica las propuestas teóricas. En segundo lugar, existe un hueco en la línea de investigación sobre obesidad infantil, debido a que no hay un estudio en población mexicana que incluya las variables psicológicas mencionadas. Menos aún, se ha examinado si existe alguna que desempeñe el papel de variable mediadora. Así pues, era necesario reforzar la investigación y arrojar una luz acerca de los componentes psicológicos que posiblemente afecta la obesidad, y esclarecer si existe un efecto mediador entre ellos. Por lo tanto, la presente investigación se planteó los siguientes tres propósitos:

- 1) Comparar el nivel de insatisfacción corporal, autoestima y depresión de niños con obesidad, con sobrepeso y con peso normal de entre 9 y 13 años de edad.
- 2) Investigar si la insatisfacción corporal funge como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima.

- 3) Indagar acerca del efecto de la insatisfacción corporal sobre la autoestima y la depresión.

Este trabajo es relevante ya que contribuye a la línea de investigación sobre obesidad. Por un lado, propicia el esclarecimiento de las contradicciones que existen en estudios previos. Por otro lado, reduce la insuficiencia de conocimiento, pues arroja información sobresaliente acerca del posible impacto de la obesidad sobre la salud psicológica de los niños mexicanos.

Capítulo 1. Insatisfacción corporal

Imagen corporal

El primero en estudiar la imagen corporal fue Paul Schilder (1935), quien llevó su estudio más allá de la neuropatología enfatizando la necesidad de un abordaje biopsicosocial. La definición que utilizó fue: “la imagen de nuestro cuerpo que nos formamos en la mente”. Sin embargo, el interés que despertó el estudio de este nuevo constructo se reflejó principalmente en los psicoanalistas de la época.

En 1936, Jacques Lacan formuló su teoría sobre el estadio del espejo, donde explicó el proceso de la constitución del yo. Planteó que el yo vivía en una dimensión imaginaria y que la imagen corporal se establecía en función de la identificación con otra persona (Petritz, 1998).

A finales de los años cuarenta del siglo pasado, Karen Machover desarrolló un método para evaluar rasgos de personalidad y establecer un diagnóstico clínico mediante el dibujo de la figura humana. El método dio pauta para el desarrollo de distintas pruebas proyectivas que estudian la imagen que el individuo tiene de sí mismo (Portuondo, 1971).

Continuando con la perspectiva psicoanalítica, Seymund Fisher y Sidney Cleveland (1958) publicaron dos ediciones acerca de la imagen corporal y la personalidad para describir su teoría de los límites del cuerpo. Por su parte, François Doltó (1986) realizó una distinción entre el esquema corporal y la imagen del cuerpo. Señaló que el primero era el mismo para todos los individuos de la especie humana, y podía ser en parte inconsciente, preconsciente y/o consciente. Mientras, la imagen corporal era de cada sujeto, estaba ligada a su historia y era totalmente inconsciente.

La propuesta de abandonar el paradigma psicoanalítico vino por parte de Shontz (1969), quien argumentó que los psicoanalistas excluían al cuerpo de la imagen corporal y dejaban de lado las dimensiones cognitivas y perceptuales.

Eventualmente, las definiciones de la imagen corporal permitieron comprender el concepto desde un enfoque multidimensional.

Bruchon-Schweitzer (1992) señaló que el resultado final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el cuerpo como único, diferente de los otros y propio, lo que corresponde a la aprehensión de sí mismo como objeto y sujeto. Según Gardner (1996), la imagen corporal incluye dos componentes: uno perceptual, que hace referencia al cálculo del tamaño y apariencia, y otro actitudinal, que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Un tercer elemento se incluyó por Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1999), quienes definieron la imagen corporal como la representación interna de la propia apariencia que posee tres componentes: el perceptual, el cognitivo/afectivo y el conductual. Tras retomar las dimensiones ya mencionadas, Amaya, Álvarez y Mancilla (2010) concluyeron que la imagen corporal es una representación mental que se hace del cuerpo, en la cual se involucra los sentimientos, valoraciones, actitudes y conductas hacia el mismo.

La conceptualización de la imagen corporal se ha transformado a lo largo del tiempo. A este respecto, es preciso agregar que el contexto histórico ha fungido como un factor relevante en la elección de una imagen corporal idónea por parte de la sociedad.

Evolución del concepto de cuerpo ideal

La preocupación acerca de la imagen corporal ideal y de cómo se debe ver una persona se ha convertido en un asunto de gran relevancia en la sociedad occidental. Actualmente, la imagen de una persona joven y delgada es la que aparece en los medios masivos de comunicación y la población expresa abiertamente el temor a engordar. No obstante, es importante señalar algunos sucesos que han contribuido a que se establezca este protocolo.

En la Edad Media y principios de la Edad Moderna, el estómago grande y redondeado de la mujer fue motivo de admiración, ya que simbolizaba la fertilidad.

Entre los años 1400 y 1700 aproximadamente, se acentuó que un cuerpo gordo de mujer era considerado atractivo (Grogan, 2008). En las pinturas “El nacimiento de Venus” de Botticelli (1484) y “Bathsheba” de Rembrandt (1654) se puede observar el énfasis que se le daba al vientre abultado, las caderas anchas y las piernas carnosas.

La figura voluptuosa, encorsetada y en forma de reloj de arena característica del siglo XVIII, aparece representada en “La maja desnuda” de Francisco de Goya. A pesar de ello, no excluye la importancia de las grandes caderas, senos, brazos y piernas, que también se observa en “Blonde Bather” de Pierre-Auguste Renoir (1881).

A principios del siglo XX, la delgadez se asociaba con la enfermedad en países como Estados Unidos e Inglaterra, debido a su relación con la tuberculosis. Pero a partir del año 1920 la industria de la moda, por medio de una publicación masiva de revistas, arrojó gran cantidad de imágenes haciendo hincapié en que la mujer debía ser delgada (Grogan, 2008).

Antes de la Primera Guerra Mundial, las mujeres que se prefería eran voluptuosas, altas y delgadas, y fueron remplazadas por las de pechos planos en la década de los años veinte de aquel siglo (Mazur, 1986, citado en Thompson et al., 1999). En respuesta a este nuevo ideal, las mujeres comenzaron a usar prendas de unión y a seguir dietas restrictivas, lo que se presume propició el origen de los trastornos alimentarios (Fallon, 1990).

Las medidas 34-25-35 y 35-25-35 pulgadas eran las ideales para la mujer de los años 30 y 40 del siglo XX. Tales medidas fueron expuestas al público por las actrices Jean Harlow y Jane Russell. A mediados de ese siglo, la imagen de la modelo Marilyn Monroe enfatizó la importancia de la cintura y las piernas delgadas, tendencia que continuó y se incrementó en los sesenta con la aparición de Twiggy, aunque esta última reflejaba una figura más juvenil y de pechos planos (Grogan, 2008; Thompson et al., 1999).

Desde finales del siglo pasado, “el mercado del adelgazamiento”, mediante los medios masivos de comunicación, invitó a las personas a rendirle culto al cuerpo delgado en extremo (Toro, 1996).

A este respecto cabe señalar la propuesta de algunos autores. Barber (1995) señala que la importancia de la delgadez en la mujer de la cultura occidental se puede deber a un asunto de competencia laboral con el hombre, pues verse delgada y sin curvas la hace parecer más masculina y competitiva. En sociedades donde la mujer depende económicamente del hombre no se da este fenómeno, pues la posición social se alcanza gracias a los méritos del esposo. Por otra parte, Smuts (1992) considera que durante muchos años el sobrepeso fue un signo de alto poder adquisitivo y abundancia, y que la delgadez fue una reacción de la sociedad ante esa abundancia debido a que es una forma de expresar seguridad económica y falta de preocupación hacia la carencia de alimentos.

El énfasis que se le dio al interés científico y clínico del estudio de los trastornos de la conducta alimentaria a finales del siglo XX y principios del siglo XXI trajo consigo grandes avances en la evaluación y el tratamiento de la imagen corporal. Aunque, por otro lado, la gran variedad de propuestas e innovaciones produjo también una falta de unificación en los criterios y que muchos investigadores utilizaran términos indistintamente cuando probablemente no deberían hacerlo (Fisher, 1990). Dentro del estudio de las alteraciones de la imagen corporal se ha utilizado diferentes nombres como son preocupación, distorsión, insatisfacción, etc.

Actualmente los investigadores estudian la imagen corporal desde diferentes perspectivas. Algunos se preocupan más por investigar lo concerniente a los rasgos faciales, el cabello o la apariencia en general. Mientras otros se enfocan en constructos relacionados principalmente con la preocupación por tener un exceso de masa corporal. En la mayoría de las personas existe inconformidad con alguna parte de su cuerpo, con la que se encuentran insatisfechas, lo que se conoce como malestar normativo y no lleva a la práctica de estrategias o

conductas que tienen como fin modificar su imagen corporal (Amaya et al., 2010). Cuando aparecen dichas estrategias, se puede diagnosticar un trastorno. A continuación se revisará las generalidades del constructo insatisfacción corporal.

Insatisfacción corporal

De acuerdo con Raich (2000), el término *dismorfofobia* fue introducido por Morselli en 1886 y significaba literalmente “miedo a la propia forma”. Según la misma autora, esta descripción no fue relevante hasta 1970, cuando apareció el primer artículo en el cual la dismorfofobia se clasificó como una convicción irracional de que se es anormal, por lo que quien la padece experimenta miedo a las reacciones de los demás hacia su cuerpo.

Posteriormente, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) se eliminó el término *fobia* y se incluyó como categoría diagnóstica bajo el nombre de *trastorno dismórfico corporal* (TDC; Mendoza & Morales, 2010). Más tarde, en las versiones de 1994 y de 2002, la American Psychiatric Association (APA) delimitó, en el DSM-IV y DSM-IV-TR, respectivamente, el TDC mediante los siguientes criterios:

1. Se trata de una preocupación por un defecto imaginario respecto al físico en una persona aparentemente normal, siendo esta preocupación mayor cuando presenta leves anomalías físicas.
2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.
3. Dicha preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, la insatisfacción con el tamaño y la silueta del cuerpo en la anorexia nerviosa).

Es demasiado extensa la línea de investigación sobre los trastornos de la conducta alimentaria que aparecen en el DSM-IV. Los psicólogos han encontrado que el constructo insatisfacción corporal ha fungido como variable predictora y

moderadora de estos problemas (Mancilla, Vázquez, Mancilla, Amaya, & Álvarez, 2012)

De acuerdo con Devlin y Zhu (2001), la insatisfacción corporal se define como las conductas nocivas para la salud realizadas con la finalidad de modificar la imagen corporal. Rowe, McDonald, Mahar y Raedeke (2005) definen la insatisfacción corporal como la diferencia entre el tamaño corporal que una persona percibe y el que desea. Mientras, para González (2008) la insatisfacción corporal se refiere al grado en que la percepción del tamaño y forma corporal ideal es percibida por el individuo, es decir, el grado que al individuo le gusta o le disgusta el tamaño y forma de su propio cuerpo.

La vida de las personas que padecen este trastorno gira alrededor de la preocupación corporal que los lleva a pasar bastante tiempo frente al espejo revisando sus defectos, cambiarse de ropa en repetidas ocasiones, ocultar su figura sentándose detrás de objetos grandes o evitar la asistencia a reuniones donde creen que sufrirán de rechazo por su apariencia (Mendoza & Morales, 2010).

En diversos estudios se ha encontrado mayor prevalencia de insatisfacción corporal en mujeres que en hombres adultos (Benas & Gibb, 2007; Casillas-Estrella, Montaña-Castrejón, Reyes-Velázquez, Bacardí-Gascón, & Jiménez-Cruz, 2006; Leal, Weise & Dood, 1995), adolescentes (Aceves, 2011; Amaya et al., 2010) y niños (Duncan, Al-Nakeeb, Nevill & Jones, 2006). Aunque dichos resultados no siempre son consistentes (De Gracia, Marcó & Trujano, 2007).

En los últimos años se ha observado cómo la preocupación por la imagen corporal ha descendido en edad, hasta establecerse en lo que se conoce como preadolescencia que se podría situar en un rango de edad entre los 8-9 años y los 12-13 (Marcó, De Gracia, Trujano, Turro & Olmo, 2004). Otros argumentan que la insatisfacción corporal se instaura en el periodo de los 12 a los 16 años (Baile, Guillén & Garrido, 2002).

Factores relacionados con la insatisfacción corporal

Existen diversos factores asociados con el desarrollo y mantenimiento de la insatisfacción corporal, los cuales se pueden agrupar en sociales, emocionales, conductuales, cognoscitivos y anatómicos.

Factores sociales

Probablemente el ideal de la delgadez sea el factor que tiene mayor relación con la insatisfacción corporal. Generalmente se observa que el contexto sociocultural de occidente rechaza la gordura y presiona al individuo para que sea delgado. Se ha propuesto que esto es el resultado de una serie de valores, creencias y cánones estéticos que tienen como fin venerar al cuerpo esbelto (Toro, 1996).

En la sociedad occidental, el cuerpo se utiliza como un medio para obtener un estatus social y la figura delgada se observa como un sinónimo de éxito, poder, valía, atractivo, popularidad e inteligencia. De forma explícita e implícita, la delgadez no es sólo un valor auténtico e irrefutable, sino un modelo cultural que se debe alcanzar (Béhar, 2010). Las presiones sociales provocan que todo aquél que no forme parte de la norma establecida presente diferentes grados de insatisfacción de la imagen corporal (Casillas-Estrella et al., 2006). Los principales agentes que generan esta presión son los medios masivos de comunicación, la familia y los compañeros de escuela o trabajo. Se describe a las mujeres como jóvenes, sexys, productivas, liberales y sobre todo delgadas. Estas mismas características aparecen en los varones, en quienes también se espera que conserven una silueta delgada con músculos tonificados.

Diversas investigaciones apoyan la idea de que los medios masivos de comunicación influyen sobre la insatisfacción corporal de las personas. De acuerdo con Béhar (2010), se evalúa las imágenes publicitarias con una escala dicotómica que incluye lo aceptable y lo inaceptable: lo gordo y lo flaco, lo bello y lo feo, lo que está a la moda y lo obsoleto, etc.

En la encuesta sobre imagen corporal realizada en Estados Unidos por Garner (1997), el 23% de 3452 mujeres indicaron que las celebridades de la televisión y el cine habían influido sobre su imagen corporal cuando eran jóvenes, mientras que 22% manifestó haber sido influenciadas por modelos de revistas. En contraste, los hombres expresaron menor influencia, pues solamente el 13% se vio afectado por los artistas de cine y televisión, y el 6% por las imágenes de revistas. Toro, Cervera y Pérez (1989) hicieron un análisis de la publicidad en favor de la esbeltez que se incluyó en diez revistas para mujeres de España con más de cien mil ejemplares y observaron que uno de cada cuatro anuncios invitaba de forma directa o indirecta a perder peso. También existen estudios que arrojan evidencia de que tras la exposición a anuncios que promueven la delgadez como ideal, la insatisfacción corporal aumenta de forma significativa (Stice, Schupak-Neuberg, Shaw & Stein, 1994; Tiggemann & Pickering, 1996).

Se ha propuesto que la televisión es un factor determinante en la educación, entretenimiento y socialización de las personas de la civilización occidental (Thompson et al., 1999). Acerca del poder de convencimiento que tiene este medio, Pérez-Gil y Romero (2009) han señalado cómo las personas cambian sus hábitos alimentarios tratando de modificar su cuerpo para llegar a ser como el modelo de la pantalla. Dichas conductas pueden ir desde dejar de comer alimentos chatarra hasta el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

Por otra parte, la familia, como principal fuente de aprendizaje y moldeamiento de conducta, también establece sus propios parámetros estéticos y promueve un ideal del cuerpo entre sus integrantes. Aquellas familias donde hay frecuentes críticas y comentarios ofensivos acerca de la apariencia, el peso y la talla representan sin duda alguna un factor decisivo en la insatisfacción corporal (Duncan et al., 2006). Edmunds y Hill (1999) han informado que los niños que realizan dietas alrededor de los 12 años de edad manifestaron estar bajo el control alimentario de sus padres. De acuerdo con Ricciardelli y McCabe (2002), la presión ejercida por la madre para perder peso es el principal factor predictivo de

insatisfacción corporal y de que los adolescentes de ambos sexos se involucren en estrategias para modificar sus cuerpos. A este respecto, Faccini (2006) ha sugerido que las madres tradicionalmente representan una influencia poderosa sobre las ideas relacionadas con el peso, la figura y la alimentación de las hijas. Las preocupaciones sobre su cuerpo, sus actitudes y sus comentarios influyen de manera significativa en la estima corporal en las adolescentes.

El formar parte de un grupo implica adoptar valores y costumbres y vivirlas colectivamente como señas de identidad, especialmente cuando se trata de factores individuales, siendo el cuerpo uno de estos factores (Toro, 1996). La relación entre la influencia de pares y la insatisfacción corporal también es clara (Vincent & McCabe, 2000), pues la preocupación por el peso y la figura que prevalece en el grupo de amigos suele compartirse. McCabe, Ricciardelli y Finemore (2001) encontraron que la influencia de los compañeros provocaba insatisfacción corporal en niños y niñas de entre 7 y 9 años de edad, y que éstos utilizaban estrategias para modificar su cuerpo con el fin de obtener popularidad. En una revisión de artículos sobre insatisfacción corporal realizada por Amaya et al. (2010) se encontró que la influencia de pares es una variable predictora de la insatisfacción corporal en estudios longitudinales que consideraron ambos sexos.

Factores cognoscitivos

El proceso progresivo en el cual las representaciones internas del sí mismo y del propio cuerpo reemplazan a las interacciones entre la persona y el resto del mundo se define como internalización. La brecha existente entre el ideal y la percepción que el sujeto tiene de sí mismo determinará el grado de satisfacción con el propio cuerpo (Faccini, 2006).

La internalización del modelo estético ideal es diferente en hombres y mujeres, pues ellas internalizan y enfocan esta presión social hacia sus propios cuerpos desarrollando un temor a ser obesas. Lo anterior sucede también en las niñas, quienes presentan insatisfacción corporal cuando tienen o creen tener sobrepeso (De la Serna, 2001; Marcó et al., 2004). En contraste, los varones

adultos y niños no internalizan, sino que externalizan el valor de la delgadez, lo que se muestra en el desprecio que manifiestan hacia el obeso. Mientras, el deseo de incrementar el volumen o la masa corporal es internalizado y adoptado para el propio cuerpo y manifiestan insatisfacción corporal al no tener un cuerpo musculoso que sea reconocido por los demás (Pallan, Hiam, Duda, & Adab, 2011; Toro, 1996).

Estas diferencias pueden deberse a que en la cultura occidental, la dependencia, la pasividad, la inhibición de la agresividad y la prolijidad son características más deseables en las niñas. Por otro lado, la constitución muscular, la agresividad física manifiesta, la competencia atlética y la independencia son atribuidas a los varones (Faccini, 2006). A este respecto se puede adjudicar el por qué la anorexia y la bulimia son trastornos que se presentan en mujeres principalmente y la razón por la cual apareció la vigorexia con mayor prevalencia en hombres (Leon, Fulkerson, Perry, & Cudeck, 1993).

Factores anátomo-fisiológicos

Si la insatisfacción corporal se asocia con la interiorización del modelo de delgadez, no sorprende la correlación positiva que ha mostrado con el índice de masa corporal (Casillas-Estrella et al., 2006; García & Garita, 2007; Holt & Ricciardelli, 2002; Pallan et al., 2011), y con la obesidad (Allen, Byrne, Blair, & Davis, 2006; Duncan et al., 2006; Pallan et al., 2011; Shin & Shin, 2008).

Factores conductuales

La mayor parte de la investigación sobre la insatisfacción corporal se ha desarrollado en el campo de los trastornos alimentarios y la evidencia científica revela una considerable relación entre estas dos variables y la obsesión por la delgadez (Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; Moreno & Ortíz, 2009). Basta con revisar los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado del DSM-IV (APA, 1994) para observar la presencia de indicadores que forman parte de la insatisfacción

corporal y que están directamente relacionados con el ideal del cuerpo esbelto. Éstos son:

- a) En el caso de la anorexia nerviosa, alteraciones del peso corporal o la silueta, y miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aún estando emaciada (o excesivamente delgada).
- b) En el caso de la bulimia nerviosa, conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso y autoevaluación exageradamente influida por el peso y la figura corporal.
- c) En el caso del trastorno de la conducta alimentaria no especificado, en el cual se cumple todos los criterios de la anorexia y bulimia nerviosa con algunas excepciones, pero permanece el temor a subir de peso y las conductas compensatorias inadecuadas.

Anteriormente, prevalecían los estudios con mujeres porque se pensaba que eran las únicas que se veían afectadas por estos trastornos o que la preocupación por la imagen corporal era exclusiva de ellas. Asimismo, la investigación de los trastornos alimentarios no incluía la población infantil debido a que se suponía que los niños no eran víctimas de tales padecimientos. Es relevante reconocer que actualmente los trastornos de la conducta alimentaria y la insatisfacción corporal se presentan en hombres y mujeres de cualquier edad, aunque la prevalencia y la forma en que aparecen no son iguales.

Partiendo de la premisa de que los niños regularmente no padecen trastornos alimentarios, algunos investigadores han estudiado las actitudes que pueden llegar a constituir problemas potenciales, como son las dietas restrictivas, la práctica del ejercicio para perder peso, conductas de pica, preocupación por la comida y, en menor grado, métodos purgativos (Marcó et al. 2004).

En oposición a la idea de la poca prevalencia de trastornos alimentarios en niños, se ha propuesto que la preocupación por el peso corporal puede iniciar a la edad de seis años y que la primera dieta se presenta entre los 7 y 11 años de edad en los niños mexicanos debido a altos niveles de insatisfacción corporal

(Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003; León, Gómez-Peresmitré, & Platas, 2008). Por su parte, Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Oliva (2006) compararon la sintomatología del trastorno alimentario, en particular los de insatisfacción corporal e influencia del modelo estético, entre un grupo de niños y otro de jóvenes y encontraron que los primeros reflejaron mayor prevalencia de trastornos alimentarios, mientras que los jóvenes mostraron significativamente más insatisfacción corporal y una mayor interiorización del modelo corporal de delgadez.

Factores emocionales

Se ha investigado acerca de la relación entre la insatisfacción corporal y la depresión. En una población de jóvenes entre 15 y 18 años de edad, Ozmen et al. (2007) encontraron que aquellos que presentaron insatisfacción corporal, además de tener baja autoestima estaban deprimidos. Estos resultados han sido consistentes con los de diferentes investigaciones (Moreno & Ortiz, 2009; Thompson, 2004).

La autoestima es otro constructo psicológico con el que se ha relacionado la insatisfacción corporal. Amaya et al. (2010) realizaron una revisión de artículos con el propósito de evaluar la asociación entre la insatisfacción corporal y algunos factores, entre ellos autoestima. Los autores encontraron una correlación negativa de forma significativa entre estas variables, pues apareció en tres muestras de prepúberes, en dos de púberes, en once de adolescentes y en tres de adultos de ambos sexos. En contraste, solamente en un estudio no se halló esta relación.

La insatisfacción corporal se asocia con un gran número de factores de diferente naturaleza en la sociedad occidental, pero el que prevalece en la mayoría de las investigaciones es el deseo de ser delgado. A partir de este hallazgo, se ha propuesto una interacción entre la insatisfacción corporal y los problemas emocionales, como la baja autoestima y la depresión. En los dos siguientes capítulos se revisa las generalidades de estos dos constructos respectivamente.

Capítulo 2. Autoestima

Definiciones de autoestima

El prefijo griego *auto* significa “por sí mismo”, mientras que *estima* tiene como sinónimos las siguientes palabras: consideración, aprecio, afecto, etc. Por tanto, una definición básica de este constructo podría ser la consideración, el aprecio o el afecto que se tiene por uno mismo. Sin embargo, a lo largo de los años la investigación ha encontrado una gran diversidad de factores y fenómenos que se relacionan con la autoestima y que, por ende, hacen que su definición no sea tan simple. Como constructo psicológico que es, su definición depende de aplicaciones teóricas que difieren entre ellas.

La mayoría de los autores que se ha adentrado en el estudio de la autoestima (Caso, 1999; Del Barrio, Frías, & Mestre, 1994; Mruk, 1998) concuerda en que el primer fragmento de datos sobre la autoestima apareció en 1890 gracias al psicólogo norteamericano William James, quien la describió como una fracción que lleva por numerador los éxitos y por denominador las pretensiones. Esta razón se representa así: $\text{autoestima} = \frac{\text{éxitos}}{\text{pretensiones}}$, y puede incrementarse reduciendo el denominador o aumentando el numerador.

A pesar de ser el primer intento de brindar una explicación sobre la propia evaluación del yo, esta definición fue objeto de crítica. Branden (1995) argumentó que seguir la idea de James sería afirmar que una persona que no aspira a nada, ni en su trabajo ni en su manera de ser y lo consigue es igual en autoestima a una persona con grandes logros y un carácter elevado. Esto no puede ser cierto, pues aquellos que tienen bajas aspiraciones que satisfacen inadvertidamente y sin esfuerzo no destacan por un bienestar psicológico. Sin embargo, la aportación de James permitió que diferentes autores reflexionaran acerca de la importancia de este constructo y permitiera abrir el camino para el estudio de la autoestima.

Otro de los pioneros del estudio del yo destacó la importancia de la baja autoestima en la melancolía. Sigmund Freud (1915) mencionó la existencia de una rebaja en el sentimiento yóico del individuo melancólico. Este yo se vuelve pobre, vacío, indigno, estéril y moralmente despreciable.

Algunos psicoanalistas que no estuvieron de acuerdo con las ideas ortodoxas de Freud desarrollaron teorías humanistas, y dentro de sus objetos de estudio se encontró el componente afectivo de la autoestima. Alfred Adler (1870-1937) afirmó que las personas tratan de resolver sentimientos de inferioridad que pueden estar o no basados en la realidad y que si no los superan originan un *complejo de inferioridad*. Posteriormente concluyó que el esfuerzo voluntario de la persona hacia metas positivas personales y sociales es una parte importante de la personalidad y el desarrollo humano. Karen Horney (1885-1952) resaltó el papel de la ansiedad como fuerza motivacional de la conducta neurótica que se manifiesta a través de sumisión, agresión y desapego. Dicha ansiedad surge en el individuo por la dependencia excesiva de otras personas, la inseguridad en sí mismo y la insatisfacción (Morris & Maisto, 2005).

A partir de los años sesenta del siglo pasado, las aproximaciones al estudio de la autoestima se volvieron más sistemáticas y comenzaron a contar con el respaldo empírico requerido. Esto permitió el origen de aportaciones sólidas que permitieron una mejor comprensión del constructo (Caso, 1999).

En 1965, Rosenberg definió la autoestima como un sentimiento de global importancia, valor o dignidad que tiene la persona hacia sí misma y expresa con una actitud de aprobación o desaprobación de sí mismo como una totalidad. Coopersmith (1967) también dio importancia al factor aprobación/desaprobación que indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor. Siguiendo al autor, la autoestima es un juicio de la persona sobre el merecimiento que expresa en la actitud que mantiene hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros mediante informes verbales o mediante la conducta abierta.

Max y Marwell (1976; citados por Mruk, 1998) examinaron la autoestima basándose en los procesos de evaluación y afecto. Concluyeron que ésta se puede definir en cuatro formas básicas:

- En primer lugar está la definición actitudinal, la cual reposa en la idea de que puede tratarse al *self* como un objeto de atención y que las reacciones

cognitivas, emocionales y conductuales que se tiene hacia otros objetos también puede experimentárselas hacia el *self*.

- En segundo lugar aparece la definición actitudinal de tipo sofisticado que explica la autoestima como la relación entre diferentes muestras de actitudes. La diferencia entre las actitudes propias hacia los sueños y los logros, o la diferencia entre el *self* real y el ideal, es la forma más común que adopta esta definición en la literatura.
- En tercer lugar se encuentra la definición centrada en las respuestas psicológicas. Normalmente se describe a estas respuestas como de naturaleza afectiva o basadas en el sentimiento.
- Por último, aparece la definición de autoestima como componente de la personalidad. En esta definición se considera a la autoestima como parte de uno mismo o del sistema del *self*, usualmente vinculada con la motivación y la autorregulación.

Dentro del estudio de la autoestima en niños, también se observa definiciones básicas como las de Lawrence (1981) y Pope, McHale y Craighead (1988). Lawrence definió la autoestima como la evaluación afectiva que hacen los niños de la suma de sus características físicas y mentales. Pope et al. (1998) puntualizaron que la autoestima se basa en una combinación que surge de la información objetiva que el niño tiene sobre sí mismo y la evaluación subjetiva de dicha información. A la discrepancia entre la percepción de uno mismo (visión objetiva) y el ideal de uno mismo (aquello que la persona valora y que le gustaría ser) se le llama *autoestima*. Si la discrepancia es grande, se produce baja autoestima, mientras que la escasa discrepancia indica alta autoestima.

Del Barrio et al. (1994) explicaron que la autoestima puede ser un factor en el desarrollo de diferentes patologías, pero al mismo tiempo es un constructo con identidad propia que constituye el eje explicativo de otro tipo de conductas, tales como el éxito social, profesional y personal.

En la mayoría de las definiciones se observa que los autores dan más importancia a la subjetividad que a la influencia de algún elemento externo. El

mismo patrón prevalece en definiciones más modernas como la de Branden (1995) quien ha señalado que la esencia de la autoestima es la confianza que se muestra en la capacidad de pensar y enfrentar los desafíos básicos de la vida, en el derecho a triunfar y ser feliz. También es el sentimiento de ser respetable, digno y tener derecho a afirmar las necesidades y carencias, a alcanzar los principios morales y gozar del fruto de los esfuerzos. Por su parte, Owens (1995) se refirió a la autoestima como la cantidad de valor o admiración que un individuo tiene de sí mismo derivada de las actitudes, sentimientos, juicios o evaluaciones de sus capacidades, importancia, éxito y valía. Mientras, Verduzco, Lucio y Durán (2004) definieron la autoestima como un elemento relacionado con la percepción de la realidad y el comportamiento. El concepto que cada persona tiene de sí misma es único y determina en gran medida la interpretación que da a la realidad y sus acciones consiguientes.

Por otro lado, Aramburu y Guerra (2001) resaltaron la importancia que tiene la sociedad en la autoestima. La definieron como una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social.

A pesar de la diversidad de términos señalados por los autores, parece ser que el proceso de percepción/evaluación es el que más aparece. A este respecto, Fajardo (2001) advirtió que es un error explicar la autoestima solamente por su componente evaluativo, pues esto descarta la influencia de otras situaciones o variables externas y coloca a la autoestima como un constructo simple y limitado.

Dentro de las definiciones de autoestima se menciona también el componente afectivo, el conductual, el cognitivo y el social. Lo que se observa es que cada autor se inclina por enfatizar una dimensión que, a su juicio, explica la autoestima. Existe pues, una necesidad de investigar este constructo desde una perspectiva más amplia que no reduzca la influencia de las variables internas o externas que afectan la autoestima (Fajardo, 2001).

También es importante señalar que en algunas definiciones no queda clara la diferencia entre autoestima y concepto de sí mismo o autoconcepto. Es por ello

que en el siguiente apartado se revisa estos dos constructos junto con otros dos que también suelen causar confusión, el *self* y el yo.

El self, el yo, el autoconcepto y la autoestima

Los filósofos de la antigua Grecia reflexionaron sobre la introspección del alma y la esencia del hombre y sentaron las bases para que los psicólogos continuaran indagando sobre la mente y sus procesos. A lo largo de los años, diversos investigadores que estudiaron la personalidad utilizaron diferentes términos para referirse a la idea que el ser humano se forma de sí mismo. Algunas de las palabras que se ha usado con mayor frecuencia son: yo, *self*, autoconcepto y autoestima. A lo largo de la historia, se ha estudiado estos constructos desde diferentes perspectivas y es importante señalar que para la mayoría de los autores ciertamente no significan lo mismo.

Platón fue el primero en estudiar el *self*, entendido como alma. En el siglo III a.C., Aristóteles realizó una descripción sistemática de la naturaleza del yo. Posteriormente, San Agustín describió las bases de un *self* personal y su introspección. El oscurantismo de la Edad Media hizo que el conocimiento del *self* permaneciera en manos de pocos y no se desarrollara hasta el siglo XVII, cuando apareció nuevamente en la obra de algunos pensadores. Así, Descartes escribió que el hombre reconocía ser una sustancia cuya esencia es la conciencia, que el alma o *self* es distinta del cuerpo y que es lo que hace ser al ser. Hobbes dio importancia a la experiencia sensorial y se refirió al autoconcepto como las sensaciones y percepciones actuales (Oñate, 1989).

Probablemente, la primera distinción entre estos constructos apareció en la obra de William James en 1890 (Oñate, 1989). Este autor propuso que el *self* del hombre es la suma de todo aquello que puede llamar suyo y consideró que el *self* empírico, o “como me ven los demás”, está formado por tres constituyentes: el *self* social o las opiniones que los demás tienen de él, el *self* material o cuerpo y el *self* espiritual con habilidades y rasgos dirigidos por el propio ego o yo. Por otro lado,

afirmó que las imágenes que otros tienen se reflejan en el individuo y esas imágenes se incorporan formando el autoconcepto.

Cooley (1902) también destacó la importancia que tienen las expectativas de otras personas en la formación del *self*, al que definió como el sistema de ideas procedentes de la vida comunicativa que la mente aprecia como suyo. El autoconcepto se desarrollaría a partir de las reacciones de otros respecto al individuo. En 1934, Mead (citado por Mruk, 1998) retomó estas ideas y definió al *self* como una estructura que se desarrolla en la experiencia social y que comprende al yo, como principio de acción e impulso, y al mí, como las actitudes de los demás que se analiza y toma en consideración para el *self*.

La concepción de *self* y el autoconcepto de James (1890; citado por Oñate, 1989) y Cooley (1902) son consistentes entre sí. Para estos autores, *self* es la integración de todo lo que la mente percibe como propio, mientras que el autoconcepto se construye al interiorizar la forma en que los demás perciben a ese *self*, es decir, a la persona como un todo. Por otro lado, el *self* de Mead (1934, citado por Mruk, 1998) crece a partir del proceso de interacción del individuo con su ambiente y tiene dos partes, el yo y el mí. El yo tiene un sentido de iniciativa y libertad, mientras que el mí responde en función de una situación externa.

En 1951, Carl Rogers (citado por Morris & Maisto, 2005) acuñó el concepto *tendencia a la autorrealización*, el cual utilizó para describir cómo el ser humano forma una imagen o autoconcepto de sí mismo que representa quién es y qué quiere hacer de su vida. La tendencia a la autorrealización es el esfuerzo consciente que hace el hombre para hacer realidad su autoconcepto. Para Rogers, el *self* es un todo gestáltico formado por la percepción que se tiene hacia uno mismo, su relación con el medio, las metas y los ideales de cada persona. Al sintetizar las ideas del autor se entiende que el autoconcepto es una parte del *self*. Mientras, el *self* es una totalidad que unifica este autoconcepto, la interacción del individuo con el ambiente y sus experiencias y la serie de valores e ideales que pretende alcanzar.

Una clara distinción entre la autoestima, el autoconcepto y el *self* es la que propuso Rosenberg en 1965. Siguiendo a este autor, la autoestima es un

sentimiento de global importancia, valor o dignidad que tiene la persona hacia sí misma y expresa con una actitud de aprobación o desaprobación del *self* como una totalidad. La autoestima es un componente evaluativo del autoconcepto, y el autoconcepto es el conjunto de pensamientos y sentimientos que tiene un individuo con respecto a su *self*.

El constructo *self* vuelve a mostrarse como el todo, tal y como lo puntualizaron James (1890; citado por Oñate, 1989), Cooley (1902), Mead (1934, citado por Mruk, 1998) y Rogers (1951, citado por Morris & Maisto, 2005). La definición de autoconcepto de Rosenberg (1965) incluyó sólo un factor individual, es decir, no tomó en cuenta la opinión externa como en el caso de James y Cooley. Finalmente, la autoestima surge de la crítica positiva o negativa del autoconcepto.

Bandura (1969) consideró dos variables en el estudio del *self*, la autorrecompensa y el autocastigo, lo que se conoce como autorrefuerzo. El autoconcepto o cualquier concepto del *self* depende de la frecuencia del autorrefuerzo, de modo que el desarrollo del *self* se puede considerar como un caso específico de algunos procesos de modificación de conducta. Estos procesos son el condicionamiento clásico y el operante. En el primero, el *self* se puede comparar con un suceso u objeto que provoca una reacción de forma placentera. En el operante, el refuerzo de las diferentes manifestaciones del *self* aumentará o disminuirá la frecuencia de su aparición. La naturaleza y frecuencia de estas manifestaciones o respuestas constituye el autoconcepto de cada persona.

Si la constancia o asiduidad con la que aparecen las recompensas y los castigos es la responsable de tener un autoconcepto, para Bandura (1969) no existe la autoestima de la que habló Rosenberg (1965). Esto se debe a que el autoconcepto que describe Bandura lleva ya de forma implícita un factor crítico, en tanto que los castigos suceden tras una conducta no aprobada y las recompensas llegan como resultado de una conducta aceptada.

Las definiciones de yo utilizadas por Branden (1969) y Hartmann (1978) coinciden en describir al yo como un mecanismo cognitivo que se encarga, de forma consciente, de interiorizar la realidad y de relacionar al individuo con ella.

Para Branden, el yo es la capacidad para pensar y la facultad consciente con la que el individuo percibe la realidad, conserva la continuidad interna de su propia existencia y, con ello, genera su sentido de identidad personal. Por su parte, Hartmann señaló que el yo es una subestructura de la personalidad que establece relación con el mundo en que el individuo vive, que actúa de manera consciente y que forma evaluaciones, juicios, soluciones y defensas ante el medio ambiente. Es el resultado de los siguientes factores: características hereditarias e interacciones que se generan a través de la experiencia y maduración, influencia de las pulsiones instintivas e influencia de la realidad externa. La facultad del yo de accionar e impulsar libremente, de la que hablaba Cooley (1902) a principios del siglo XX, sigue vigente dentro de las ideas de Branden (1969) y Hartmann (1978).

Otras dos diferenciaciones puntuales entre autoconcepto y autoestima son las siguientes. Musitu (1982) propuso que el sujeto tiene de sí un concepto, si después pasa a autoevaluarse e integra valores importantes, es decir, se infra- o sobrevalora, entonces ya tiene un nivel concreto de autoestima. El autoconcepto es más general, incluye una identificación de las características del individuo, la autoestima hace más hincapié en la evaluación de las mismas. Así mismo, Del Barrio et al. (1994) consideraron que el autoconcepto es la reflexión del yo sobre sí mismo y la autoestima es el momento valorativo de esa reflexión.

Cabe señalar que la autoestima es el constructo que ha mostrado más consistencia conceptual. El planteamiento de Rosenberg (1965) acerca de la autoestima es similar al de Musitu (1982), y al de Del Barrio et al. (1994), pues los tres la explicaron como una evaluación del autoconcepto.

En relación con el autoconcepto, Harter (1999) puntualizó que es el resultado de las experiencias personales y la forma en que cada persona las interpreta. Mientras, para Rice (1999) es una evaluación cognitiva y consciente que los individuos hacen de ellos mismos, es decir, los pensamientos y las opiniones que cada cual tiene respecto de sí.

Harter (1999) enfatizó la manera en que la persona interpreta sus experiencias, lo que difiere de Rice (1999), Rosenberg (1965) y Rogers (1951, citado por Morris & Maisto, 2005), así como de Del Barrio et al. (1994). Estos

últimos advirtieron que el autoconcepto se muestra como la forma en que el individuo se evalúa a sí mismo y no como una interpretación de sus experiencias personales. Los autores mencionados, en conjunto, no coinciden con James (1890, como lo cita Oñate, 1989) y Cooley (1902), quienes pensaban que el autoconcepto se construía por las imágenes y reacciones que otros tienen sobre la persona.

De acuerdo con Caso (1999), es importante señalar que cuando el término *self* se utiliza como prefijo se traduce al castellano como *auto*. Cuando se utiliza como sustantivo, se traduce ya sea como *sí mismo*, como *mí mismo* o se respeta el término en inglés. El autor argumenta que en muchos casos referidos por la literatura, el término *self* se utiliza más como prefijo que como constructo, como aparece en los siguientes ejemplos: autovalía, autorrespeto, autorreconocimiento, autoconcepto, autoimagen, autoestima, autocontrol, autorregulación, automonitoreo, autoevaluación, autocrítica, autorrecompensa, autopercepción, autoesquema, autoconciencia y autoactualización.

Después de revisar las diferentes concepciones de los constructos *self*, yo, autoconcepto y autoestima, se observa que el autoconcepto es el que presenta más variaciones. En resumen, el *self* es la totalidad, la unión que resulta de integrar al ser consigo mismo y con el ambiente.

Al intentar hallar consistencia en las definiciones de autoconcepto, se encuentra algunas limitaciones. Algunos autores proponen que el autoconcepto se construye por medio de las imágenes que los demás se forman sobre el *self*. A este respecto, otros investigadores agregan que los pensamientos de cada individuo sobre sí mismo son de suma importancia. También hay quien piensa que el autoconcepto es una reflexión acerca del *self*. Finalmente, se le describe como el resultado de la interpretación que una persona le da a sus propias experiencias.

De las diferentes definiciones de yo y autoestima se llega a la siguiente conclusión: el yo es un mecanismo cognitivo que organiza las experiencias y sirve como medio de procesamiento y adaptación a la realidad. Por su parte, la autoestima implica una crítica, evaluación o valoración acerca de uno mismo, y depende de la forma en que el individuo interactúe dentro de diferentes

dimensiones. Esta última es la que forma parte de las variables a investigar, es por ello que en el siguiente apartado se describe sus principales modelos.

Modelos de la autoestima

A pesar de que la autoestima es un constructo de amplia utilización, los modelos que reconocen su participación en los planos de funcionamiento cognitivo, emocional y conductual de cada persona han sido limitados (Caso, Hernández-Guzmán, & González-Montesinos, 2011). En el presente apartado se describe algunos de los modelos que se ha propuesto para explicar la categorización y el funcionamiento de la autoestima. A pesar de que cada modelo presenta particularidades que lo diferencian de los demás, todos integran dimensiones o contextos que se asemejan.

Si bien Abraham Maslow (citado por Morris & Maisto, 2005) no fue un teórico de la autoestima, en 1954 realizó un modelo de jerarquía de motivos en una pirámide de cinco peldaños y colocó a la autoestima en el cuarto nivel. En este modelo describió la forma en que se debe cubrir las necesidades primordiales para que eventualmente puedan emerger los motivos superiores.

Los motivos inferiores son la base de la pirámide y surgen de las necesidades fisiológicas básicas que reclaman satisfacción. Conforme continúa el ascenso, los motivos se vuelven más sutiles. En el segundo nivel aparece el deseo de vivir con comodidad y seguridad y en tercer lugar se encuentra la necesidad de pertenecer y ser aceptado por algunos grupos. En el cuarto peldaño están las necesidades de estima que además del respeto por uno mismo y el respeto de las demás personas, incluyen confianza, competencia, logros, independencia, aprecio y reputación. Después de escalar los primeros cuatro peldaños de la pirámide, se llega a la autorrealización, que es la tendencia a utilizar todo el potencial que posee cada individuo (Morris & Maisto, 2005)

La concepción de la autoestima de Maslow se expresa en forma de categorías. Este autor propuso que existen necesidades inherentes al ser humano y que si éstas no se cubren no es posible llegar a la autoestima. Sin embargo, apoyar

dicha propuesta sería clasificar a los individuos en dos grupos: aquéllos que tienen autoestima (porque lograron escalar los peldaños) y aquéllos que no la tienen (porque no pudieron ascender la pirámide). Los psicólogos que se percataron de esta limitante se interesaron en el estudio de los diferentes componentes y contextos de la autoestima.

En el siguiente modelo, el de Stanley Coopersmith, se observa que la autoestima se coloca sobre algunas dimensiones psicológicas y que se desarrolla principalmente dentro del contexto familiar.

Modelo de Stanley Coopersmith

Dentro del estudio de la autoestima infantil, las aportaciones de Stanley Coopersmith son sin duda las más conocidas (Caso, 1999). Desarrolló uno de los instrumentos más usados para medirla, que se basa en la idea de una autoestima global que se ubica en la cima de una estructura. Por debajo de ella, están las siguientes dimensiones: (1) competencia (éxito ante demandas académicas), (2) virtud (adherencia a normas morales y éticas), (3) fuerza (habilidad para influir en otros), (4) significado (aceptación, atención y afecto de otros).

Para Coopersmith (1967) existen cuatro elementos que contribuyen al desarrollo de una buena autoestima en el niño:

- (1) El valor que el niño percibe de otros hacia sí mismo, expresado en elogios, afecto y atención.
- (2) Sus propias experiencias de éxito, es decir, retroinformación que le permite ubicarse en el ambiente.
- (3) Su definición particular de éxito o fracaso.
- (4) El estilo personal del niño para manejar la crítica y la retroinformación negativa.

Coopersmith (1967) afirmó que el desarrollo de la autoestima se vincula con el núcleo familiar y destacó la importancia de que los padres lleven a cabo las siguientes prácticas: aceptación total del niño, dar instrucciones claras y establecer límites, respetar las acciones del niño dentro de esos límites, y finalmente, brindar el apoyo suficiente para conseguir metas.

En este modelo se observa claramente la interacción entre el individuo y su ambiente, pues se incluye el componente autoperceptivo. Así, un individuo capaz de aceptar la crítica y la retroinformación de sus semejantes puede desarrollar una buena autoestima aunque se encuentre inmerso en un ambiente no tan favorable. Susan Harter (1983) retomó este componente de autopercepción. Además de puntualizar la importancia que tienen las opiniones externas en el desarrollo de la autoestima, la autora enfatizó el papel de la autopercepción de las competencias individuales.

Modelo de Susan Harter

El modelo de Harter (1983) es uno de los más completos y relevantes en el estudio del autoconocimiento y la autoestima de niños y adolescentes. De acuerdo con Broc (2000), es un modelo cognitivo-evolutivo bastante comprensivo e integrador, que incluye postulados y modelos de otros investigadores.

Harter (1983) retomó el modelo de autoestima de William James (1902; citado por Mruk, 1988) y las ideas sobre la importancia de la opinión de los otros hacia el yo, de Cooley (1902). Estableció dos dimensiones de competencia que a su vez se componen por factores, la dimensión de competencia física (aparición física y aceptación de compañeros) y la dimensión de competencia escolar (comportamiento apropiado). La competencia física se vincula al apoyo social, mientras que la escolar se relaciona con el apoyo o soporte familiar. Para favorecer la autoestima positiva debe existir la combinación de adecuación en los niveles de competencia y equilibrio entre alto apoyo social y alto apoyo familiar.

Harter también propuso que la autoestima se mantiene estable a lo largo de las etapas del desarrollo, pues sus variaciones dependen por un lado, del entorno social, y por otro lado, de la interpretación de las competencias individuales. La multidimensionalidad que describieron Coopersmith y Harter aparece también en el modelo de Pope et al. (1988). Dichos autores agregaron a la imagen corporal como un nuevo factor dentro del componente físico de la autoestima.

Modelo de Pope, McHale y Craighead

Dentro de la concepción de la autoestima en niños y adolescentes de Pope et al. (1988) destaca la presencia de los componentes cognitivo y conductual. El primero se refiere a las operaciones y los procesos mentales involucrados en la evaluación del individuo, mientras que el conductual a las competencias y habilidades percibidas. En su modelo explicativo de la autoestima, en primer lugar, señalan la existencia de un entorno que comprende el hogar, la familia y la escuela. En segundo lugar, puntualizan la presencia de áreas personales las cuales pueden producirse en cualquier momento y se afectan entre sí. Estas áreas son la biológica, la cognitiva y la emocional.

Siguiendo a estos autores, la autoestima se integra por los siguientes cuatro componentes:

- (1) El social, que integra los sentimientos del individuo en cuanto a sus relaciones interpersonales.
- (2) El académico, que es la evaluación de satisfacción personal en relación con el rendimiento académico.
- (3) El familiar, que se compone de los propios sentimientos como miembro de un núcleo familiar.
- (4) El físico, que es la satisfacción del individuo con su imagen corporal, con su apariencia y su capacidad física.

La evaluación integral de estas áreas corresponde a la autoestima global. Cabe señalar que dichos componentes no tienen la misma relevancia. Algunos individuos, dependiendo de su edad, se mueven dentro de dominios específicos dándoles más importancia que a los otros.

El siguiente modelo no toma en cuenta dicha interacción entre dominios psicológicos. Por el contrario, coloca a la autoestima como resultado de una serie de cogniciones que, a juicio de los autores, obedece un orden predeterminado.

Modelo de Rodríguez, Pellicer y Domínguez

Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988) elaboraron el modelo de la escalera de la autoestima, que se compone por seis peldaños. En el primero se encuentra el autoconocimiento, que se refiere a la observación de las partes que

componen al yo y sus manifestaciones, necesidades y habilidades. El conocimiento de estos elementos que funcionan de manera integral propicia el desarrollo de una personalidad fuerte y unificada. Por el contrario, si no se identifica adecuadamente alguna de estas partes, las otras se verán afectadas y se desarrollará sentimientos de ineficiencia en una personalidad dividida y débil.

En el segundo nivel se encuentra el autoconcepto, al cual definen como una serie de creencias que la persona tiene de sí misma y que se manifiestan en la conducta. Es decir, si alguien piensa que es tonto o que es inteligente, se inclinará a actuar como tal.

El tercer escalón le corresponde a la autoevaluación, que refleja la capacidad interna de evaluar los acontecimientos como buenos o malos de acuerdo al impacto que tienen en el individuo. Si éstos le provocan satisfacción, interés, bienestar y le permiten aprender, les dará una buena calificación. En contraste, evaluará de forma negativa aquellos sucesos que le causen insatisfacción, falta de interés o molestia.

La autoaceptación está en el cuarto peldaño y se refiere a reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir. En el penúltimo nivel se encuentra el autorrespeto, que significa satisfacer necesidades y valores. Es expresar y manejar de forma adecuada sentimientos y emociones sin hacerse daño ni culparse, y valorar todo aquello que hace al individuo sentirse orgulloso de sí mismo.

La autoestima engloba todos los niveles anteriores y se encuentra en el último escalón. De acuerdo con este modelo, para que alguien logre tener autoestima debe conocerse y estar consciente de sus cambios, crear su propia escala de valores y desarrollar sus capacidades, aceptarse y respetarse. Por el contrario, si alguien no conoce sus alcances ni sus límites, tiene un concepto equivocado de sí mismo, no identifica qué le agrada ni qué le desagrada, no se acepta ni se respeta, entonces no tendrá autoestima.

Este modelo, al igual que la concepción de la autoestima de Maslow, es objeto de crítica debido a que pasa por alto la perspectiva dimensional. De acuerdo con Rodríguez et al. (1988) la autoestima permanecería dentro del

componente cognitivo y dependería, en su totalidad, de una decisión personal. Esto último descartaría la interacción del individuo con su entorno.

A este respecto, Nathaniel Branden planteó la relación de los niveles cognitivo y conductual. Aunque al igual que Rodríguez et al. (1988), Branden acentuó que la autoestima elevada se basa en una elección individual.

La propuesta de Nathaniel Branden

Branden (1995) consideró que la autoestima es una necesidad básica del hombre y una fuerza motivadora que va más allá de una opinión o un sentimiento. El autor explicó una causalidad recíproca en su modelo básico de la autoestima, es decir, existe una retroinformación permanente entre las acciones cotidianas y la autoestima. El nivel de la autoestima influye en la forma de actuar y la forma de actuar influye en el nivel de la autoestima.

Expuso su teoría de los seis pilares para fortalecer la autoestima, que están cimentados en: (1) la práctica de vivir conscientemente, pues la conciencia es la suprema manifestación de la vida y mientras sea más elevada, más avanzada será la calidad de vida; (2) la práctica de aceptarse a uno mismo, que se refiere a una orientación hacia la valoración individual y a la disposición del hombre a experimentar y admitir su cuerpo, sus actos, sus emociones y sus pensamientos; (3) la práctica de aceptar responsabilidades, es decir, que cada quien se haga cargo de las metas que busca y de lo que aspira; (4) la práctica de afirmarse a uno mismo, la cual es el respeto a los derechos, deseos y valores individuales, así como la búsqueda de su expresión adecuada en la realidad; (5) la práctica de vivir con un propósito, de utilizar las facultades individuales para la consecución de las metas elegidas; y finalmente, (6) la práctica de la integridad, que se refiere a llevar a cabo los valores y principios que se posee.

De acuerdo con Caso y Hernández-Guzmán (2001) los modelos que explican la autoestima coinciden en la identificación de componentes psicológicos inherentes, tanto a la manifestación de la autoestima, como a su desarrollo. Sin embargo, la mayoría de los investigadores excluye dichos componentes psicológicos y prefiere incluir contextos socioambientales al construir algún

instrumento para medir la autoestima. Estos contextos son la familia, la escuela, el grupo de iguales, el deporte, etc.

Caso y Hernández-Guzmán (2001) exploraron la categorización de la autoestima en niños y adolescentes tomando en cuenta contextos socioambientales y componentes psicológicos. Encontraron que en ambas poblaciones prevalecen las dimensiones psicológicas por encima de los contextos, los cuales se distribuyen dentro de ellas.

En los niños aparecieron tres factores dentro de las dimensiones cognitiva y conductual. El primer factor fue el de cognición positiva, que toma en cuenta el juicio de valor que tiene el niño de sí mismo dentro de los contextos personal, familiar, escolar y del grupo de iguales. Como segundo factor apareció la conducta, que abarca competencias y emociones, tanto de interacción en el contexto de los iguales, como el escolar, el personal y el familiar. Por último, se encontró el factor cognición negativa, que contiene autovaloraciones negativas que se distribuyen dentro del contexto personal y familiar.

En los adolescentes observaron cuatro factores y se mantuvo la tendencia a categorías basadas en componentes psicológicos, con sólo una excepción. Los resultados fueron los siguientes: (1) la dimensión cognición incluyó cognición positiva y negativa en el contexto personal y en el grupo de iguales, (2) la dimensión conductual en competencias escolares y personales, (3) la dimensión emocional, que denota enojo en los contextos familiar y del grupo de iguales, y por último, (4) el contexto familiar, que fue el único factor que no se definió en base a un componente psicológico.

Posteriormente, Caso-Niebla et al. (2011) sometieron a prueba la estructura factorial de este modelo de cuatro factores correlacionados en adolescentes. Encontraron resultados consistentes que favorecen la estructura y la validez del modelo.

Tras revisar los distintos modelos, se observa que Maslow (citado por Morris & Maisto, 2005), Coopersmith (1967) y Harter (1983), así como Rodríguez et al. (1988), señalaron una serie de pasos o etapas que necesariamente se ha de cumplir para lograr una autoestima normal. Sin embargo, Coopersmith y Harter

argumentaron que la autoestima surge de la interacción de las diferentes dimensiones en las que se desarrolla el ser humano. Mientras, Maslow y Rodríguez et al. (1998) sólo incluyen el componente cognitivo. Por su parte, Branden (1995) advirtió que la autoestima es inherente al ser humano y propuso fortalecerla mediante cogniciones y conductas de carácter humanista. Finalmente, el modelo de Pope et al. (1988), y los resultados de investigación de Caso y Hernández-Guzmán (2001) plantearon dimensiones y contextos en reconocimiento de la plasticidad de la conducta y el desarrollo. Si se falla en alguna de las rutas o en las categorías y dimensiones que muestran los modelos, es claro que la autoestima se ve afectada. En el siguiente apartado, se revisa los factores relacionados con la autoestima en diferentes contextos.

Factores relacionados con la autoestima

La gran diversidad de definiciones conceptuales y modelos de la autoestima es un ejemplo de la dificultad con la que han tropezado los psicólogos para lograr explicarla. Tomando en cuenta lo anterior, sería aún más difícil ser preciso y señalar todas las variables con las que se ha relacionado este constructo. A pesar de que dichos factores pueden incluirse o no de acuerdo con los objetivos de cada investigación, se les agrupa en diferentes categorías para facilitar su estudio.

Caso (1999) realizó una búsqueda exhaustiva de las variables con las que se relacionó la autoestima en niños y adolescentes en el periodo 1988-1999. Para ello consultó las bases de datos más usadas por psicólogos. Como producto obtuvo más de cien factores asociados con la autoestima, los cuales se agruparon en las siguientes nueve categorías: (1) familiar, (2) escolar, (3) física, (4) conductual (5) cognitiva (6) afectiva (7) rasgos de personalidad (8) salud física y mental, y (9) variables sociodemográficas.

Así mismo, identificó las siguientes tendencias:

- a) El estudio de la autoestima como variable dependiente, en donde se le asocia principalmente con variables del entorno familiar, con variables

representativas de la apariencia y funcionamiento físico de los individuos, con otras de tipo sociodemográfico y con rasgos de su personalidad.

- b) El estudio de la autoestima como variable independiente. Generalmente no se realiza de manera aislada, sino que se relaciona con otras variables y se intenta conocer su grado de asociación y no tanto la dirección de su influencia.
- c) El estudio de la autoestima, tanto como variable dependiente e independiente, en el que se le vincula principalmente con variables del entorno escolar y familiar, con las dimensiones cognitiva, emocional y conductual, y con variables propias de la salud física y mental de los individuos.

El presente apartado retoma las dimensiones propuestas por Caso (1999) e incluye investigaciones más recientes.

Dimensión familiar

El contexto familiar es el medio en el que se dan las primeras experiencias sociales. Las figuras parentales y el estilo educativo que éstas empleen provocan, sin lugar a dudas, un fuerte impacto en la autoestima de los hijos. Se ha demostrado que algunas de estas prácticas son factores de riesgo, pues ponen en peligro la salud psicológica del niño.

Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch (1991) clasificaron las familias de aproximadamente 4100 adolescentes en cuatro estilos de crianza diferentes: control firme, autoritario, indulgente y negligente. Los adolescentes educados con los estilos autoritario, indulgente y negligente obtuvieron menores niveles de autoestima. Por el contrario, los jóvenes guiados por el estilo de control firme tuvieron mayores puntuaciones en autoestima, desarrollo psicosocial y rendimiento escolar.

De igual manera, Alonso y Román (2005) estudiaron la relación entre la autoestima y las prácticas educativas de los padres, en niños de tres, cuatro y cinco años de edad. Los autores informaron que a mayor nivel de autoestima,

correspondieron los estilos equilibrado y permisivo, así como menos prácticas del estilo autoritario.

Dimensión escolar

La escuela es un contexto en el que el niño se desenvuelve desde las primeras etapas de su desarrollo. Probablemente, la variable que más se ha estudiado dentro de esta categoría es el rendimiento académico. La evidencia científica permite afirmar que la autoestima influye en el desempeño escolar (Caso-Niebla & Hernández-Guzmán, 2007; Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1996), y de la misma forma, el rendimiento escolar influye en la autoestima (De Tejada, 2010).

Dentro del contexto escolar los maestros ocupan el mismo lugar que el de los padres en la familia, pues representan un factor importante para el desarrollo de la autoestima en el niño. Alonso y Román (2005) encontraron que a mayor autoestima valorada por los niños existe mayor autoestima valorada por los maestros. Así mismo, a un mayor grado de autoestima de los niños valorado por las maestras le corresponde un mayor grado de autoestima valorado por los padres.

Dimensión física

En una población de niños australianos entre 7 y 13 años de edad se encontró una relación fuerte entre la preocupación por el peso y la figura corporal y el bajo nivel de autoestima (Allen et al., 2006). Estos resultados son consistentes con los encontrados en una población de niños españoles entre 8 y 12 años de edad (Marcó et al., 2004), y en otra de adolescentes de Turquía (Ozmen et al., 2007).

En una revisión de artículos, Amaya et al. (2010) encontraron que la insatisfacción corporal se relaciona con la autoestima en niños, adolescentes y adultos. En la mayoría de los estudios longitudinales, la autoestima fue predictora de la insatisfacción corporal.

Ferreira, Gaspar, Campos y Senra (2011) realizaron un estudio con 139 basquetbolistas de Portugal, de los cuales 59 tenían alguna discapacidad física. Sus resultados muestran que los atletas sin discapacidad obtuvieron puntajes más elevados de autoestima global que los discapacitados. A pesar de ser activos y saludables, los atletas con discapacidades físicas tienden a expresar menos sentimientos positivos en comparación con los basquetbolistas sin discapacidades.

Dimensión conductual

Hernández-Guzmán (1999) afirmó que a mayor competencia autopercebida existe mayor autoestima. Siguiendo a esta autora, la retroinformación que recibe el niño de las personas que forman parte de su contexto familiar y social es la contingencia que moldea su autoestima. Sin embargo, la retroinformación externa no produce una autopercepción positiva por sí misma. El sentirse competente al actuar y lograr un impacto sobre el ambiente circundante confirma la retroinformación recibida.

Otros factores asociados a la autoestima alta son la integración social y la alta capacidad para trabajar en equipo (Garaigordóbil & Durá, 2006). La asertividad, entendida como la capacidad de expresar y ejercer los derechos personales, expresar desacuerdos o sentimientos negativos sin dejarse manipular y sin manipular a los demás, también se vincula con la autoestima elevada (Riso, 2002).

Dimensión cognitiva

El ser humano aprende a afrontar desde pequeño dependiendo del éxito que tenga al controlar las situaciones de ansiedad. De acuerdo con Verduzco et al. (2004), los estilos de afrontamiento de control indirecto y de abandono de control correlacionan de forma negativa con la autoestima. Es decir, cuando existen niveles bajos de autoestima estos dos estilos aumentan. Por el contrario, el afrontamiento de control directo prevalece cuando existe autoestima alta.

La autoeficacia es otra variable que sostiene una asociación paralela con la autoestima (Aguirre & Vauro, 2009). Bandura (citado por Morris & Maisto, 2005) la definió como la expectativa que tiene el ser humano de que la acción que va a realizar tendrá éxito. Es lógico pensar que aquellas personas que tienen satisfacción en sus propios estándares de desempeño poseen buenos niveles de autoestima.

En algunos casos se ha encontrado relación entre la autoestima elevada y la inteligencia social (Garaigordóbil & Durá, 2006), y relación entre autoestima baja y creencias irracionales (Nielson, Horan, Keen, & St. Peter, 1996).

Dimensión afectiva

En diversas investigaciones se ha observado una correlación negativa entre la autoestima y la depresión, es decir, a mayor depresión le corresponde menos autoestima. Tal es el caso de la población infantil (Del Barrio et al., 1994), la población adolescente (Aguilar, De Eduardo, & Berganza, 1996; Benas & Gibb, 2007; Garaigordóbil & Durá, 2006), y la población adulta (Addeo, Greene, & Geisser, 1994).

El mismo tipo de correlación se ha hallado entre la autoestima y la ansiedad (Addeo et al., 1994; Garaigordóbil & Durá, 2006) y la autoestima y el estrés (Verduzco et al., 2004).

Dentro de este contexto también se ha relacionado la autoestima elevada con sentimientos de felicidad, pocos celos y escasos sentimientos de soledad (Garaigordóbil & Durá, 2006).

Dimensión de rasgos de personalidad

En un estudio realizado por Moreno-Jiménez, Alonso y Álvarez (1997), la autoestima correlacionó de manera positiva con el sentido de coherencia y la personalidad resistente. Por sentido de coherencia se entiende la capacidad del individuo para percibir el mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno. Kobasa (1982) argumentó que la personalidad resistente se compone de

compromiso (tendencia a involucrarse en áreas de la vida que se consideran valiosas), control (convencimiento de poder modificar o alterar el curso de los acontecimientos) y reto (asumir los cambios como una oportunidad de crecimiento y no como una amenaza).

Por otro lado, en los resultados obtenidos por Garaigordóbil y Durá (2006) la autoestima elevada se relacionó con tolerancia, alto grado de tesón-constancia y baja impulsividad.

Dimensión de salud física y mental

En una población de adolescentes se encontró que aquéllos que presentaban mayor número de indicadores de trastornos de la conducta alimentaria tenían los niveles más bajos de autoestima (Moreno & Ortiz, 2009). Sobre lo anterior, Toro (1996) postula que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, quienes se muestran inseguras y con falta de aprobación y respeto hacia ellas mismas. Su baja autoestima estriba en la preocupación por el peso y la insatisfacción con su imagen corporal.

Dentro de la dimensión de salud física se halla también la obesidad, que se ha asociado con baja autoestima en adultos (Alvarado, Guzmán, & González, 2005; Álvarez, 1999), adolescentes (Strauss, 2000), y niños (Allen et al., 2006; Franklin, Denyer, Steinbeck, Caterson, & Hill, 2006; Shin & Shin, 2008).

En cuanto a la salud mental, Garaigordóbil y Durá (2006) argumentaron que los adolescentes con elevada autoestima presentan bajo nivel de desajuste emocional.

Dimensión sociodemográfica

Dentro de esta categoría se ha tomando en cuenta el sexo, la edad, la composición familiar, el nivel escolar de los padres, etc. Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling y Potter (2002) realizaron un estudio con 326,641 personas de diferentes etnias entre 9 y 90 años de edad. Encontraron los siguientes resultados: (1) los hombres obtuvieron mayores puntajes de autoestima que las mujeres; (2)

las personas con nivel socioeconómico elevado tuvieron mayor autoestima que los de nivel bajo; (3) los nacidos en Estados Unidos obtuvieron mayor grado de autoestima que los originarios de otros países; y finalmente, (4) los afroamericanos fueron el grupo con autoestima más alta, seguido de los latinos, los del oriente medio, los asiáticos y finalmente los caucásicos. Resultados como los de Robins et al. (2002) varían en función del tipo de población que se utilice y las variables que se incluya.

Conocer la gran cantidad de autores que se ha propuesto investigar la autoestima permite concientizar la magnitud de la dificultad que aún se tiene para comprender este constructo de forma precisa. La forma en que se mide ha mostrado cambios a lo largo del tiempo y representa otro factor que no permite la unificación de criterios. Los modelos explicativos, más allá de buscar una definición, describen el proceso de inicio y desarrollo de la autoestima. Resulta útil para la comprensión de estos modelos y el desarrollo de nuevas propuestas de intervención, clasificar las variables que se ha relacionado con la autoestima en los diferentes contextos. No obstante, no se debe pasar por alto el hecho de que día con día surgen nuevas variables que requieren la misma atención que las ya estudiadas. Actualmente, el impacto que tiene la preocupación por el cuerpo en el desarrollo de trastornos mentales merece la atención de los psicólogos. Aunque no es contemporánea la propuesta de que la imagen corporal es un factor que influye en la conformación de la autoestima (Harter, 1983), la investigación sobre la relación entre la obesidad y la autoestima es relativamente reciente. Hasta la fecha, no existen estudios que arrojen resultados contundentes sobre la influencia de la obesidad en la autoestima de la población infantil mexicana. Es por ello que esta necesidad cede relevancia a la presente investigación.

Finalmente, el campo de estudio de la autoestima se amplía aún más cuando se considera que puede ser, tanto una variable independiente, como dependiente. Como constructo que pertenece al componente psicológico de los afectos, la autoestima explica gran parte de la funcionalidad del ser humano. La variable con la que más se le relaciona dentro de la dimensión afectiva es la depresión, trastorno del estado de ánimo que afecta al individuo en diferentes

áreas. Al igual que el estudio de la imagen corporal, la investigación sobre la depresión infantil se remonta a los últimos treinta años. Sin embargo, contrariamente a la insuficiencia de estudios que buscan hallar una relación entre la obesidad y la autoestima infantil, el nexo entre la autoestima y la depresión en los niños se ha estudiado ampliamente.

En el siguiente apartado se revisa las generalidades de la depresión, tercera variable a investigar en el presente estudio.

Capítulo 3. Depresión

Antecedentes

El padecimiento que hoy conocemos como depresión tiene sus orígenes etimológicos en el vocablo latino *deprimere*, que significa hundimiento o abatimiento en el plano vital del ser humano (Alonso-Fernández, 2001). Fue conocido por varios médicos antiguos con el nombre de *melancolía*. Este término (derivado del griego *melas*, negro, y *chole*, bilis) se usaba para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad (Polaino-Lorente, 1985).

La primera descripción clínica de la que se tiene datos es la de Hipócrates en el siglo IV a.C., quien afirmaba que la bilis negra producía la melancolía y se caracterizaba ésta por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. Areteo en el siglo II de nuestra era calificó al paciente melancólico como triste, desmayado, insomne, que adelgaza, no tiene sueño reparador, se queja de mil futilidades y desea la muerte (Beck, 1967).

Durante la Edad Media a la melancolía se le designó también *acedia*. Al principio se pensaba que era un vicio capital más, vinculado con el pecado y con la pereza. Pero las aportaciones de Santo Tomás (siglo XII) lograron que se considerara a la acedia como un desorden de la vida emocional, que más tarde se asoció con desaliento, descuido, tristeza y desesperanza. Robert Burton, en su *Tratado de anatomía de la melancolía* (1630), descartó las ideas medievales acerca de que la melancolía era provocada por demonios e influencias astrales y facilitó el estudio de los estados depresivos (Polaino-Lorente, 1985).

A lo largo del tiempo se fue designando términos para las patologías que se asociaban con la melancolía. En 1697 Bonetus utilizó el término *manía de la melancolía*. Posteriormente asentó la relación y significación etiopatogénica entre la melancolía y la manía y empleó la palabra *maniachomelancholicus* para referirse a lo que después se llamó *psicosis maníaco-depresiva*. Haslam (1809), médico del hospital de Bethlem de Londres, afirmó que aquellos que se encontraban bajo la influencia de pasiones depresivas podían tener los siguientes

síntomas: semblante ansioso, aislamiento, poca disposición para hablar, sensación de culpa por crímenes que nunca habían cometido, miedo recurrente, desesperación, intentos de suicidio, etc. A principios del siglo XIX, Pinel especificó que eran síntomas de melancolía la taciturnidad, el aire pensativo, las aprensiones sombrías y el amor a la soledad (Beck, 1967; Caderón, 1989).

En 1896, Kraepelin propuso utilizar el término *depresión* con el fin de tener mayor especificidad diagnóstica. Estableció la diferencia entre la psicosis maníaco-depresiva y la demencia precoz, que posteriormente se conoció como esquizofrenia. También realizó un sistema nosológico que distinguía cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maníacos, estados mixtos y estados fundamentales (Calderón, 1989).

Sigmund Freud (1915) utilizó la palabra melancolía para señalar el estado de cancelación por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí mismo. Esto último oscila entre autodenigraciones y expectativas delirantes de castigo. Freud explicó la melancolía a partir de tres premisas básicas: (1) una pérdida mal elaborada, (2) sentimientos inconscientes de ambivalencia hacia el objeto, y por último, (3) una regresión de la libido al yo.

Posteriormente surgieron dos escuelas que trataron de explicar la depresión. Por un lado estaban los gradualistas como Aubrey Lewis (1938) y Paul Hoch (1953), quienes consideraban que la depresión es una sola entidad que podía explicarse de diferentes formas. Mientras que por el otro lado, los separatistas como Gillespie (1929) o Partridge (1949) afirmaban que existían varios tipos de depresión. La mayor controversia que surgió a raíz de esta clasificación fue la relacionada con el concepto de depresión endógena-exógena. A la depresión endógena se le consideraba una forma de psicosis, pues provenía de factores internos o fisiológicos. La depresión reactiva o exógena era la que se desencadenaba por alguna tensión externa como la muerte de un ser querido, los reveses económicos o la pérdida del empleo (Beck, 1967).

Algunos autores como Albert Ellis (1956) y Aaron Beck (1967) dejaron de lado el pensamiento psicoanalítico y elaboraron nuevos tipos de psicoterapia.

Entre sus aportaciones se encuentran diferentes modelos que explicaron la depresión desde un punto de vista racional-emotivo-conductual y cognitivo (Ellis, 1980; Lega, Caballo & Ellis 1998).

Durante la década de los años sesenta del siglo pasado, una serie de artículos científicos enfatizó que la depresión estaba reemplazando a la ansiedad como principal patología. Debido al aumento notable de personas con depresión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha un programa que permitiera el intercambio de información entre académicos y el desarrollo de investigaciones sobre etiología, tratamiento y metodología (Calderón, 1989).

Teorías más recientes sobre la depresión han hecho énfasis en el aprendizaje, el refuerzo y el castigo. Lewinsohn (1974) consideraba que un factor primordial en la depresión era la carencia de acontecimientos agradables y de refuerzos contingentes positivos. Por su parte, Seligman (1975) sostuvo que los que se deprimen esperan que les sucedan cosas muy adversas y creen que no son capaces de hacer algo para mejorarlas. Esto los lleva a atribuir a causas individuales los acontecimientos negativos, y piensan que los sucesos positivos se deben a factores externos, es decir, que provienen de los contextos donde se desenvuelven. Nelson y Craighead (1977) señalaron que las personas crean su propia depresión al administrarse bajas dosis de autorrefuerzo positivo y altas de castigo (Lega, Caballo & Ellis, 1998).

La depresión es un padecimiento muy frecuente y aparece más en mujeres que en hombres en proporción de dos a uno. La prevalencia de depresión a nivel mundial fue de entre 6 y 8% en mayores de 15 años durante el año de 2001 (Alonso-Fernández, 2001). Actualmente se sabe que 350 millones de personas padecen algún tipo de depresión (WHO, <http://www.who.int/es/>).

En México se informó que en el año 2005 el 5.8% de las mujeres y el 2.5% de los hombres adultos estaban deprimidos. Es importante señalar que la mayoría de las personas con depresión no recurre a los servicios de salud debido al desconocimiento acerca del padecimiento, del tratamiento, del lugar pertinente

para solicitar ayuda y por el estigma social relacionado con los trastornos mentales (Belló, Puentes, Medina, & Lozano, 2005).

A continuación se revisa algunas definiciones y clasificaciones que los expertos han utilizado para el diagnóstico, tratamiento e investigación de la depresión.

Definiciones y clasificaciones

Uno de los más grandes investigadores de la depresión es Aaron Beck, que en 1967 la definió de acuerdo a las siguientes características: (1) una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía, (2) un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y culpa, (3) deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir, (4) trastornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido, y, (5) cambios en el nivel de actividad: retardo o agitación.

La mayoría de los indicadores que propuso Beck prevaleció dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1993) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995). Estos criterios y clasificaciones de la depresión son los más aceptados por la comunidad de psiquiatras a nivel internacional. En el DSM-IV, la depresión se encuentra incluida entre los trastornos del estado de ánimo. A su vez, la CIE-10 ubica a la depresión dentro de los trastornos del humor o trastornos afectivos.

Cabe señalar que de acuerdo con los psicólogos actuales estas clasificaciones categóricas presentan limitaciones. La concepción categórica de la depresión propone que existe un umbral universal que necesariamente debe rebasarse para establecer un diagnóstico. Sin embargo, autores que critican esta propuesta señalan que las personas que presentan síntomas o *puntajes* por debajo de este umbral no deben excluirse (Agudelo, Spielber, & Buela-Casal, 2007). Apoyando a estos autores, los criterios que la CIE-10 y el DSM-IV utilizan para diagnosticar la depresión son arbitrarios porque no diferencian los síntomas entre distintas patologías. Adicionalmente, dejan a un lado casos relevantes para la intervención clínica y la investigación. A pesar de lo anterior, las

clasificaciones de la CIE-10 y del DSM-IV han permitido a los investigadores lograr avances importantes en la conceptualización de la depresión. De igual manera, muchos instrumentos psicométricos que miden dicho constructo se basan en las categorías propuestas por estos manuales. Es por ello que la presente investigación considera relevante incluirlas.

En la CIE-10 (1993) los tipos de depresión que no están relacionados con el trastorno bipolar son los siguientes:

- Episodio depresivo: Se ha caracterizado por una marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de la reactividad emocional, despertar por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, inhibición psicomotriz clara, pérdida del apetito, pérdida de peso y pérdida de la libido. El episodio depresivo puede ser leve, moderado o grave de acuerdo a la duración y cantidad de los síntomas.
- Trastorno depresivo recurrente: Si ya han aparecido diferentes episodios depresivos que han estado separados por periodos de seis meses, se diagnostica un trastorno depresivo recurrente. Este no se asocia a consumo de sustancias psicoactivas ni a trastornos orgánicos y también puede ser leve, moderado o grave según la cantidad y el grado en que se presenten los síntomas.
- Distimia: Es un estado de ánimo deprimido de forma continua durante un periodo no menor a dos años. Para diagnosticarla se necesita por lo menos tres de los siguientes síntomas: disminución de la vitalidad o actividad, insomnio, pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad, dificultad para concentrarse, llanto fácil, pérdida de interés o satisfacción por actividades sexuales o placenteras, sentimientos de desesperanza o desesperación, sentimientos de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria, pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado, aislamiento social y menor locuacidad de la habitual.

Mientras, en el DSM-IV (1994) los tipos de depresión que no están asociados con el trastorno bipolar son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

- Episodio depresivo mayor: Para diagnosticarlo debe transcurrir un periodo de al menos dos semanas durante el que ocurre un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y los adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Se debe experimentar al menos cuatro de los siguientes síntomas: pérdida importante de peso o pérdida del apetito casi día a día, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte. Los efectos fisiológicos causados por una sustancia, enfermedad médica o duelo no deben explicar estos síntomas.
- Trastorno depresivo mayor recidivante: Si existe un curso clínico caracterizado por diversos episodios depresivos mayores, se diagnostica un trastorno depresivo mayor recidivante. Éste puede iniciar a cualquier edad, aunque regularmente comienza a mitad de la tercera década de la vida. Para su diagnóstico se necesita que los episodios estén separados por un intervalo de tiempo mínimo de dos meses seguidos y que no se deban a un trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme, delirante o psicótico. El trastorno depresivo mayor puede ser leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial/total, o no especificado.
- Trastorno distímico: se define por un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día en la mayoría de los días durante al menos dos años. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima es de un año. Este constante malestar no se explica por trastornos psicóticos, abuso de sustancias u otras enfermedades. Para el diagnóstico del trastorno

distímico se requiere la presencia de dos o más de los siguientes síntomas y que el sujeto no haya estado sin ellos durante más de dos meses: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.

- Por último, el trastorno depresivo no especificado se ha clasificado como:
 - 1) Trastorno dismórfico premenstrual: Presencia de síntomas como estado de ánimo deprimido, ansiedad, labilidad afectiva y pérdida de interés en actividades. Dichos síntomas se presentan durante la última semana de la fase luteínica en la mayoría de los ciclos menstruales del último año e interfieren en las actividades normales.
 - 2) Trastorno depresivo menor: Episodios de al menos dos semanas de síntomas depresivos pero con menos síntomas y menor deterioro global que en el trastorno depresivo mayor.
 - 3) Trastorno depresivo breve recidivante: Episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).
 - 4) Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: Un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
 - 5) Episodios depresivos mayores que se superponen en el trastorno delirante, trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
 - 6) Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por alguna sustancia.

El problema principal de las clasificaciones categóricas es el frecuente traslapo entre síntomas. Esto repercute en que resulte complicado distinguir un cuadro clínico de otro debido a la semejanza que existe entre sus características. Un claro ejemplo de esta limitación es la semejanza entre los indicadores de la depresión y la ansiedad (Agudelo, Buena-Casal, & Spielberg, 2007; Brown, Chorpita, Korotitsch, & Barlow, 1997; Chorpita & Barlow, 1998).

Definiciones más actuales incluyen, además de los síntomas, la forma en que el individuo se ve perjudicado en los diferentes contextos donde se desarrolla. Por ejemplo, en el año 2003 la Organización Mundial de la Salud definió a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad. Posteriormente, Del Barrio, Mestre, Tur & Samper (2004) argumentaron que la depresión es un trastorno afectivo que implica factores orgánicos, motores, emocionales, cognitivos y sociales. Se trata de una emoción negativa que invade a las personas que la sufren y les impide disfrutar de la vida. Por su parte, González (2010) propuso que la depresión es un tono afectivo de tristeza que va acompañado de un sentimiento de minusvalía o indiferencia y de predisposición al suicidio. Altera el estado de ánimo de quien la padece, el funcionamiento integral de su cuerpo, la forma de verse a sí mismo y a la realidad.

Como ya se revisó, las definiciones y clasificaciones no coinciden en su totalidad. Los modelos categóricos no han permitido unificar criterios y comprender claramente la conceptualización de la depresión. Además, la investigación sobre la depresión se ha centrado en la población adulta y, como prueba adicional de sus limitaciones, ha incluido a la población infantil dentro de las mismas normas de diagnóstico. Esto se debe a que anteriormente los investigadores no consideraban que esta psicopatología se presentaba en los niños. Como una breve introducción al estudio de la depresión infantil, la siguiente sección describe los hechos históricos que condujeron a la Psicología a la investigación, la prevención y el tratamiento de este trastorno afectivo.

Surgimiento del estudio de la depresión infantil

El estudio de la depresión infantil es reciente en comparación con los años de investigación dedicados a la depresión del adulto. Los primeros en arrojar alguna luz sobre la melancolía de los niños fueron los médicos ingleses del siglo XVIII y XIX. George Baker (1755) habló de la envidia como causa de la melancolía

infantil. Esta enfermedad se explicaba mejor por causas emocionales que físicas. Después, James Parkinson (1807) admitió la existencia de una forma de melancolía en los niños, provocada por el trato recibido por parte de los padres. Los estudios posteriores no fueron específicos, pues sólo daban datos dispersos sobre problemas emocionales, nostalgia y enfermedades mentales de los infantes. Eventualmente surgieron investigadores como Duran Fardell (1855), Llinas de la Tejera (1903), y Bender y Schilder (1937), quienes investigaron el suicidio de los niños asociado con la melancolía (Polaino-Lorente, 1988).

A pesar de que los psicoanalistas estuvieron en el auge de la clínica durante la primera mitad del siglo XX, tardaron años en dar credibilidad a la existencia de la depresión infantil. Melanie Klein (1882-1960) fue la primera en formular una teoría que argumentaba que los bebés experimentaban sentimientos de depresión (Segal, 1992). Por otra parte, René Spitz (1907-1988) destacó la importancia de la relación afectiva del recién nacido con la madre y describió, como síntomas de depresión, dificultades en el desarrollo motor e intelectual, incapacidad para asimilar la comida, insomnio, pérdida de peso, inexpresividad, etc. Sin embargo, la teoría psicoanalítica hechó en falta el respaldo científico de sus postulados y, por ende, la Psiquiatría no consideró reales aquellas propuestas.

El estudio de la depresión infantil no causó demasiado interés científico antes del último cuarto del siglo XX. Calderón (1989) afirma que los psiquiatras aceptaron que la depresión en niños tenía características similares a la de los adultos hasta 1971, después del IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras Europeos. Del Barrio (1999) argumenta que tras la publicación de las actas del Congreso Nacional del National Institute of Mental Health (NIMH), de Estados Unidos en 1977 y la publicación del DSM-III en 1980, se aceptó la existencia de la depresión en niños, así como los criterios para su diagnóstico.

La depresión infantil poco a poco pasó de ser una aproximación conceptual a uno de los temas de mayor importancia en la Psiquiatría y la Psicología infantil. Las primeras investigaciones sobre la depresión en niños se enfocaron en crear y perfeccionar instrumentos de medición y diagnóstico. Eventualmente aparecieron modelos teóricos para el tratamiento de la depresión infantil (Herrera, Núñez,

Tobón, & Arias, 2009). Actualmente, la investigación sobre este trastorno indaga sobre su etiología, factores de riesgo, comorbilidad y tratamientos para contrarrestarla.

Epidemiología

La depresión es un trastorno que acarrea disfunciones de todo tipo a corto, mediano y largo plazo en la salud de quien la padece. En 2001 la Organización Mundial de la Salud consideró a este trastorno como un problema de salud pública de graves consecuencias sanitarias y económicas. Además, calificó a la depresión como la quinta causa de morbilidad entre todas las enfermedades y como el primer lugar de prevalencia entre los trastornos psiquiátricos más graves en la atención primaria.

Para la mayoría de las personas es difícil concebir la idea de que un niño pueda deprimirse, debido a que regularmente la infancia se asocia con juego, alegría y ausencia de preocupación. Sin embargo, la depresión merece la atención de los psicólogos porque es una alteración que se presenta desde la temprana edad. Además, si no se trata puede durar hasta la adultez e incluso evolucionar hacia formas más severas (Del Barrio, 2007).

La prevalencia de la depresión infantil en México es alarmante. Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz (2004) encontraron que dos millones de mexicanos habían padecido un episodio de depresión durante su infancia o adolescencia. Por su parte, Rodríguez (2007) observó una prevalencia de depresión del 48% en una muestra no clínica de niños residentes de la ciudad de México de bajos recursos, entre 7 y 12 años de edad. En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" de esta misma ciudad, la depresión es el segundo diagnóstico que con más frecuencia se atendió durante el año 2010. Su incidencia anual fue del 10 al 15% entre los años 2005-2010 (Nogales et al., 2010).

Factores de riesgo

Las causas de la depresión en los niños son distintas. Marcinavicius (2006) propone que un observador externo puede ver o no los factores desencadenantes. La pérdida de un ser querido o de algún vínculo significativo ejemplifica los factores visibles. Mientras, a la baja autoestima y a la disminución de la autoeficacia se les clasifica dentro de los factores invisibles. De igual forma, pueden aparecer síntomas de depresión como consecuencia de alguna enfermedad congénita o un cuadro orgánico. Por otro lado, Cuervo e Izzedin (2007) encontraron que los factores de riesgo más citados en la literatura son: madres depresivas, historia de depresión familiar, alcoholismo paterno, problemas prenatales, abuso infantil, falta de confianza en sí mismo, carencia de relación parental, problemas escolares, alteraciones del lenguaje, dificultades de aprendizaje, predisposición hereditaria, enfermedad física con trastorno neuroquímico presente, entre otros. Estos resultados son consistentes con los encontrados en estudios transversales (Del Barrio, 2001) y longitudinales (Jaffe et al., 2002).

Es claro que los distintos factores que se mencionó varían según la población estudiada y los métodos empleados. Sin embargo, parece que las variables que se consideran factores de riesgo para la depresión incrementan de forma acelerada. Lo anterior, lejos de beneficiar a la comunidad científica, provoca mayor confusión entre los investigadores. Adicionalmente, la multiplicidad de factores de riesgo hace también que los síntomas de otras patologías se traslapen con los de la depresión, y que un gran número de variables se asocien con ella (Caron & Rutter, 1991), como se muestra a continuación.

Características y factores relacionados

El diagnóstico de la depresión es más difícil en los niños que en la población adulta. Esto se debe a que a los niños les resulta más complicado manifestar verbalmente su estado de ánimo (Calderón, 1989). Del Barrio (2007) señala que los principales indicios que se considera como características básicas

de la depresión en niños y jóvenes son los siguientes: prevalencia de tristeza y retraimiento, aislamiento, ira, pérdida del interés por divertirse, modificación de sus conductas alimentarias, alteraciones del sueño, agitación, falta de energía, sentimientos de culpa, poca capacidad de concentración y pensamientos negativos.

De la misma forma en que los factores desencadenantes y los síntomas son abundantes, existe un gran número de variables asociadas con la depresión en niños. Herrera et al. (2009) realizaron un análisis bibliométrico de los artículos sobre depresión infantil publicados en el periodo 1985-2006. Dentro de sus resultados se observa que en la mayoría de las investigaciones los niños deprimidos presentan daños en las dimensiones cognitiva, afectiva, conductual, escolar y física.

En la dimensión cognitiva se ha encontrado una asociación entre la depresión y el autoconcepto negativo por un lado, y por otro lado, la ideación suicida (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004; Miranda, Cubillas, Román, & Abril, 2009). De igual forma, la rumia, como forma de afrontamiento de evitación, es una variable que tiende a asociarse con la depresión (Abela, Brozina, & Haigh, 2002).

Sin lugar a dudas, la ansiedad es el trastorno con el que más se relaciona la depresión en la dimensión afectiva. Se halló que, en población infantil, estas dos patologías correlacionan de forma positiva y fuertemente (Benjet et al., 1999; Caron & Rutter, 1991; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Agnold, 2003; Hernández-Guzmán et al., 2010). En este mismo componente, la baja autoestima se presenta en la mayoría de los niños con depresión (Del Barrio et al., 1994; Solloa, 2001).

Dentro de la dimensión conductual, Jadue (2002) argumenta que la prevalencia de los síntomas de depresión se asocia con dificultades en la competencia social.

En la dimensión escolar, el desempeño académico muestra una correlación negativa con el grado de depresión (Gómez, 2001; Jadue, 2002).

Finalmente, dentro de la dimensión física se encontró una asociación entre la depresión y la preocupación por el sobrepeso (Allen et al., 2006), el incremento del índice de masa corporal (Rofey et al., 2009), y la obesidad (Bras, 2005).

Algunos autores, en carácter adicional, han propuesto que aquellos individuos que sufren depresión durante la infancia conservan vulnerabilidades psicológicas durante la adolescencia y la adultez. Siguiendo a Benjet et al. (2004) la depresión que se desarrolla desde la niñez tiene más probabilidades de relacionarse con el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial, la dependencia a drogas y los trastornos de ansiedad, en comparación con la depresión que inicia en la edad adulta. Solloa (2001), por su parte, argumenta que los niños con depresión pueden presentar rendimiento académico bajo, alcoholismo y personalidad antisocial a largo plazo.

Después de realizar un recorrido histórico de la depresión, se observó que es bastante antigua la preocupación por dar una explicación a este trastorno. No obstante, el estudio de la depresión en los niños es relativamente nuevo y requiere de mayores aportes por parte de los psicólogos. La niñez es una etapa del desarrollo especialmente vulnerable para el desarrollo de diferentes afecciones, por ello es indispensable detectar a tiempo las debilidades psicológicas de los niños. Sin embargo, el carácter confuso de las definiciones propuestas, así como la gran variedad de factores asociados, deja en claro que existe arbitrariedad en los sistemas de clasificación de la psicopatología. Por ende, es indispensable realizar estudios con metodología más rigurosa, que permitan conceptualizar la depresión desde una perspectiva dimensional.

La prevalencia de este padecimiento sigue incrementándose a tal grado que se le considera uno de los diagnósticos que aparece con mayor frecuencia. Por ser un trastorno del componente afectivo, la depresión guarda una relación de dos sentidos con otras variables. En primer lugar, sus múltiples síntomas convergen en una disminución de la calidad de vida. Mientras, en segundo lugar, un individuo es propenso a deprimirse cuando no vive en plenitud dentro de sus diferentes contextos. Con fines preventivos, la Psicología continúa ocupándose de nuevos fenómenos que se presentan como problemas sociales y que traen como

resultado serias disfunciones en la salud mental. Es por ello que la presente investigación consideró pertinente indagar sobre la asociación de la depresión con una enfermedad contemporánea, la obesidad, que actualmente se considera una epidemia en el plano mundial.

El capítulo siguiente se dedica a la obesidad, que es la variable central de la presente investigación.

Capítulo 4. Obesidad

Definición y clasificaciones de la obesidad

La obesidad constituye una de las grandes epidemias del siglo XXI por ser una de las enfermedades de mayor prevalencia. Representa uno de los principales problemas de salud pública tanto en países desarrollados como en aquellos que no lo son, debido a los factores con los que se relaciona y al coste sanitario (Aranceta & Pérez, 2005).

La prevalencia de este problema de salud a nivel mundial es alarmante, tanto en población adulta como infantil. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO, <http://www.who.int/es/>), en el año 2008, 1500 millones de adultos tenían sobrepeso. De los cuales, 300 millones de mujeres y 200 millones de hombres eran obesos. Así mismo, en el año 2010, aproximadamente 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. De esos niños con sobrepeso, 22 millones eran obesos (Raj & Kumar, 2010).

Chinchilla (2005) considera a la obesidad como un trastorno de la conducta alimentaria, puesto que quien la padece no cumple las características de una alimentación saludable. Otros autores como Cáncer, Durán, Peláez, Rubio y Álvarez (2005), no apoyan dicha propuesta. Aseguran que la obesidad no es un trastorno psiquiátrico en sí mismo, pero sí un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos y un signo clínico de la existencia de alguna psicopatología.

Diversos investigadores y organizaciones han hecho definiciones y clasificaciones de la obesidad. La mayoría coincide en señalar que es una enfermedad caracterizada por una cantidad excesiva de grasa corporal, que afecta considerablemente la calidad de vida de quien la padece y que se asocia con múltiples trastornos. A continuación aparecen algunas definiciones de la obesidad, posteriormente las clasificaciones más aceptadas actualmente. Dichos criterios dejan en claro que existe uniformidad al decir quién es una persona obesa y quien no lo es.

Barbany (2005) propuso que 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 incremento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa. Según el consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (Salas-Salvadó et al., 2007), la obesidad es una enfermedad crónica multifactorial que se traduce en un exceso de masa corporal. En función de lo anterior se puede identificar a un sujeto obeso por presentar porcentajes de grasa corporal por encima de los valores normales, que son del 12-20% en varones y 20-30% en mujeres adultas. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud definió a la obesidad y al sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

- Clasificación según el índice de masa corporal (IMC)

De acuerdo con la OMS, el índice de masa corporal (IMC) es la medida más útil del sobrepeso y la obesidad, puesto que es la misma para ambos sexos y para todas las edades. Se obtiene tras dividir la masa de una persona en kilogramos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Si el IMC es menor a 18.5 se considera infra-peso. Valores entre 18,5 y 24,9 señalan un peso normal. Si el puntaje se encuentra entre 25,0 y 29,9 hay sobrepeso. Y si el IMC es superior a 30, existe obesidad.

Para el diagnóstico de la obesidad infantil se debe usar una tabla de percentiles (OMS, 2012). En esta tabla se ubica la edad del niño en uno de sus ejes y el IMC en el otro. La clasificación se realiza de acuerdo con los siguientes percentiles: < 14.9 bajo peso, 15-84.9 peso normal, 85-96.9 sobrepeso y > 97 obesidad.

A su vez, la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (Salas-Salvadó et al., 2007) propone criterios más específicos para definir la obesidad:

Categoría	Valores límite del IMC (kg/m²)
Peso insuficiente	<18.5
Peso normal	18.5 -24.9
Sobrepeso grado I	25.0-26.9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27.0-29.9
Obesidad de tipo 1	30.0-34.9
Obesidad de tipo 2	35.0-39.9
Obesidad de tipo 3 (mórbida)	40.0-49.9
Obesidad de tipo 4 (extrema)	≥50

Esta clasificación es un poco diferente a la de la OMS aunque prevalecen las cuatro categorías básicas: infrapeso, peso normal, sobrepeso y obesidad.

- Clasificación de la obesidad de acuerdo con su etiología

Barbany (2005) tomó en cuenta la predisposición genética y los factores ambientales desencadenantes y propuso la clasificación etiológica de la obesidad:

1. De origen endócrino:

Obesidad ovárica: Se presenta en el síndrome de Stein-Leventhal, que se caracteriza por oligomenorrea o amenorrea, hirsutismo y aumento progresivo de peso.

Hiperinsulinemia: Se debe a que la insulina es una hormona anabolizante que favorece la síntesis de grasa y su depósito en el tejido adiposo.

Hiperfunción suprarrenal: Con aumento en la producción de glucocorticoides como sucede en la enfermedad o síndrome de Cushing que conlleva un incremento de peso con una distribución característica de la grasa en la región faciotroncular del cuerpo.

Hipotiroidismo: Se manifiesta por intolerancia al frío, sequedad en la piel, estreñimiento y aumento de peso.

2. De origen hipotalámico:

Este tipo de obesidad es poco frecuente en humanos, pero su existencia se ha demostrado repetidamente en animales. Sucede al lesionarse el núcleo ventromedial del hipotálamo. Esta contusión provoca hiperfagia que conduce a la obesidad. Está asociada con infecciones, traumatismos, tumores y cirugías.

3. De origen genético: Causada por anomalías cromosómicas

4. A causa de medicamentos: Algunos fármacos pueden provocar o aumentar el grado de obesidad. Ejemplo de ellos son los glucocorticoides, la insulina, los antidepresivos tricíclicos, las fenotiacinas, las hidracinas o los estrógenos.

- Clasificación de la obesidad de acuerdo con la disposición topográfica de acumulación de grasa

La acumulación de grasa puede aparecer primordialmente en la parte superior o inferior del cuerpo. La primera se conoce mejor como obesidad central o androide y la grasa se acumula en la cara, la región cervical, el tronco, la región supraumbilical y principalmente el abdomen. Se relaciona con complicaciones metabólicas y cardiocirculatorias como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial (Barbany, 2005).

En la obesidad periférica o ginoide la grasa se observa en la parte inferior, como la región infraumbilical del abdomen, las caderas, los glúteos y muslos. Chinchilla (2005) señala que también existe la distribución homogénea, en la cual existe un exceso de grasa corporal sin que predomine en ninguna región concreta del organismo.

Una valoración sencilla y precisa se realiza al medir la circunferencia de la cintura. Se considera que hay riesgo de obesidad cuando dicha medida es superior a 90 cm en las mujeres y 102 cm en los varones. La medición del

diámetro sagital es otra opción. Cifras superiores a 25 cm delimitan los valores de riesgo (Aranceta & Pérez, 2005).

- Clasificación de la obesidad en función de la distribución celular de la grasa

El tejido adiposo es el único tejido del cuerpo humano capaz de aumentar su tamaño después de alcanzar la vida adulta. Los adipocitos son las células de este tejido y se encargan de almacenar triglicéridos en forma de grasa, los cuales constituyen la mayor reserva energética del organismo. De acuerdo con la forma en que se distribuye la grasa en el tejido adiposo, Chinchilla (2005) presentó la siguiente clasificación de la obesidad:

Hipertrófica: El aumento de la grasa se debe principalmente al incremento en el tamaño de los adipocitos, sin que se produzca un aumento de la cantidad.

Hiperplásica: Cuando existe un aumento de la grasa corporal secundario a un incremento en el número de adipocitos. Es más frecuente en épocas de crecimiento, tiene peor pronóstico y presenta más riesgo de complicaciones.

Como se puede observar, no existe sólo un tipo de obesidad ni un único factor que la provoque. En el siguiente apartado se revisará brevemente los factores de riesgo de esta enfermedad.

Factores de riesgo

El cuerpo humano se mueve gracias a la energía que obtiene de los alimentos. Algunos de los nutrientes se utilizan de forma inmediata, mientras que otros se almacenan para su uso posterior. El tejido adiposo es la bóveda donde se guarda la energía en forma de triglicéridos. El exceso de almacenaje de triglicéridos es la causa de la obesidad (Lazo de la Vega-Monroy & Fernández-Mejía, 2010).

Son múltiples los factores que provocan o contribuyen a que el obeso almacene triglicéridos de manera continua sin lograr un equilibrio de ingesta/gasto. En este apartado se revisa los más estudiados, que son los de origen neuroendocrino, genético, socioambientales y psicológicos.

Factores neuroendocrinos

Se sabe que el hipotálamo desempeña un papel fundamental en la regulación de la ingesta de alimentos. Experimentos con ratas han demostrado que las lesiones en el hipotálamo ventromedial provocan un apetito desmesurado. Estudios posteriores en humanos confirmaron que el centro de la saciedad se encuentra en el hipotálamo ventromedial, y que el núcleo del tracto solitario y el área póstrema también se ven implicados en el apetito. Las lesiones y los tumores en estas regiones producen hiperfagia y alteraciones metabólicas, que contribuyen al sobrepeso y a la obesidad (García, Quintero, Correas, & Leira, 2005; Nogueiras, López, & Diéguez, 2005).

Existen evidencias de que las personas obesas presentan irregularidades en el funcionamiento de algunas hormonas. La leptina es una hormona que se produce en el tejido adiposo. Actúa principalmente en el cerebro al regular el porcentaje de grasa corporal mediante la ingesta de alimentos y el gasto energético. Se ha propuesto que en algunos obesos está alterada esta función de la leptina, posiblemente debido a alguna resistencia o dificultad de su pase al cerebro (Chinchilla, 2005).

Por su parte, la insulina es una hormona secretada por el páncreas que interviene en el aprovechamiento de los nutrientes. Favorece la síntesis de triglicéridos en el hígado y en el tejido adiposo, incrementa el gasto de energía y disminuye el apetito. Los individuos obesos generan resistencia a la insulina, lo que socava la capacidad de hambre normal y las señales de saciedad con precisión modular (Mietus-Snyder & Lustig, 2008).

Los estudios con ratones informados por Nogueiras et al. (2005) argumentan que la administración de noradrenalina en el núcleo paraventricular provoca la hiperfagia y el aumento de peso. La reducción de la síntesis de dopamina mediante fármacos y alteraciones genéticas produce el mismo efecto. Por otra parte, algunas drogas que se utilizan para incrementar la señalización del receptor de la serotonina inhiben la ingesta de alimentos y reducen el peso corporal.

Factores genéticos

La obesidad monogénica sucede tras la mutación de algunos genes que codifican para alguna de las proteínas que regulan el apetito. La mutación de los genes receptores de leptina es la más común en humanos. De igual forma, la obesidad sindrómica se produce por padecimientos asociados con el retraso mental o anormalidades en el desarrollo de órganos. Algunos defectos genéticos y deficiencias cromosómicas son causas de estas enfermedades. Finalmente, diversos estudios de vinculación en familias han encontrado más de cuarenta genes asociados a la obesidad común o poligénica (Lazo de la Vega-Monroy & Fernández-Mejía, 2010).

Chinchilla (2005) calculó que el 80% de los obesos tiene antecedentes familiares de obesidad y que el 25% de la variación de la grasa corporal se debe a causas genéticas. De acuerdo con el autor, si un progenitor es obeso es posible que el 50% de sus hijos lo sea. Mientras, si la madre y el padre son obesos, hay una probabilidad de que el 80% de sus hijos presente obesidad. En un estudio que incluyó a 44696 estudiantes de bachillerato y universidad, se encontró una fuerte correlación entre la obesidad de la hija y la obesidad de la madre, que resultó más alta que la del padre y que la de la relación estudiante obeso y obesidad de los padres (Gómez-Peresmitré et al., 2006).

Los factores perinatales también son trascendentales. La obesidad materna durante el embarazo puede causar obesidad en el niño, debido a que el aumento de traslado de nutrientes puede ocasionar cambios en la regulación del apetito-

sociedad en el feto. Además, la desnutrición fetal genera alteraciones que conducen a la obesidad (Ortiz, Nava, Muñoz, & Veras, 2010)

Factores socio-ambientales

Álvarez (1999) apoya la premisa de que la obesidad se produce por consumir más energía de la que se gasta. Pero sostiene que es un error pensar que la obesidad se debe a algún problema orgánico. La sociedad actual promueve la elección de alimentos que contienen grandes cantidades de grasa y calorías. Estos alimentos no cumplen con los nutrientes que requiere el cuerpo para mantenerse sano.

Siguiendo lo anterior, muchos autores señalan la importancia de los estilos de vida no saludables en el desarrollo de la obesidad. Las costumbres dietéticas de la familia y el ideal corporal que éstas promuevan, son responsables en gran medida de la actitud que se adopte hacia la comida. Un ambiente familiar con fácil acceso a alimentos apetecibles ricos en calorías es un factor que incrementa el riesgo de padecer obesidad. Estos alimentos aparecen en forma de bebidas azucaradas, bocadillos salados, postres, etc. Además, los servicios de comida rápida y buffet en los restaurantes también son causas potenciales de obesidad (Mietus-Snyder & Lustig, 2008).

De acuerdo con Álvarez-Estrada (2002) las reuniones y fiestas que se acostumbra en la sociedad occidental no deben pasarse por alto. Regularmente, los festejos son un buen momento para ingerir los alimentos ya mencionados. El consumo de alcohol es, de igual forma, muy frecuente durante las comidas en reuniones sociales. El alcohol contiene un gran número de calorías y su abuso recurrente es también otro factor que facilita la obesidad (Álvarez-Estrada, 2002).

Además, dichas costumbres están regularmente acompañadas de escasa actividad física. Actualmente, muchas personas prefieren hacer uso de máquinas para realizar diferentes trabajos que mover el cuerpo. Las actividades que tienen una notable base sedentaria, como el ver televisión o trabajar frente a una

computadora, son también factores asociados con este problema de salud (Quirantes, López, Hernández, & Pérez, 2009).

Por último, algunos autores consideran que el suspender la conducta de fumar puede ser un factor desencadenante de aumento de peso. Esto se debe a que la nicotina tiene un poder anorexígeno y estimula la producción de adrenalina (García et al., 2005).

Factores psicológicos

La mayoría de los autores considera la presencia de alguna psicopatología como elemento determinante en el origen de la obesidad (Moreno, Monereo, & Álvarez, 2005). Otros proponen que las alteraciones psicológicas no son causa sino consecuencia de la misma (Álvarez, 1999). Chinchilla (2003) argumenta que incluso existe un pequeño grupo de obesos que vive feliz con su condición, que no desea privarse del gran placer que les genera la comida y que se responsabiliza de su situación. En contraste, Álvarez (1999) sostiene que el obeso vive triste, y que aunque en ocasiones disfrace su tristeza con euforia o comicidad, en el fondo experimenta agresión, miedo, desconfianza y envidia.

Se sabe que algunos obesos minimizan o infravaloran lo que comen. Cuando se les pregunta sobre lo que comieron, afirman que fue menos de la mitad de la cantidad real. Otro grupo de obesos, por otro lado, reconoce que tiene un apetito exagerado sin identificar la sensación de saciedad. Conductas tales como el trastorno de pica o los accesos bulímicos, conducen al incremento de peso. El consumo repetitivo sin hambre de pequeñas cantidades de alimentos es la característica básica de la conducta de pica. Mientras que los accesos bulímicos se reconocen por la ingesta de grandes cantidades de alimentos que pueden durar varias horas. Después del acceso aparecen las conductas compensatorias como el vómito, el uso de laxantes o diuréticos (Peñalver, Vega, Montoya, & Flández, 2005).

Siguiendo la línea de los trastornos alimentarios, Gempeler (2005) argumenta que el trastorno por atracón es un factor de riesgo para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad. Las personas que tienen este trastorno parecen comer durante todo el día de manera desordenada y se dan atracones recurrentes. Dichos atracones no se acompañan de conductas compensatorias, como es el caso del vómito en la bulimia nerviosa. Se cree que los atracones suceden después de periodos de sobre ingesta y que después de ellos aparece la restricción como resultado de la culpa y vergüenza.

Algunos autores, sin presentar evidencia científica, han especulado sobre la posible relación causal entre problemas afectivos y obesidad y han opinado que la combinación de la angustia originada en la infancia temprana, junto con la depresión y el estrés crónico, es un factor de riesgo (Bornstein, Wong & Licino, 2006). También se ha pensado que lo es la frustración, la soledad y la ansiedad (Ortiz et al., 2010).

Naenen (2002) menciona que la depresión estacional es un trastorno del estado de ánimo que trae como consecuencia directa la obesidad. Se caracteriza por la presencia de un trastorno depresivo recurrente que se concreta a ciertas épocas del año. Además del estado permanente de tristeza, incluye astenia, disminución de la actividad, hipersomnia y aumento de la ingesta de hidratos de carbono.

Así como hay distintos tipos de obesidad existen diversas causas que pueden provocarla. Por ser una enfermedad que se asocia con los diferentes componentes del ser humano, no ha sido posible explicar su etiología sin incluir una gran cantidad de factores. Los resultados de la investigación han demostrado que para que se presente la obesidad, deben existir afecciones físicas y/o psicológicas. Estas alteraciones pueden resumirse en desórdenes hormonales, antecedentes de obesidad en la familia (herencia), hábitos alimenticios perjudiciales y trastornos psicológicos. Después de revisar las posibles causas de esta enfermedad, se puede concluir este apartado apoyando la propuesta de Bray

(1987) quien mencionó que la obesidad se presenta debido a un balance positivo en la ecuación energética que se produce por una ingesta excesiva, por una disminución del gasto energético o por un desequilibrio entre ambos. Por ende, es de gran relevancia la investigación sobre la obesidad como resultado de la interacción de los factores de riesgo, así como su estudio cuando se presenta como variable predictora o asociada con otras patologías. En los siguientes apartados se revisa, en primer lugar, las complicaciones de salud física que se asocian con la obesidad. Posteriormente, se hace una revisión sobre la obesidad y las disfunciones psicológicas de manera general. Finalmente, se realiza un análisis de la relación que existe entre la obesidad y las variables insatisfacción corporal, autoestima y depresión. Esto último, por ser uno de los propósitos de la presente investigación.

Alteraciones físicas relacionadas con la obesidad

El incremento del tamaño de los adipocitos y de su cantidad no es lo más grave de la obesidad. Cuando el exceso de energía almacenada sobrepasa la capacidad de expansión de los adipocitos, los triglicéridos buscan en donde alojarse. Los músculos, el hígado, el corazón y otros órganos representan un lugar cómodo para los triglicéridos. Con base en lo anterior, se puede explicar en gran medida el por qué la obesidad se relaciona con múltiples enfermedades y complicaciones (Lazo de la Vega-Monroy & Fernández-Mejía, 2010).

De acuerdo con el consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO; Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, & Moreno, 2007), existen siete categorías de alteraciones asociadas con la obesidad. Estas son: (1) enfermedad cardiovascular arterioesclerótica, (2) otras alteraciones cardiorrespiratorias, (3) alteraciones metabólicas, (4) alteraciones de la mujer, (5) alteraciones digestivas, (6) alteraciones musculoesqueléticas, y por último, (7) otras alteraciones. Las alteraciones psicológicas se ubican dentro de la última

categoría. Es importante señalar que existen diferentes factores que no siempre son consistentes dentro del componente psicológico.

A continuación se enuncia el modelo de las siete categorías propuesto por la SEEDO (2007). Este epígrafe no se describe de forma detallada debido a que la presente investigación se centra la dimensión psicológica. La relación de las variables psicológicas con la obesidad se revisa de forma más detallada en la sección posterior.

1) Enfermedad cardiovascular arterioesclerótica	<ul style="list-style-type: none"> * Cardiopatía isquémica * Enfermedad cerebrovascular
2) Otras alteraciones cardiorrespiratorias	<ul style="list-style-type: none"> * Insuficiencia cardíaca congestiva * Insuficiencia ventilatoria * Síndrome de apneas obstructivas durante el sueño
3) Alteraciones metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> * Resistencia a la insulina y diabetes tipo 2 * Hipertensión arterial * Dislipemia aterógena * Hiperuricemia
4) Alteraciones de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> * Disfunción menstrual * Síndrome de ovarios poliquísticos * Infertilidad * Aumento de riesgo perinatal * Incontinencia urinaria
5) Digestivas	<ul style="list-style-type: none"> * Colelitiasis * Esteatosis hepática, esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis * Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato
6) Musculosqueléticas	<ul style="list-style-type: none"> * Artrosis * Lesiones articulares * Deformidades óseas
	<ul style="list-style-type: none"> * Insuficiencia venosa periférica * Enfermedad tromboembólica

7) Otras alteraciones	<ul style="list-style-type: none"> * Cáncer en la mujer: vesícula y vías biliares, mama y endometrio en la posmenopausia * Cáncer en el hombre: colon, recto y próstata * Hipertensión endocraneal benigna * Alteraciones cutáneas como estrías, acantosis nigricans, hirsutismo, foliculitis e intertrigo
-----------------------	--

Alteraciones psicológicas relacionadas con la obesidad

Probablemente, el ideal de la delgadez que prevalece en la sociedad actual sea el factor que más influya en la dimensión psicológica de las personas con obesidad. Toro (1996) argumenta que el hecho de ser obeso constituye un auténtico estigma social. La publicidad se encarga de bombardear a las personas con un gran número de anuncios que invitan a bajar de peso y evitar la gordura. Lo anterior facilita que el obeso sea víctima de distintas complicaciones de su salud mental. A continuación, se describe brevemente algunas de ellas.

Se ha informado sobre daños en el componente cognitivo de las personas con obesidad. Estas afecciones se muestran en forma de cogniciones negativas, como son una imagen deteriorada de sí mismo, bajas expectativas de autoeficacia y de logro (Seijas & Feuchtmann, 1997).

En el componente afectivo, la ansiedad representa un factor relevante. En un estudio realizado por Calderón, Forns y Varea (2010) se observó correlación positiva entre el grado de obesidad y los niveles de ansiedad en población adolescente de España. La relación significativa entre obesidad y ansiedad también apareció en adultos mexicanos, siendo mayor en mujeres que hombres (Ríos et al., 2008). Así mismo, entre los trastornos de ansiedad que más se han relacionado con la obesidad, se encuentra la agorafobia, la fobia simple y el síndrome por estrés postraumático (Naenen, 2002).

De acuerdo con algunos investigadores, las personas con obesidad tienen rasgos de personalidad que no les permiten adaptarse completamente a los contextos socioambientales. Estos autores han argumentado que los obesos manifiestan poco interés en las situaciones emocionantes, se comportan de forma ensimismada, no muestran responsabilidad, pierden rápidamente la paciencia, muestran mayor sensibilidad ante las críticas, tienen poca energía y trabajan lentamente (Bravo, Espinosa, Mancilla, & Tello, 2011).

Cosoveanu y Bulucea (2009) realizaron una investigación con 238 niños obesos de entre 3 y 14 años de edad en Croacia, con el propósito de indagar acerca de sus estilos de vida. De los niños que asistían a preescolar, el 65% consumía altas cantidades de azúcares concentrados y el 42% no realizaba suficiente actividad física. En relación con los que iban a la primaria, el 54% no hacía ningún tipo de actividad física y el 66% consumía frecuentemente comida rápida. Así también, el 65% de los niños obesos y el 43% de las niñas con sobrepeso pasaban más de 4 horas al día frente a la televisión o la computadora. Los autores concluyeron que el sedentarismo, la falta de actividad física y la alimentación inadecuada son factores relacionados con el desarrollo de la obesidad.

En cuanto a la salud mental, diversas investigaciones apoyan la idea de que la obesidad está fuertemente asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. Principalmente con la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Cáncer et al., 2005; Chinchilla, 2003; Gempeler, 2005; Naenen, 2002). Así mismo, se ha encontrado extensa relación entre la obesidad y algunos desórdenes psiquiátricos tales como el trastorno límite de la personalidad, la psicosis maníaco-depresiva o la esquizofrenia. Se cree que esto se debe a la impulsividad e inactividad que caracteriza a estas patologías, además del consumo de medicamentos como el litio que favorece el incremento de peso. (Chinchilla, Rodríguez, Dolengevich, Puente, & Pérez, 2005).

En los últimos años se ha documentado ampliamente la relación que existe entre la obesidad y la psicopatología. El ideal de la delgadez que prevalece en la sociedad contemporánea trae como consecuencia problemas en la salud psicológica de los individuos obesos. Dentro de las afecciones que más se ha investigado se encuentran daños en la dimensión cognitiva, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y desórdenes psiquiátricos. Adicionalmente, se ha demostrado que es difícil que las personas con obesidad logren una adaptación plena dentro de los diversos contextos en los que se desenvuelven.

No obstante la diversidad de datos y propuestas, resulta pretensioso afirmar que los problemas psicológicos se asocian con la obesidad en cualquier situación. Existen diferentes estudios que no han apoyado dicha asociación. Particularmente, la investigación ha arrojado resultados contradictorios cuando se indaga sobre el posible vínculo entre la obesidad y los constructos autoestima y depresión.

A continuación se describe la relación que tiene la obesidad con la insatisfacción corporal, la autoestima y la depresión. Para ello se revisará algunos artículos de diferentes países, que incluyeron muestras de niños, adolescentes y adultos.

La obesidad y su relación con la insatisfacción corporal, la autoestima y la depresión.

Obesidad e insatisfacción corporal

El deseo de ser delgado es el factor que más se asocia con la insatisfacción corporal. Los individuos obesos reciben constantes burlas y rechazo por su condición. Además, experimentan un gran número de complicaciones físicas, enfermedades de todo tipo y límites dentro de sus actividades, las cuales no realizan en plenitud. Con base en lo anterior y en los resultados de estudios

realizados en diferentes países, se puede concluir que donde hay obesidad, hay insatisfacción corporal. Es importante señalar que dicha relación se ha demostrado en todo tipo de poblaciones.

Dentro de los estudios hechos con población adulta de México, destaca el de Casillas-Estrella et al. (2006), quienes encontraron una correlación positiva entre la insatisfacción corporal y el índice de masa corporal en una muestra de 158 sujetos. Los obesos mostraron mayores niveles de insatisfacción corporal que los individuos con sobrepeso y los de peso normal.

Estudios con adolescentes también informan una correlación positiva entre el índice de masa corporal y la insatisfacción corporal. Tal es el caso de la población de Costa Rica (García & Garita, 2007) y la población mexicana (Aceves, 2011). De igual forma, Calderón et al. (2010) señalan que el grado de insatisfacción corporal es mayor en adolescentes españoles con obesidad severa que en aquellos que tienen obesidad leve o moderada.

Las investigaciones con niños han arrojado resultados similares. En una muestra de 192 niños australianos entre 7 y 13 años de edad, se observó que los grupos con sobrepeso y obesidad tienden a preocuparse más por su imagen corporal que los de peso normal. De igual forma, los niños con sobrepeso y obesidad mostraron mayores niveles de insatisfacción corporal que los niños sanos (Allen et al., 2006). Estos resultados se asemejan a los encontrados en Corea por Shin y Shin (2008). En este estudio, los niños con obesidad se mostraban más insatisfechos con su cuerpo que los niños con sobrepeso y los de peso normal.

En otro estudio, realizado también en Australia, participaron niños de los dos últimos años de primaria. Franklin et al. (2006) encontraron que el 91% de los varones y el 96% de las niñas con obesidad escogieron una figura ideal más delgada que la autopercebida. De igual manera, los niños con obesidad obtuvieron menores puntajes en competencia atlética y apariencia física que los niños con peso normal.

Continuando con el estudio de la población infantil, se ha observado una correlación positiva entre el índice de masa corporal y la insatisfacción corporal en Australia (Holt & Ricciardelli, 2002) y en países del sur de Asia (Pallan et al., 2011). Por su parte, Amaya et al. (2010) realizaron una revisión de artículos que indagaron, como parte de sus propósitos, acerca de dicha correlación. Encontraron que se manifestó en la mayoría de las investigaciones de Australia, Estados Unidos e Inglaterra.

Obesidad y autoestima

La gran mayoría de los autores advierte que existe una relación clara entre la obesidad y la baja autoestima. Bras (2005) propone esta asociación se presenta como consecuencia de los estereotipos negativos que se asocian con la obesidad. Por su parte, Ogden (2005) ha propuesto que la constante invitación a ser delgado, por parte de los medios masivos de comunicación, trae como consecuencia que disminuya la autoestima del obeso.

Otras investigaciones apoyan lo anterior. Se ha encontrado una asociación entre obesidad y baja autoestima en un estudio con 2813 niños australianos de los dos últimos años de primaria. Los niños y las niñas con obesidad presentaron menores puntajes de autoestima que sus congéneres de peso normal (Franklin et al., 2006). También con población infantil australiana, la preocupación por el peso resultó ser la variable mediadora del efecto entre el índice de masa corporal y la baja autoestima. Es decir, se observó autoestima global más disminuida en los niños que se preocupan más sobre su peso en comparación con los que no se preocupan (Allen et al., 2006).

Así mismo, los niños con sobrepeso y obesidad tuvieron una autoestima general menor que los niños de peso normal en España (Marcó et al., 2004). En Corea, Shin y Shin (2008) observaron que la autoestima de los niños obesos era similar a la de niños con sobrepeso, pero más baja que en los de peso normal.

Aunque diversos estudios apoyan una clara relación entre obesidad y baja autoestima, hay investigaciones que han hallado lo contrario. Renman, Engström, Silfverdal y Åman (1999) compararon un grupo de adolescentes obesos con otro de adolescentes sin obesidad. Cabe señalar que los sujetos obesos eran, en promedio, cuarenta kilos más pesados. A pesar de que se esperaba diferencias en cuanto a los niveles de autoestima entre los grupos, no las hubo.

Al igual que los resultados encontrados en población adolescente, no se halló diferencias significativas respecto a la autoestima en un grupo de niños obesos y otro de niños con peso normal de 9 y 10 años en Estados Unidos. Sin embargo, se observó una autoestima inferior en los obesos a la edad de 13 y 14 años (Strauss, 2000). Mientras que en México, un grupo de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad obtuvo niveles similares de autoestima que otro grupo de pares de peso normal (Aguilar et al., 2011).

Algunos autores se inclinan a pensar que factores como la edad, el tipo de población, el tamaño de la muestra, etc., influyen en que los resultados no apoyen la asociación entre obesidad y la baja autoestima. Otros investigadores proponen que, en efecto, dicha relación existe sólo en algunos casos. Así pues, a pesar de lo evidente que pudiera ser la premisa de que la obesidad y la baja autoestima se relacionan, no se ha demostrado que siempre sea así.

Obesidad y depresión

Con los resultados de investigación sobre la relación entre la obesidad y la depresión ocurre lo mismo que con la autoestima. En muchos estudios se ha encontrado fuerte asociación, mientras que en otros se informa lo contrario.

Dentro de las investigaciones que respaldan la propuesta de que obesidad se asocia con la depresión, destaca el estudio longitudinal de Hasler et al. (2005). Estos autores estudiaron una muestra de 591 adultos de entre 19 y 40 años de edad. Encontraron que los síntomas depresivos antes de los 17 años se relacionaron con el incremento de peso y obesidad entre los 20 y los 40 años en

las mujeres. Así mismo, informaron que los síntomas depresivos de los hombres durante la infancia se asociaron con un incremento de peso sin obesidad en la adultez.

De igual manera, en un estudio realizado en Canadá con 59652 personas mayores de 18 años, Cheng, Yiang y Mao (2009) informaron que la prevalencia de depresión es mayor en los individuos obesos que en los que tienen un peso normal y que los sujetos con sobrepeso tienen un riesgo mayor de desarrollar depresión. También observaron que la obesidad se asoció con el 30% y el 40% del incremento de la depresión en general y que se relacionó directamente con la depresión de las mujeres que tenían entre 18 y 39 años de edad. La relación entre obesidad y depresión en población adulta se halló también en México (Ríos et al., 2008).

En cuanto a la población adolescente, Calderón et al. (2010) compararon los niveles de depresión entre grupos de obesidad severa, leve y moderada en España. Los resultados sugieren que a mayor grado de obesidad existen más síntomas depresivos. El grupo de adolescentes con obesidad severa presentó niveles significativamente mayores de depresión que los grupos de obesidad moderada y leve.

El estudio realizado en Estados Unidos por Rofey et al. (2009) apoya la relación entre la obesidad y la depresión en población infantil. Mediante una investigación longitudinal, estos autores hallaron que el aumento del índice de masa corporal se relacionó con el aumento de los niveles de depresión, tanto en niños obesos como en no obesos. Estos resultados son consistentes con los encontrados en España por Bras (2005). Por su parte, Allen et al. (2006) compararon una muestra clínica con una no clínica de niños australianos entre 7 y 13 años de edad, con el propósito de indagar si existía una relación entre la preocupación por el peso y algunas variables, entre ellas la depresión. La preocupación por el peso medió el efecto entre el índice de masa corporal y la depresión.

No obstante, hay estudios que arrojan resultados que no concuerdan con los revisados. Murphy et al. (2009) estudiaron la depresión y la obesidad en una muestra de 1396 canadienses mayores de 18 años de edad. La depresión no se asoció directamente con la obesidad.

Asimismo, en México, Ceja et al. (2010) no encontraron diferencia en cuanto a la presencia de depresión en los individuos con peso normal y los obesos en 211 pacientes adultos del Instituto Mexicano del Seguro Social. De igual manera, no se halló relación entre la obesidad y la depresión en adolescentes y niños de entre 8 y 15 años de edad (Aguilar et al., 2011). Estos resultados coinciden con los encontrados por Shin y Shin (2008) en Corea.

Algunos autores como Walker y Hill (2009) han postulado que la variación de resultados podría deberse a que algunos estudios utilizan población clínica y otros no. Otros investigadores, como son Ceja et al. (2010), proponen que los síntomas depresivos no se han asociado con la obesidad en estudios que comparan grupos, debido a la alta prevalencia de depresión que existe en la población general. Los datos no apoyan contundentemente una relación entre la obesidad y la depresión.

Capítulo 5. Método

Planteamiento del problema

Como se ha visto hasta este momento, un gran número de variables se relaciona con la obesidad. Su elevada prevalencia, las repercusiones que trae en la salud de quienes la padecen y su coste sanitario ha puesto en alerta a la mayoría de los países desarrollados, los cuales han realizado abundante investigación para comprender y contrarrestar esta enfermedad.

Además de las complicaciones físicas, las personas con obesidad son víctimas de rechazo, burlas y discriminación (Warschburger, 2005). Esto se debe a que la sociedad actual brinda reconocimiento especial a las personas que poseen un cuerpo delgado, pues lo considera atractivo y lo asocia con bienestar. Con base en lo anterior, la mayoría de los autores ha encontrado que la insatisfacción corporal es uno de los principales constructos psicológicos con los que la obesidad se relaciona. De igual manera, se ha planteado que la obesidad tiene un coste afectivo desde la infancia, lo que trae como resultado baja autoestima (Toro, 1996), y depresión (Bras, 2005). No obstante, la asociación de estos dos constructos con la obesidad no es contundente. Existen investigaciones que han arrojado resultados contradictorios (Aguilar et al., 2011).

Son pocos los estudios que han investigado la interacción de la obesidad con la insatisfacción corporal, la autoestima y la depresión infantil de forma conjunta. Una investigación realizada en Corea se propuso indagar acerca de posible asociación entre la obesidad y estas tres variables en una muestra de 508 niños estudiantes de 5º y 6º de primaria. Se pretendió examinar el posible efecto mediador de la insatisfacción corporal entre la obesidad y la autoestima. Finalmente, se estudió el efecto de la insatisfacción corporal sobre la autoestima y la depresión. La obesidad se asoció con la insatisfacción corporal y con la autoestima, pero no con la depresión. Adicionalmente, la insatisfacción corporal fungió como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima. Y, por último, los niños obesos con insatisfacción corporal presentaron menos autoestima y más

depresión que los no obesos (Shin & Shin, 2008). Cabe destacar que los autores utilizaron una muestra de población infantil general, en contraste con la mayoría de los que pertenecen a esta línea de investigación que regularmente emplea población clínica.

A la luz de los resultados revisados, el presente trabajo se ha propuesto indagar acerca de la relación de la obesidad con los constructos psicológicos insatisfacción corporal, autoestima y depresión en población infantil mexicana, y así, comprobar si en la población mexicana se replican los hallazgos informados por Shin y Shin (2008). La importancia de esta investigación radica en dos razones fundamentales. En primer lugar, los estudios que indagan sobre el efecto de la obesidad sobre la salud psicológica de los niños han arrojado resultados contradictorios a nivel internacional, lo cual no permite fundamentar con evidencia empírica las propuestas teóricas. En segundo lugar, existe un hueco en la línea de investigación sobre obesidad infantil, debido a que no hay un estudio en población mexicana que incluya las variables psicológicas mencionadas. Menos aún, se ha examinado si existe alguna que desempeñe el papel de variable mediadora. Así pues, es necesario reforzar la investigación y arrojar una luz acerca de los componentes psicológicos que posiblemente afecta la obesidad, y del efecto mediador que existe entre ellos. Por lo tanto, la presente investigación se ha planteado los siguientes tres propósitos:

- 1) Comparar el nivel de insatisfacción corporal, autoestima y depresión de niños con obesidad, con sobrepeso y con peso normal de entre 9 y 13 años de edad.
- 2) Investigar si la insatisfacción corporal funge como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima.
- 3) Indagar acerca del efecto de la insatisfacción corporal sobre la autoestima y la depresión.

Con base en la literatura revisada se formuló las siguientes hipótesis de investigación:

- 1) A mayor obesidad mayor insatisfacción corporal y depresión, y menor autoestima.
- 2) La insatisfacción corporal actuará como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima.
- 3) Los niños obesos con insatisfacción corporal tendrán autoestima más baja y más síntomas de depresión que los niños obesos sin insatisfacción corporal, y que los niños con peso normal.

Participantes

Se trabajó con una muestra de población infantil general de 5° y 6° de primaria, constituida por 520 niños. El muestreo fue probabilístico de tipo aleatorio simple por grupo escolar. Los participantes provenían de nueve escuelas de las delegaciones Azcapotzalco, Iztapalapa, Tláhuac y Tlalpan, de la Ciudad de México. Seis escuelas pertenecían al sector público, mientras que las otras tres eran de carácter privado. Todas las escuelas se ubicaban dentro de zonas de nivel socioeconómico relativamente alto (*Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2012).

De los participantes, 269 (51.7%) fueron hombres y 251 (48.3%) fueron mujeres. La edad osciló entre los 9 y los 13 años. Las edades que aparecieron con más frecuencia fueron 11 años (42.7%) y 12 años (40.8%; ver tabla 5.1). La edad mediana fue de 11 años. El promedio de edad del total de los participantes fue de 11.3 años (desviación estándar = 0.74).

*El INEGI utiliza siete estratos para realizar un resumen comparativo de las diferencias y similitudes observadas en las condiciones sociales y socioeconómicas de la población. Los estratos se ordenan de tal forma que en el número 7 se encuentran las entidades que presentan en promedio la situación relativa más favorable y, por el contrario, el estrato 1 se compone de las unidades que en promedio presentan la situación relativa menos favorable.

Tabla 5.1
Frecuencias de sexo y edad

Edad (en años)	Sexo				Total	
	Niñas		Niños			
9	0	0.00%	1	0.40%	1	0.20%
10	36	14.30%	38	14.10%	74	14.20%
11	114	45.40%	108	40.10%	222	42.70%
12	96	38.20%	116	43.10%	212	40.80%
13	5	2.00%	6	2.20%	11	2.10%
TOTAL	251	100%	269	100.00%	519	100%

Se realizó la prueba de chi cuadrada para comparar las frecuencias de sexo y edad de los grupos de IMC. No hubo diferencias significativas entre las edades de los participantes ($\chi^2 = 15.58$, $p = .211$). En cuanto al sexo, hubo más hombres que mujeres en el grupo de obesidad ($\chi^2 = 9.79$, $p = .020$).

Instrumentos

Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ), adaptado a población mexicana infantil de ambos sexos por Amaya (2012). Escala autoaplicable que consta de 31 reactivos con seis opciones de respuesta que van de 1 = *nunca* a 6 = *siempre*. Los reactivos se agrupan en un sólo factor que es la insatisfacción corporal. La versión para niñas de 8 a 11 años de edad posee un alfa de Cronbach de .95. La versión para niños de ese grupo etario tiene un alfa de Cronbach de .93 (ver anexo 1).

Prueba de Autoestima Infantil (PAI), adaptada por Caso (1999). Escala autoaplicable que consta de 21 reactivos, donde cada uno cuenta con cinco opciones de respuesta: *siempre*, *usualmente*, *algunas veces*, *rara vez* y *nunca*. Dichos reactivos se agrupan en tres factores: evaluación positiva, percepción de competencia y evaluación negativa, que explican el 36.2% de la varianza acumulada. La escala cuenta con un índice de confiabilidad de .82 para población mexicana (ver anexo 2).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), adaptada por Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque y Chartt-León (1999). Es una escala autoaplicable que consta de 20 reactivos que reflejan la frecuencia de ocurrencia de síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación. Cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta: *0 días*, *1-2 días*, *3-4 días* y *5-7 días*. La escala cuenta con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .85 para escolares de población general mexicana (ver anexo 3).

La medida de peso se obtuvo con una báscula electrónica TANITA, con un rango de precisión de 100 gramos. La medida de talla se consiguió con una cinta métrica FIBER GLASS graduada en milímetros.

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio de 2012. Se acudió a las nueve escuelas primarias para explicar a las autoridades el propósito de la investigación y solicitar el consentimiento para trabajar con los alumnos. Posteriormente, se aplicó los tres instrumentos psicométricos y tomó las medidas antropométricas de peso y talla en una sola jornada por escuela.

La aplicación de los instrumentos se realizó de forma colectiva e intervinieron cuatro aplicadores por cada grupo (de 15 a 30 participantes por sesión, aproximadamente). Los aplicadores eran estudiantes de la licenciatura en Psicología previamente entrenados que prestaban servicio social o realizaban tesis en la Facultad de Psicología de la UNAM. Antes de comenzar se cambió a los alumnos de lugar, ubicando a las niñas en una mitad del salón y a los niños en la otra.

Dos aplicadores fueron los responsables de leer las preguntas a los niños. Mientras los alumnos respondían los cuestionarios, los otros dos aplicadores estaban pendientes para aclarar cualquier pregunta de los participantes. Así mismo, se encargaban de recoger los cuestionarios y verificar que se hubiese respondido todos los reactivos de manera apropiada.

Se inició con la aplicación del BSQ masculino y femenino. Se leyó las instrucciones en voz alta aclarando que las versiones eran diferentes. Se entregó el cuestionario correspondiente a cada participante y se leyó cada pregunta en voz alta. Los aplicadores alternaron el orden de las preguntas, leyendo una para niñas y otra para niños. Se tuvo cuidado en que una mujer leyera las preguntas del cuestionario femenino y que un hombre aplicara el cuestionario masculino.

Se continuó con la aplicación de la PAI. Se explicó las instrucciones, se repartió los cuestionarios, y un aplicador leyó en voz alta cada una de las preguntas. Este mismo procedimiento se repitió en la aplicación del último instrumento, la CES-D.

Se colocó una cinta métrica en una pared lisa fuera del salón de clases y junto a ella la báscula electrónica. Se pidió a los niños salir del salón de manera individual para la toma de medidas. Antes de iniciar, fue necesario solicitarles que se quitaran sus zapatos y que no llevaran consigo alguna otra prenda u objeto que pudiese afectar la medición, como chamarras, bufandas, cadenas, monedas, llaves, etc.

Para medir la talla, se utilizó una regla de fierro que se colocó en un ángulo de 180° sobre la cabeza del niño, apuntando hacia la cinta métrica, cuando el participante se colocaba de espaldas a la pared, con sus talones juntos y en posición recta. Se redondeó los milímetros para obtener una medida en centímetros.

Se clasificó a cada participante dentro de uno de los siguientes grupos: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Para ello se calculó el IMC de cada sujeto a través de la fórmula $IMC = Kg / m^2$. Después se utilizó las tablas de percentiles de la OMS (OMS, 2012), que ubican la edad del niño en uno de sus ejes y el IMC en el otro. La clasificación se realizó de acuerdo con los siguientes percentiles: < 14.9 bajo peso, 15-84.9 peso normal, 85-96.9 sobrepeso y > 97 obesidad.

El grupo 1 fue el de bajo peso (9% del total de la muestra), el grupo 2 fue el de peso normal (49% del total), al grupo 3 se le llamó grupo de sobrepeso (21.2% del total), y finalmente el grupo 4 de obesidad (20.8% del total). El grupo que presentó mayor número de integrantes fue el de peso normal (135 niñas y 120 niños), mientras que el grupo de bajo peso fue el menor (20 niñas y 27 niños; tabla 5.2). Para los análisis siguientes se excluyó a los 47 niños del grupo de bajo peso.

Tabla 5.2

Frecuencias de sexo y grupos (bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad)

Grupo de IMC	Sexo				Total	
	Niñas		Niños			
Bajo peso	20	8%	27	10%	47	9%
Peso normal	135	53.80%	120	44.60%	255	49%
Sobrepeso	57	22.70%	53	19.70%	110	21.20%
Obesidad	39	15.50%	69	25.70%	108	20.80%
TOTAL	251	100%	269	100.00%	520	100.00%

Análisis de datos

Con el fin de conocer la asociación entre la obesidad y las siguientes variables: insatisfacción corporal, autoestima y depresión, se comparó las puntuaciones de los tres instrumentos psicométricos de los grupos de peso normal, sobrepeso y obesidad. Para ello se utilizó un ANOVA, con el análisis post hoc de Sheffé ($p < .05$).

El efecto mediador de la insatisfacción corporal en la autoestima se examinó por medio de un análisis de regresión múltiple, de acuerdo con las recomendaciones generales de Baron y Kenny (1986). Para este análisis, la variable grupos de peso se consideró como variable indicadora, y el grupo de obesidad se tomó como referencia.

De acuerdo con el modelo de Baron y Kenny (1986), el efecto mediador se confirma mediante la realización de los siguientes tres pasos: (1) La variable independiente debe afectar al supuesto mediador significativamente, (2) La variable independiente debe asociarse significativamente con la variable dependiente, y finalmente, (3) El supuesto mediador debe explicar significativamente la variable dependiente en la última ecuación.

Por último, se comparó el efecto de la insatisfacción corporal con respecto al nivel de autoestima y depresión. Para tal propósito se dividió el grupo de obesidad en dos categorías: obesidad con insatisfacción corporal y obesidad sin insatisfacción corporal. A estas categorías se les comparó con el grupo de peso normal, en cuanto a sus niveles de autoestima y depresión. Se estableció un punto de corte de insatisfacción corporal de una desviación estándar por encima de la media del puntaje del BSQ.

La prueba de chi cuadrada se utilizó para comparar las frecuencias de edad y sexo entre los tres grupos. Posteriormente se empleó un ANOVA con el análisis post hoc de Sheffé ($p < .05$) para conocer las diferencias entre los grupos con respecto a sus niveles de autoestima y depresión.

Resultados

Diferencias entre grupos de IMC

Se comparó los niveles de insatisfacción corporal, autoestima y depresión entre los grupos de obesidad, sobrepeso y peso normal. El ANOVA indicó que hubo diferencias entre los grupos en insatisfacción corporal ($F = 16.99, p = .000$). De acuerdo con el análisis post hoc de Scheffé, el grupo de obesidad mostró un nivel de insatisfacción corporal significativamente superior al grupo de peso normal ($p = .000$). El grupo de sobrepeso presentó más insatisfacción corporal que el grupo de peso normal ($p = .004$). Por último, no hubo diferencias entre el grupo de obesidad con respecto al grupo de sobrepeso ($p = .154$; ver tabla 6.1).

Tabla 6.1

Comparación de los niveles de insatisfacción corporal entre los grupos de IMC (peso normal, sobrepeso y obesidad)

Variable psicológica	Grupo	Media	Desviación estándar	Grupo de contraste	Diferencia de las medias	P
Insatisfacción corporal	Peso normal	58.51	24.55	Sobrepeso	-10.31*	.004*
	Sobrepeso	68.82	29.31	Obesidad	-7.17	.154
	Obesidad	76.00	31.25	Peso normal	17.48*	.000*

* $p < .05$

Por otra parte, los grupos de peso normal, sobrepeso y obesidad no difirieron en cuanto a sus niveles de autoestima ($F = .78, p = .457$; tabla 6.2) ni de depresión ($F = .22, p = .797$; tabla 6.3).

Tabla 6.2

Comparación de los niveles de autoestima entre los grupos de IMC (peso normal, sobrepeso y obesidad)

Variable psicológica	Grupo	Media	Desviación estándar	Grupo de contraste	Diferencia de las medias	P
Autoestima	Peso normal	42.20	13.58	Sobrepeso	1.41	.654
	Sobrepeso	40.79	12.39	Obesidad	-2.23	.471
	Obesidad	43.02	14.09	Peso normal	.082	.867

Tabla 6.3

Comparación de los niveles de depresión entre los grupos de IMC (peso normal, sobrepeso y obesidad)

Variable psicológica	Grupo	Media	Desviación estándar	Grupo de contraste	Diferencia de las medias	P
Depresión	Peso normal	37.72	11.11	Sobrepeso	0.80	.805
	Sobrepeso	36.91	9.51	Obesidad	-.039	.963
	Obesidad	37.31	10.73	Peso normal	-.040	.946

Prueba del modelo bajo estudio

Se realizó un análisis de regresión múltiple con el propósito de comprobar si la insatisfacción corporal fungía como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima. Para este fin se utilizó los pasos propuestos por Baron y Kenny (1986).

La tabla 6.4 muestra los resultados de este análisis. En el primer paso, la variable grupo de peso se asoció significativamente con la insatisfacción corporal ($F = 16.99$, $p = .000$). El grupo de peso normal mostró una alta relación con la insatisfacción corporal ($p = .000$). Sin embargo, no fue significativa la relación de la variable indicadora sobrepeso con respecto a la insatisfacción corporal ($p = .053$).

En el segundo paso, la variable grupo de peso no presentó asociación significativa con la autoestima ($F = .78$, $p = .457$). Finalmente, en el tercer paso, la insatisfacción corporal se asoció significativamente con la autoestima ($F = 41.67$, $p = .000$), y la relación de la variable indicadora grupo de sobrepeso con la autoestima dejó de ser significativa ($p = .699$). Sin embargo, hubo asociación significativa entre la autoestima y la variable indicadora grupo de peso normal ($p = .030$). El diagrama del modelo bajo estudio se muestra en la figura 1.

Tabla 6.4

Análisis de regresión para medir el efecto mediador de la insatisfacción corporal sobre la autoestima

Paso 1: Regresión de los grupos sobre la insatisfacción corporal				
Grupo	R²	B	T	P
Grupo de peso normal	.067*	-17.47	-5.57	.000*
Grupo de sobrepeso		-7.17	-1.93	.053
Paso 2: Regresión de los grupos sobre la autoestima				
Grupo	R²	B	T	P
Grupo de peso normal	.003	-0.82	-0.53	.594
Grupo de sobrepeso		-2.23	-1.22	.220
Paso 3: Regresión de los grupos y la insatisfacción corporal sobre la autoestima				
	R²	B	T	P
Grupo de peso normal	.210*	3.09	2.18	.030*
Grupo de sobrepeso		-0.62	-0.38	.699
Insatisfacción corporal		0.22	11.09	.000*

* $p < .05$

Figura 1. Efecto mediador de la insatisfacción corporal sobre la obesidad y la autoestima

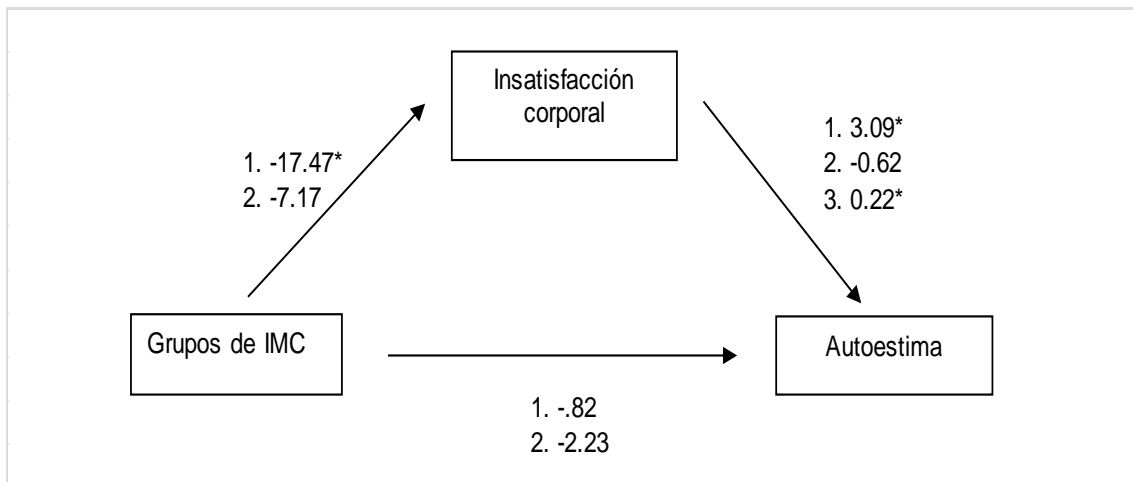


Figura 1. En este diagrama se muestra que la insatisfacción corporal no fungió como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima. Los valores corresponden a los coeficientes β . La variable indicadora peso normal se simboliza con el 1. El número 2 representa a la variable indicadora sobrepeso. El número 3 representa a la insatisfacción corporal. * $P < .05$.

Efecto de la insatisfacción corporal sobre la autoestima y la depresión

Para realizar este análisis se dividió al grupo de obesidad en dos categorías, obesidad con insatisfacción corporal y obesidad sin insatisfacción corporal. También se incluyó al grupo de peso normal. Hubo un total de 363 niños de los cuales el 7.7% ($n = 28$) constituyó el grupo 1 (obesidad con insatisfacción corporal), el 22% ($n = 80$) formó el grupo 2 (obesidad sin insatisfacción corporal), y el 70.2% ($n = 255$) integró el grupo 3 (peso normal). Estos tres grupos se conformaron por 174 niñas (47.9% del total) y 189 niños (52.1% del total).

Tabla 6.5

Frecuencias de sexo y grupos (obesidad con insatisfacción corporal, obesidad sin insatisfacción corporal y peso normal)

Grupo de IMC	Sexo				Total	
	Niñas		Niños			
Obesidad con insatisfacción corporal	11	6.3%	17	9.0%	28	7.7%
Obesidad sin insatisfacción corporal	28	16.1%	52	27.5%	80	22.0%
Peso normal	135	77.6%	120	63.5%	255	70.2%
Total	174	100%	189	100%	363	100%

La edad osciló entre los 9 y los 13 años. Las edades que aparecieron con más frecuencia fueron 11 años (41% del total) y 12 años (43.5% del total). La edad mediana fue de 11 años. El promedio de edad del total de los participantes fue de 11.3 años (desviación estándar = 0.73; ver tabla 6.6).

Tabla 6.6

Frecuencias de edad y grupos (obesidad con insatisfacción corporal, obesidad sin insatisfacción corporal y peso normal)

Grupo de IMC	Frecuencias	Edad					Total
		9	10	11	12	13	
Obesidad con insatisfacción corporal	Frecuencias	0	4	12	12	0	28
	% de edad	0.0%	8.0%	8.1%	7.6%	0.0%	7.7%
	% total	0.0%	1.1%	3.3%	3.3%	0.0%	7.7%
Obesidad sin insatisfacción corporal	Frecuencias	1	13	37	29	0	80
	% de edad	100%	26%	24.8%	18.4%	0.0%	22.0%
	% total	0.3%	3.6%	10.2%	8.0%	0.0%	22.0%
Peso normal	Frecuencias	0	33	100	117	5	255
	% de edad	0.0%	66.0%	67.1%	74.1%	100%	70.2%
	% total	0.3%	9.1%	27.5%	32.2%	1.3%	70.2%
Total	Frecuencias	1	50	149	158	5	363
	% de edad	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% total	0.3%	13.8%	41.0%	43.5%	1.4%	100%

Para comparar las frecuencias de edad y sexo entre los tres grupos se realizó la prueba de chi cuadrada. No hubo diferencias significativas entre las edades de grupos ($X^2 = 8.20$, $p = .414$). En cuanto al sexo, hubo más hombres obesos sin insatisfacción corporal que mujeres obesas sin insatisfacción corporal ($X^2 = 8.76$, $p = .013$).

Diferencias entre estos grupos

Se realizó un ANOVA con el propósito de comparar los niveles de insatisfacción corporal, autoestima y depresión entre los grupos obesidad con insatisfacción corporal, obesidad sin insatisfacción corporal y peso normal.

Hubo diferencias entre los grupos en insatisfacción corporal ($F = 92.12$, $p = .000$). El grupo de niños obesos con insatisfacción corporal tuvo un nivel de insatisfacción corporal estadísticamente superior con respecto al grupo de peso normal ($p = .000$). Por otro lado, el grupo de obesidad sin insatisfacción corporal no presentó diferencias en relación con el grupo de peso normal ($p = .747$; ver tabla 6.7).

Tabla 6.7

Comparación de los niveles de insatisfacción corporal entre los grupos (obesidad con insatisfacción corporal, obesidad sin insatisfacción corporal y peso normal)

Variable psicológica	Grupo	Media	Desviación estándar	Grupo de contraste	Diferencia de las medias	P
Insatisfacción corporal	Obesidad con insatisfacción corporal (1)	119.60	19.34	Peso normal (3)	61.09*	.000*
	Obesidad sin insatisfacción corporal (2)	60.73	16.90	Obesidad con insatisfacción corporal (1)	-58.87*	.000*
	Peso normal (3)	58.51	24.55	Obesidad sin insatisfacción corporal (2)	-2.22	.747

* $p < .05$

También hubo diferencias entre los grupos en autoestima ($F = 9.57$, $p = .000$). Los niños del grupo de obesidad con insatisfacción corporal presentaron niveles significativamente más bajos de autoestima en comparación con los niños obesos sin insatisfacción corporal ($p = .000$), y con los del grupo de peso normal ($p = .001$). No se encontró diferencias entre el grupo de obesidad sin insatisfacción corporal y el grupo de peso normal ($p = .351$; tabla 6.8).

Tabla 6.8

Comparación de los niveles de autoestima entre los grupos (obesidad con insatisfacción corporal, obesidad sin insatisfacción corporal y peso normal)

Variable psicológica	Grupo	Media	Desviación estándar	Grupo de contraste	Diferencia de las medias	P
Autoestima	Obesidad con insatisfacción corporal (1)	52.50	16.88	Peso normal (3)	10.29*	.001*
	Obesidad sin insatisfacción corporal (2)	39.71	11.33	Obesidad con insatisfacción corporal (1)	-12.78*	.000*
	Peso normal (3)	42.20	13.58	Obesidad sin insatisfacción corporal (2)	2.49	.351

* $p < .05$

Con respecto a la depresión, también hubo diferencias entre los grupos ($F = 10.22$, $p = .000$). Los niños obesos con insatisfacción corporal se mostraron más deprimidos que los niños obesos sin insatisfacción corporal ($p = .000$), y que los niños del grupo de peso normal ($p = .002$). No hubo diferencias entre el grupo de obesidad sin insatisfacción corporal y el grupo de peso normal ($p = .073$; tabla 6.9).

Tabla 6.9

Comparación de los niveles de depresión entre los grupos (obesidad sin insatisfacción corporal, obesidad con insatisfacción corporal y peso normal)

Variable psicológica	Grupo	Media	Desviación estándar	Grupo de contraste	Diferencia de las medias	P
Depresión	Obesidad con insatisfacción corporal (1)	45.17	11.13	Peso normal (3)	7.45*	.002*
	Obesidad sin insatisfacción corporal (2)	34.56	9.16	Obesidad con insatisfacción corporal (1)	-10.61*	.000*
	Peso normal (3)	37.72	11.11	Obesidad sin insatisfacción corporal (2)	3.15	.073

* $p < .05$

Discusión y conclusiones

La presente investigación se propuso indagar acerca de la relación de la obesidad con los constructos psicológicos insatisfacción corporal, autoestima y depresión en población infantil mexicana. Para ello se sometió a prueba tres hipótesis, (1) a mayor obesidad mayor insatisfacción corporal y depresión, y menor autoestima, (2) la insatisfacción corporal actúa como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima, finalmente, (3) los niños obesos con insatisfacción corporal tienen autoestima más baja y más síntomas de depresión que los niños obesos sin insatisfacción corporal, y que los niños con peso normal.

El primer propósito de la investigación fue comparar el nivel de insatisfacción corporal, autoestima y depresión de niños con obesidad, con sobrepeso y con peso normal de entre 9 y 13 años de edad. A partir de estudios como el de Allen et al. (2006) que han informado sobre asociaciones entre estas variables, se planteó la primera hipótesis: a mayor obesidad mayor insatisfacción corporal y depresión, y menor autoestima. Sin embargo, la insatisfacción corporal fue la única que presentó diferencias.

En este primer resultado se encontró que los niños con obesidad presentaron más insatisfacción corporal que los niños que tienen un peso normal, lo cual refuerza la concepción teórica acerca de la interacción obesidad-insatisfacción corporal. Esta relación se ha explicado principalmente en términos de algunos factores como la presión cultural para tener un cuerpo delgado, las burlas y el rechazo hacia quien padece obesidad, así como las complicaciones en la salud, etc. (Warschburger, 2005).

Si bien la insatisfacción corporal es una de las variables con la que más se asocia la obesidad, la mayoría de las investigaciones utiliza muestras principalmente de mujeres adolescentes y adultas. Por lo que a la fecha se conocía poco sobre el desarrollo de los trastornos de la imagen corporal infantil.

La interacción de la obesidad con la insatisfacción corporal que se encontró en la presente investigación es congruente con los resultados informados por otros autores (Allen et al., 2006; Franklin et al., 2006; Pallan et al., 2011; Shin & Shin, 2008). De igual forma, estos datos refuerzan el postulado de que el nivel de insatisfacción corporal aumenta conforme incrementa el índice de masa corporal (Holt & Ricciardelli, 2002).

Por otro lado, la relación de la obesidad con la baja autoestima se ha documentado frecuentemente (Bras, 2005; Franklin et al., 2006; Shin & Shin, 2008). No obstante, en la presente investigación se encontró que los niños con obesidad tienen el mismo nivel de autoestima que los niños con sobrepeso y con peso normal.

Para explicar lo anterior, es importante señalar el papel que tiene la competencia social en el desarrollo de la autoestima infantil. Hernández-Guzmán (1999) advierte que el niño no tendrá problemas de autoestima si demuestra habilidades sociales y recibe retroinformación positiva por parte de su ambiente. La competencia social de los niños, en forma de aceptación social, diferencia a los niños rechazados por sus compañeros como los de autoestima devaluada, y a los aceptados como los de mayor autoestima. Así, se entiende que no tienen baja autoestima los niños que se autoperciben competentes y reciben aceptación dentro de los diferentes contextos en los que se desenvuelven, sin importar su peso corporal.

Además, es pertinente puntualizar que no todas las personas consideran al sobrepeso y a la obesidad como algo perjudicial. Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos (2008) encontraron que algunos padres de familia utilizan la comida como un reforzamiento positivo para sus hijos pequeños y que, a su vez, inducen a los niños a comer más de lo que su cuerpo necesita. Eventualmente aparece la obesidad, que se percibe como resultado de una *buena nutrición*. *De la misma forma*, existen datos que avalan que en ocasiones los padres y madres de niños

que padecen un grado severo de obesidad, no consideran tener un problema de salud en casa debido a que piensan que sus hijos tienen un peso normal (Hirschler et al., 2006; Lara-García, Flores-Peña, Alatorre-Esquivel, Sosa-Briones, & Cerda-Flores, 2008). Adicionalmente, algunos progenitores creen que la obesidad en los niños no es una manifestación de daño a la salud, a diferencia de la obesidad en adolescentes o adultos (Núñez, 2007). Lógicamente, los niños que crecen dentro de estos núcleos familiares reciben aceptación por su obesidad y, por ende, esto no afecta su autoestima.

En último lugar, como parte del primer propósito de la presente investigación se encuentra la asociación entre la obesidad y la depresión. Se ha especulado acerca de la posible asociación entre estas dos variables sin encontrar hallazgos contundentes. Los autores que han propuesto una asociación entre la obesidad y la depresión argumentan que los niños obesos se deprimen como resultado de una disminución de su calidad de vida (Bras, 2005; Rofey et al., 2009). Contrario a la primera hipótesis de investigación, los niños con obesidad no tuvieron más síntomas de depresión que los niños con sobrepeso y con peso normal. Estos resultados fueron congruentes con los de Aguilar et al. (2011), Brewis (2003) y Ceja (2010).

A este respecto, se debe considerar la aportación de Benjet et al. (1999), quienes han argumentado que la depresión es un constructo multidimensional. Es por ello que no puede explicarse únicamente como resultado de un solo factor, como en este caso la obesidad. Siguiendo esta línea de investigación, es importante tomar en cuenta que los niños perciben la obesidad de acuerdo con la influencia de la familia, de sus compañeros de clase, de los medios de comunicación y de las creencias culturales. Si no se afecta estos contextos, los mismos pueden funcionar como factores protectores del componente afectivo del niño (Núñez, 2007).

Una de las razones que puede explicar la inconsistencia de los resultados es que en muchas investigaciones no se utiliza población general. Cabe señalar

que cuando una muestra se obtiene de población clínica puede existir la presencia de ansiedad u otros trastornos en los participantes que causen un sesgo en los resultados, puesto que existe sobrelapso importante entre los síntomas clasificados bajo categorías diversas (Baile & González, 2011). A pesar de la aparente lógica que pudiere suponerse en la asociación obesidad-depresión, los resultados de la presente investigación no la respaldan.

El segundo propósito fue investigar si la insatisfacción corporal fungía como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima. La hipótesis que se formuló postulaba que la insatisfacción corporal sería una variable mediadora entre la obesidad y la autoestima. Los resultados no comprobaron la hipótesis formulada ni replicaron el hallazgo informado por Shin y Shin (2008), pues la insatisfacción corporal no fungió como variable mediadora. De acuerdo con Baron y Kenny (1986), una variable mediadora es aquella que da cuenta de la relación entre la variable independiente y la variable dependiente. A diferencia de una moderadora, que es una condición que facilita la ocurrencia de otra variable.

Cuando se reconoce los diferentes componentes de la autoestima y se estudia este constructo desde una perspectiva dimensional, la afirmación de la relación lineal entre alguna variable independiente y la autoestima debe respaldarse con una metodología rigurosa. Tal y como señala Caso (1999), los modelos de la autoestima deben tomar en cuenta su multidimensionalidad, la percepción de las competencias sobre la autoestima, el papel del entorno social y la historia personal de cada individuo.

Para ejemplificar lo anterior, es conveniente observar el modelo de Susan Harter (1983). Esta autora incluyó a la apariencia física como un factor que, en conjunto con otros factores, coadyuva en la integración de la autoestima global. La insatisfacción corporal es sólo un constructo que forma parte del componente físico del individuo. Es por ello que su presencia no determina la baja autoestima en el niño.

Al respecto, es de suma importancia comprender que a pesar de que la insatisfacción corporal no satisfizo las condiciones que permiten considerarla como mediadora, puede aún interactuar con la baja autoestima.

Finalmente, como último propósito se investigó el efecto de la insatisfacción corporal de los niños con obesidad, sobre la autoestima y la depresión. La hipótesis formulada proponía que existiría menor autoestima y más síntomas de depresión en los niños obesos con insatisfacción corporal, que en los niños obesos sin insatisfacción corporal y los niños con peso normal. Los resultados en niños mexicanos confirmaron tal afirmación y fueron consistentes con los encontrados por Allen et al. (2006) en Australia y por Shin y Shin (2008) en Corea. Estos hallazgos sugieren que la obesidad por sí misma no deteriora el componente afectivo del niño. Sin embargo, una vez que se incluye la variable insatisfacción corporal, la autoestima disminuye y la depresión aumenta.

De acuerdo con Toro (1996) la principal causa de los trastornos alimentarios es la presión que ejerce el sistema social para que las personas tengan un cuerpo esbelto. Los trastornos de la conducta alimentaria son cada vez más comunes y aparecen desde la infancia, pues se cree que los niños aprenden a sobrevalorar la imagen del cuerpo ideal y, si no se aproximan a ésta, desarrollan conductas nocivas con el fin de modificar su complexión (Vázquez et al., 2006). El presente estudio corroboró que la interacción de la obesidad con la insatisfacción corporal representa un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones en la salud mental.

Consideraciones finales

Este estudio es relevante porque es el primero en México que indaga sobre la asociación de la obesidad con los tres constructos psicológicos citados. Además, contrasta una muestra de obesidad con insatisfacción corporal y otra de obesidad sin insatisfacción corporal con un grupo de peso normal.

La imagen corporal es un asunto que preocupa a la mayoría de la población. El concepto de cuerpo ideal ha evolucionado a lo largo del tiempo, siendo acorde a los sucesos históricos de diferentes épocas. Actualmente, la sociedad occidental acepta al cuerpo esbelto como símbolo de belleza y bienestar. Es por ello que se ha argumentado que la obesidad afecta salud psicológica de las personas al no cumplir éstas con el ideal de la delgadez que se promueve (Toro, 1996). Sin embargo, es reciente la línea de investigación de la imagen corporal de los niños, pues gran parte de los estudios se ha enfocado a la población de mujeres adolescentes y adultas. En México, era una asignatura pendiente indagar acerca de la interacción de la obesidad con la salud psicológica de los niños.

En el presente estudio se encontró que la insatisfacción corporal se presenta en los niños con sobrepeso y obesidad. Resultado que es congruente con lo planteado por expertos de diferentes países (Allen et al., 2006; Ricciardelli & McCabe, 2004). Aunque, por otra parte, es un hallazgo relevante la falta de evidencia de menor autoestima y mayor depresión en los niños mexicanos obesos. Así como se ha especulado acerca de relaciones diversas entre variables psicológicas, es del dominio del vulgo la supuesta asociación entre la obesidad y las deficiencias en el componente afectivo del niño. Es fácil descartar esta aparente interacción cuando se considera la importancia de la competencia personal. Este constructo no toma en cuenta únicamente la percepción que el niño tiene sobre sí mismo, sino también la retroinformación que recibe de los contextos en los que forma parte (Hernández-Guzmán, 1999).

Además, la Psicología debe señalar la importancia de la multidimensionalidad de cada constructo. La obesidad es sólo un factor que integra la dimensión física, por lo que no determina necesariamente la baja autoestima ni la depresión en los niños. Siguiendo los argumentos anteriores, se entiende por qué la insatisfacción corporal no fungió como variable mediadora entre la obesidad y la autoestima.

Aún así, el presente estudio constató que la obesidad y la insatisfacción corporal sí mantienen interacción importante con la baja autoestima y la depresión. A la fecha se sabe que los niños desarrollan insatisfacción hacia su cuerpo debido al deseo de tener una complexión musculosa admirada por los demás. Mientras, en las niñas prevalece el culto al cuerpo delgado (Vázquez et al., 2006). Es necesario puntualizar que los problemas psicológicos surgen a lo largo de un continuo en el que se vinculan variables diversas. Los problemas de imagen corporal no se presentan de forma aislada. En una revisión de artículos que abundaban en la insatisfacción corporal infantil (Ricciardelli & McCabe, 2004), se encontró que aquellos niños que presentaban más insatisfacción hacia su cuerpo eran menos populares con sus pares, tenían más conflicto con sus padres y presentaban más síntomas de depresión y baja autoestima. Por lo anterior, es válido afirmar que los daños en el desarrollo afectivo de los niños son moldeados por factores como la autopercepción de las habilidades y la interacción con el medio escolar y familiar.

Los resultados de la presente investigación sugieren que los niños mexicanos con obesidad tienen insatisfacción hacia su propio cuerpo y que la obesidad, por sí misma, no se asocia con la baja autoestima ni con la depresión. Adicionalmente, la insatisfacción corporal no es una variable mediadora entre la obesidad y la autoestima, no obstante, interactúa con ésta última y con la depresión. A la luz de los resultados encontrados, este estudio puntualiza las limitaciones que presentó y lanza algunas recomendaciones para estudios futuros de la misma línea de investigación.

Dentro de las limitaciones se señala que es arbitrario el punto de corte que se utilizó para diferenciar a los niños obesos con insatisfacción corporal. Se decidió tomar como punto de corte una desviación estándar por encima de la media por dos razones. La primera es que el instrumento que se utilizó para medir la insatisfacción corporal (BSQ) no cuenta con puntos de corte. La segunda razón es que no existen estudios en los cuales se adopte un punto de corte para el BSQ

en población infantil mexicana. Estudios futuros habrán de establecer puntos de corte para este instrumento.

De igual manera, se considera una debilidad de este trabajo no haber preguntado a los participantes si asistían a algún tratamiento médico o psicológico que, de acuerdo con Yeste et al. (2008), pudiese reducir o eliminar los síntomas de depresión. Sin embargo, por tratarse de una muestra de población general no se esperaba niveles altos de depresión.

Otra limitación es que los percentiles que se adoptó para clasificar a la muestra en los diferentes grupos de acuerdo con su IMC son los sugeridos por la OMS (2012), y no fueron adaptados previamente a población infantil mexicana. Es necesario que investigaciones posteriores elaboren percentiles que permitan resultados más precisos.

Es importante mencionar que este estudio no pretende que sus conclusiones se consideren válidas para toda la población mexicana. Los participantes provenían únicamente de cuatro de las dieciséis delegaciones del Distrito Federal. Todas las escuelas que se incluyó en el estudio se ubican en zonas de nivel socioeconómico relativamente alto. Se sugiere reafirmar estos resultados con un estudio que incluya participantes de todas las regiones de la ciudad y diferentes niveles socioeconómicos.

También se aconseja realizar investigación longitudinal en población infantil mexicana con el propósito de corroborar el planteamiento de Marcó et al. (2004), y de Pallan et al. (2011). Estos autores argumentan que la insatisfacción corporal que se presenta junto con la obesidad incrementa cuando el niño entra a la adolescencia.

Asimismo, se sugiere que futuras investigaciones incluyan la opinión que tienen los padres acerca de los niños con obesidad. Esta propuesta se lanza debido a que la retroinformación de los padres puede funcionar como un factor protector en el desarrollo de baja autoestima y depresión (Núñez, 2007).

Finalmente, en estudios diversos se ha utilizado muestras provenientes de población clínica. Se debe distinguir estos resultados y evitar generalizarlos en la población general. Es por ello que se recomienda llevar a cabo investigaciones que comparen los dos tipos de población con el propósito de obtener resultados con mayor validez.

Referencias

- Abela, J., Brozina, K., & Haigh, E. (2002). An examination of the response styles theory of depression in third- and seventh-grade children. A short-term longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 515-527.
- Aceves, J. L. (2011). *Insatisfacción de la imagen corporal y autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria de la ciudad de México* (Trabajo inédito para obtener el grado de especialista). Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, México.
- Acosta., M. V., & Gómez., G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 9-21.
- Addeo, R., Grenne, A., & Geisser, M. (1994). Construct validity of the Robson Self-esteem Questionnaire in a college sample. *Educational and Psychological Measurement*, 54(2), 439-446.
- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberg, C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Agudelo, D., Spielberg, C., & Buela-Casal, G. (2007). La depresión: ¿Un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental*, 30(3), 20-28
- Aguilar, G., De Eduardo, H., & Berganza, C. (1996). Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28(2), 341-366.
- Aguilar, H., Pérez, P., Díaz de León, E., & Cobos-Aguilar, H. (2011). Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años. *Pediatría de México*, 13(1), 17-23.
- Aguirre, C., & Vauro, R. (2009). Autoestima y autoeficacia de los chilenos. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 111-116.
- Allen, K., Byrne, S., Blair, E., & Davis, E. (2006). Why do some overweight children experience psychological problems? The role of weight and shape concern. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1, 239-247.

- Alonso-Fernández, F. (2001). *Claves de la depresión*. España: Cooperación Editores.
- Alonso, J., & Román, J. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76-82.
- Alvarado, A., Guzmán, E., & González, M. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 417-428.
- Álvarez, R. (1999). *Obesidad y autoestima*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Álvarez-Estrada, A. (2002). Nuevos trastornos emergentes. Obesidad mórbida, Conceptos y tratamiento médico. En E. García-Camba de la Muela, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 321-346). Barcelona: Masson.
- Amaya, A., Álvarez, G. L., & Mancilla, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89.
- Amaya, A. (2012). *El rol de la autoestima, factores biológicos y socioculturales sobre la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva* (Tesis de doctorado inédita). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Aramburu, M., & Guerra, J. (2001). Autoconcepto: Dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia. *Interpsiquis*, 2, 246-249.
- Aranceta, J., & Pérez, C. (2005). Epidemiología de la obesidad. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez, *La obesidad en el tercer milenio* (pp. 97-114). Madrid: Médica Panamericana.
- Baile, J., & González, M. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(2), 253-261.
- Baile, J., Guillén, F., & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal con adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): Efecto del anonimato, el

sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439-450.

- Bandura, A. (1969). *Principles of behaviour modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Barbany, M. (2005). Concepto y clasificación de la obesidad. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez, *La obesidad en el tercer milenio* (pp. 93-97). Madrid: Médica Panamericana.
- Barber, N. (1995). The evolutionary psychology of physical attractiveness: Sexual selection and human morphology. *Ethology and sociobiology*, 16, 395-424.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A. (1967). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. E.U.: Merck Sharp & Dohme International.
- Béhar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Belló, M., Puentes, E., Medina, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(Suplemento 1), s4-s11.
- Benas, J. S., & Gibb, B. E. (2007). Peer victimization and depressive symptoms: The role of body dissatisfaction and self-esteem. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 107-116.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A., & Chartt-León, R. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peripúberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 175-185.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano. Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*, 46(5), 417-424.
- Bornstein, S. R., Wong, M-L., & Licino, J. (2006). 150 years of Sigmund Freud: what would Freud have said about the obesity epidemic? *Molecular Psychiatry*, 11, 1070-1072.

- Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. Nueva York: Bantam Books.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona, Paidós.
- Bras, J. (2005). Obesidad en la infancia y adolescencia. *Revista Pediátrica de atención primaria*, 7(26), 33-54.
- Bray, G. (1987). Obesity: A disease of nutrient or energy balance? *Nutrition Reviews*, 45, 33-43.
- Bravo, A., Espinosa, T., Mancilla, L., & Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 115-123.
- Brewis, A. (2003). Biocultural aspects of obesity in young mexican schoolchildren. *American Journal of Human Biology*, 15, 446-460.
- Broc, M. (2000). Autoconcepto, autoestima y rendimiento académico en alumnos de 4º de E.S.O. Implicaciones psicopedagógicas en la orientación y tutoría. *Revista de Investigación Educativa*, 18(1), 119-146.
- Brown, T., Chorpita, B., korotitsch, W., & Barlow, D., (1997). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79-89.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Calderón, N. (1989). *Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Calderón, C., Forns, M., & Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647.
- Cáncer, E., Durán, M., Peláez, N., Rubio, J., & Álvarez, J. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez, *La obesidad en el tercer milenio* (pp. 223-234). Madrid: Médica Panamericana.
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues, and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1063-1080.

- Casillas-Estrella, M., Montañó-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí-Gascón, M., & Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17, 243-249.
- Caso, J. (1999). *Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes* (Tesis de maestría inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caso, J., & Hernández-Guzmán, L. (2001). ¿Son contextos medioambientales los que definen las dimensiones de la autoestima en niños y adolescentes? *Revista Mexicana de Psicología*, 18(1), 229-237.
- Caso-Niebla, J., & Hernández-Guzmán, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 487-501.
- Caso, J., Hernández-Guzmán, L., & González-Montesinos, M. (2011). La prueba de autoestima para adolescentes. *Universitas Psychologica*, 10(2), 525-533.
- Ceja, G., Vizcaíno, F., Tapia, V., Cárdenas, J., Baltazar, L., & Montero, S. (2010). Depresión en pacientes de la unidad de medicina familiar 19 con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 29(2), 237-243.
- Chen, Y., Jiang, Y., & Mao, Y. (2009). Association between obesity and depression in Canadians. *Journal of Women's Health*, 18(10), 1687-1692.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson.
- Chinchilla, A. (2005). *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Chinchilla, A., Rodríguez, B., Dolengevich, H., Puente, R., & Pérez, A. (2005). Obesidad y psicopatología. En A. Chinchilla, *Obesidad y Psiquiatría* (pp. 43-54). Barcelona: Masson.
- Chorpita, B. & Barlow, D. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Cooley, C. (1902). *Human nature and the social order*. Nueva York: Charles Scribner's sons.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.

- Cosoveanu, S., & Bulucea, D. (2010). Study on relationship between lifestyle and obesity in kindergarden and primary school children. *Acta Medica Marisiensis*, 56, 322-324.
- Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Agnold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Cuervo, A., & Izzedin, R. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. *Tesis Psicológica*, (2), 35-47.
- De Gracia, M., Marcó, M., & Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-653.
- De la Serna, I. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el varón. En V. E. García-Camba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp.117-124). Barcelona: Masson.
- De Tejada, M. (2010). Evaluación de la autoestima en un grupo de escolares de la gran Caracas. *Liberabit Revista de Psicología*, 16(1), 95-103.
- Del Barrio, V. (1999). Children depression in the last quartes of century. *Revista de Historia de la Psicología*, 20(2), 51-61.
- Del Barrio, V. (2001). Avances en depresión infantil y juvenil. *Información Psicológica*, 75, 3-23.
- Del Barrio, V., Frías, D., & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(4), 471-476.
- Del Barrio, V., Mestre, V., Tur, A., & Samper, P. (2004). La depresión infanto-juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57(1), 5-20.
- Del Barrio, V. (2007). *Cómo evitar que tu hijo se deprima*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Devlin, M. J., & Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of The American Medicinal Association*, 286(17), 2159-2161.
- Doltó, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. México: Paidós.

- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255.
- Duncan, M. J., Al-Nakeeb, Y., Nevill, A. M., & Jones, M. V. (2006). Body dissatisfaction, body fat and physical activity in British children. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 89-95.
- Edmunds, H., & Hill, A. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 435-440.
- Ellis, A. (1980). *Terapia Racional-Emotiva (TRE)*. México: Pax-México.
- Faccini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal de las niñas y adolescentes actuales: ¿De dónde proviene? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(4), 344-349.
- Fajardo, V. (2001). *La autoestima en adolescentes mexicanos: Su relación con la ansiedad, depresión y asertividad* (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fallon, A. E. (1990). Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. En T. F. Cash & Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance and change* (pp. 80-109). New York: Guilford Press.
- Ferreira, J., Gaspar, P., Campos, M., & Senra, C. (2011). Auto-eficácia, competência física e auto-estima em praticantes de basquetebol com e sem deficiência física. *Motricidade*, 7(1), 55-68.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concept about the body. En T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Fisher, S., & Cleveland, S. (1958). Bodies under investigation: A review of body image and personality. *Journal of Personality Assessment*, 72, 164-174.
- Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K., Caterson, I., & Hill, A. (2006). Obesity and risk of low self-esteem: A statewide survey of Australian children. *Pediatrics*, 118(6), 2481-2487.
- Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. En *Obras Completas* (pp.235-256). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Garaigordóbil, M., & Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(141), 37-64.
- García, V., Quintero, F., Correas, J., & Leira, M. (2005). Clínica y diagnóstico de la obesidad. En A. Chinchilla, *Obesidad y Psiquiatría* (pp. 23-28). Barcelona: Masson.
- García F., L., & Garita A., E. (2007). Relación entre la satisfacción con la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses. *Revista de Ciencias del Ejército y la Salud*, 5, 9-18.
- Gardner, R. M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.
- Garner, D. M. (1997). The body image survey. *Psychology Today*, 30, 32-84.
- Gempeler, J. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2), 242-250.
- Gómez, M. (2001). Depresión infantil: Estrategias cognitivas y rendimiento académico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(1), 67-80.
- Gómez-Peresmitré, González, M., Sois, C., Cuevas-Renaud, C., Unikel, C., Saucedo, T., & Rodríguez, R. (2006). Obesidad en población universitaria : Prevalencia y relación con agresión y conductas compensatorias y alimentarias de riesgo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 135-147.
- González, J. (2010). La depresión se contagia, más en tiempos de crisis. *Alêtheia*, 29, 11-34.
- González, B. (2008). *Las actitudes de los hombres y las mujeres con respecto a la imagen corporal y su relación con la insatisfacción corporal* (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Londres: Routledge Taylor y Francis Group.

- Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes en la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425-433.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. En E. Hetherington, *Handbook of child psychology. Socialization, personality, and social development* (pp.443-460). Nueva York: Wiley.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Hartmann, H. (1978). *Ensayos sobre la psicología del yo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hasler, G., Pine, D.S., Kleinbaum, D.G., Gamma, A., Luckenbaugh, D., Ajdacic, V., Eich, ..., & Angst, J. (2005). Depressive symptoms during childhood and adult obesity: The zurich cohort study. *Molecular Psychiatry*, 10, 842-850.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Guzmán, L., & Sánchez-Sosa, J. (1996). Factores de riesgo y protectores que afectan el aprovechamiento escolar. En B. E. Reynaud R. & J. J. Sánchez S. (Comps.), *Psicología y problemática social* (pp. 9-27). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S., González, M., Martínez-Guerrero, J., Aguilar, J., & Gallegos, J. (2010). Versión en español de la escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.
- Herrera, E., Núñez, A., Tobón, S., & Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 59-70.
- Hirschler, V., González, C., Cemente, G., Talgham, S., Petticchio, H., & Jadzinsky, M. (2006). ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso? *Archivo Argentino de Pediatría*, 104(3), 221-226.
- Holt, K., & Ricciardelli, L. A. (2002). Social comparisons and negative affect as indicators of problem eating and muscle preoccupation among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23, 285-304.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). *Regiones socioeconómicas de México* [Sistema de consulta]. Recuperado de <http://sc.inegi.org.mx/niveles/index.jsp>
- Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios pedagógicos*, 28, 193-204.
- Jaffe, S., Moffitt, T., Caspi, A., Fombonne, E., Poulton, R., & Martin, J. (2002). Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 215-222.
- Kobasa, S. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En G. Sanders & J. Sals, *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lamborn, D., Mounts, N., Steinberg, L., & Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- Lara-García, B., Flores-Peña, Y., Alatorre-Esquivel, M., Sosa-Briones, R., & Cerda- Flores, R. (2011). Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. *Salud Pública de México*, 53(3), 258-263.
- Lawrence, D. (1981). The development of a self-esteem questionnaire. *British Journal Educational Psychology*, 51, 245-251.
- Lazo de la Vega-Monroy, M., & Fernández-Mejía, C. (2010). Bases moleculares de la obesidad. En J. Morales, *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 101-124). México: Universidad Nacional Autónoma de Hidalgo.
- Leal, L., Weise, M., & Dood, D. (1995). The relationship between genders, symptoms of bulimia, and for stress. *Addictive Behaviour*, 20, 105-109.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (1998). *Teoría y práctica de la terapia racional-emotivo conductual*. México: Siglo XXI.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioural vulnerabilities associated with risk state for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 138-444.

- León, R. C., Gómez-Peresmitré, G., & Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental, 31*(6), 447-452.
- Mancilla, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Amaya, A., & Álvarez, G. (2012). Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 3*, 62-79.
- Marcinavicius, M. (2006). La clínica de las depresiones en los niños. En S. Rojtenberg, *Depresiones: Bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas, y terapéuticas* (pp. 301-314). Buenos Aires: Polemos.
- Marcó, M., de Gracia, M., Trujano, P., Turro, O., & Olmo, R. (2004). Imagen corporal, autoestima y actitudes alimentarias en preadolescentes. *Psiquiatria.com, 8*(2). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/309/294/>
- McCabe, M., Ricciardelli, L., & Finemore, J. (2001). The role of puberty, media and popularity with peers on strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(3), 145-153.
- Mendoza, A., & Morales, J. (2010). *Propiedades psicométricas de la versión masculina del cuestionario de imagen corporal (BSQ-V)* (Tesis de Licenciatura inédita). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mietus-Snyder, M., & Lustig, R. (2008). Childhood obesity: Adrift in the "Limbic Triangle". *Annual Review of Medicine, 59*, 147-162.
- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R., & Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil. *Salud Mental, 32*(6), 495-502.
- Moreno, B., Monereo, S., Álvarez, J. (2005). *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Médica Panamericana.
- Moreno, M., & Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica, 27*(2), 181-190.

- Moreno-Jiménez, B., Alonso, M., & Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(2), 115-138.
- Morris, C., & Maisto, A. (2005). *Psychology. An introduction, twelfth edition*. E.U.: Prentice Hall.
- Mruk, C. (1998). *Auto-estima. Investigación, teoría y práctica*. España: Descleé de Brower.
- Murphy, J.M., Horton, N.J., Burke, J.D., Monson, R.R., Laird, N.M., Lesage, A., & Sobol, A. M. (2009). Obesity and weight gain in relation to depression: findings from the stirling county study. *International Journal of Obesity*, 33, 335-341.
- Musitu, G. (1982). Autoconcepto: Una revisión de estudios empíricos. *Universitas Tarraconensis*, 2(4), 205-220.
- Naenen, K. (2002). Aspectos psiquiátricos de la obesidad. En E. García-Camba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 347-364). Barcelona: Masson.
- Nielson, D., Horan, J., Keen, B., & St. Peter, C. (1996). An attempt to improve self-esteem by modifying specific irrational beliefs. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10(2), 137-149.
- Nogales, I., Ulloa, R., Rodríguez, H., Palacios, L., Vázquez, J., Munguía, A., ..., & De la Peña, F. (2010). *Guía clínica. Depresión en niños y adolescentes*. Recuperado de http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_guias3.pdf
- Nogueiras, R., López, M., & Diéguez, C. (2005). La obesidad como enfermedad neuroendocrina. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez, *La obesidad en el tercer milenio* (pp. 13-24). Madrid: Médica Panamericana.
- Núñez, H. (2007). Las creencias sobre obesidad en estudiantes de educación general básica. *Educación*, 31(1), 145-164.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., & Sepúlveda, J. (Eds.). (2006). Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Cuernavaca, Mor., México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Oñate, M. (1989). *El autoconcepto, medida e implicaciones de la personalidad*. Madrid: Narcea.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: autor.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. España: Médica-Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Growthreference 5-19 years* [Sistema de consulta]. Recuperado de http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html#
- Ortiz, R., Nava, G., Muñoz, S., & Veras, M. (2010). Epidemiología de la obesidad. En J. Morales, *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 75-100). México: Universidad Nacional Autónoma de Hidalgo.
- Owens, K. (1995). *Raising your child's inner self-esteem: The authoritative guide from infancy through the teen years*. E.U.: Plenum Press.
- Ozmen, D., Ozmen, E., Ergin, D., Cakmakci, A., Sen, N., Erbay, P., & Oryal, E. (2007). The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *Biomedical Central Public Health*, 7, 80. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/80/prepub>
- Pallan, M. J., Hiam, L. C., Duda, J. L., & Adab, P. (2011). Body image, body dissatisfaction and weight status in South Asian children: A cross-sectional study. *Biomedical Central PublicHealth*, 11, 21.
- Peñalver, D., Vega, B., Montoya, T., & Flández, B. (2005). Aspectos clínicos de la obesidad. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez, *La obesidad en el tercer milenio* (pp. 115-127). Madrid: Médica Panamericana.
- Pérez-Gil, S., & Romero, J. (2009). El cuerpo: Entre el dilema del comer y no comer. En F. Peña, *Salud y perspectivas antropológicas* (pp. 205-221). México, D.F.: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Petritz, G. (1998). Construcción y constitución de la representación-cuerpo (en línea). *Educación Física y Ciencia*, 4. Disponible en http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.245/pr.245.pdf

- Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. Barcelona: Martínez Roca.
- Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Pope, A., McHale, S., & Craighead, W. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. E.U.: Allyn and Bacon Eds.
- Portuondo, J. A. (1971). *Test proyectivo de Karen Machover (La figura humana)*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Quirantes, A., López, M., Hernández, E., & Pérez, A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(3), 1-8.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raj, M., & Kumar, R. (2010). Obesity in children and adolescents. *Indian Journal of Medical Research*, 132, 598-607.
- Renman, C., Engström, I., Silfverdal, S-A., & Åman, J. (1999). Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. *Acta Paediatrica*, 88(9), 998-1003.
- Ricciardelli, L., & McCabe, M. (2002). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 325-344.
- Ricciardelli, L., & McCabe, M. (2004). A biopsychosocial model of disorder eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychology Bulletin*, 130, 179-205.
- Rice, F. (1999). *The adolescent. Development, relationship and culture*. New York: Allyn and Bacon.
- Ríos, B., Rangel, A., Álvarez, R., Castillo, F., Ramírez, G., Pantoja, J., Yáñez, B., Arrieta, E., & Ruíz, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147-153.
- Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad. Aprenda a decir NO y gane en autoestima siendo asertivo*. Bogotá: Norma.
- Robins, R., Trzesniewski, K., Tracy, J., Gosling, S., & Potter, J. (2000). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17(3), 423-434.

- Rodríguez, A. (2007). *Ansiedad y depresión en niños de casa hogar* (Tesis de Licenciatura inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, M., Pellicer, G., & Domínguez, M. (1988). *Autoestima, clave del éxito personal*. México: Manual Moderno.
- Rofey, D., Kolko, R., Iosif, A-M., Silk, J., Bost, J., Feng, W., ..., & Dahl, R. (2009). A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Childhood Psychiatry & Human Development*, 40(5), 517-526.
- Romero-Velarde, E., & Vázquez-Garibay, E. (2008). La obesidad en el niño, problema no percibido por los padres. Su relación con enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, 519-527.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Middletown: Wesleyan University Press.
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., & Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196.
- Schilder, P. (1935/1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Segal, H. (1992). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.
- Seijas, D., & Feuchtmann, C. (1997). Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín de Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26, 38-41.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Shin, N. Y., & Shin, M. S. (2008). Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in obese Korean children. *The Journal of Pediatrics*, 152, 502-506.
- Shontz, F. C. (1969). *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. New York: Academic Press.
- Smuts, R. W. (1992). Fat, sex, class, adaptation and cultural change. *Ethology and sociobiology*, 13, 523-542.

- Soares, J., & Mann, J. (1997). The functional neuroanatomy of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 31(4), 393-432.
- Solloa, L. (2001). Los trastornos psicológicos en el niño: Etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México: Trillas.
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H., & Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836-840.
- Straus, R. (2000). Childhood obesity and self esteem. *Pediatrics*, 105(1). Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/105/1/e15.full.html>
- Thompson, J. (2004). *Handbook of eating disorders and obesity*. New York: Wiley.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington: American Psychological Association.
- Tiggemann, M., & Pickering, A. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 199-203.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona, España: Ariel.
- Toro, J., Cervera, M., & Pérez, P. (1989). Body shape publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 132-136.
- Vázquez A., R., López A., X., Álvarez R., G. L., Mancilla D., J. M., & Oliva R., A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11, 185-197.
- Verduzco, M., Lucio, E., & Durán, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, 27(4), 18-25.

Vincent, M., & McCabe, M. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 205-221.

Walker, L., & Hill, A. (2009). Obesity: The role of child mental health services. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(3), 114-120.

Warschburger, P. (2005). The unhappy obese child. *International Journal of Obesity*, 29, 127-129.

Yeste, D., García-Reyna, N., Gussinyer, S., Marhuenda, C., Clemente, M., Albisu, M., Gussinyer, M., & Carrascosa, A. (2008). Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad*, 6(3), 139-152.

<http://www.who.int/es/>

ANEXO 1

BSQ-FEMENINO

Adaptado a población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición, UNAM-FES Iztacala

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual.
3. Al contestar cada pregunta, hazlo lo más verídicamente posible.
4. No hay respuestas "buenas" ni "malas".
5. Especifica tu respuesta encerrando el número o palabra que corresponda a la opción que más se adecúe a lo que piensas o haces.
6. Recuerda que la información que proporcionas será confidencial.

Nombre: _____

Edad: _____

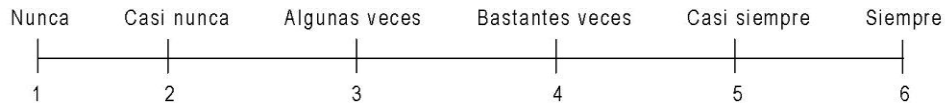
Escolaridad: _____

Fecha: _____

1. Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?



2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta (por ejemplo: comer menos, saltarse alimentos)?



3. ¿Has pensado que tus muslos (parte superior de la pierna), cadera o pompas son demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?



4. ¿Has tenido miedo de engordar?



BSQ-FEMENINO

5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?



6. Sentirte llena (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gorda?



7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?



8. Estar con chicas delgadas ¿te ha hecho fijarte en tu figura?



9. ¿Te ha preocupado que tus muslos (parte superior de la pierna) se ensanchen cuando te sientas?



10. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gorda?

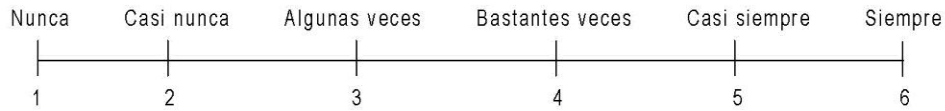


11. Al fijarte en la figura de otras chicas ¿la has comparado con la tuya negativamente?



BSQ-FEMENINO

12. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la T.V., lees o mantienes una conversación)?



13. Estar desnuda (por ejemplo: cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir gorda?



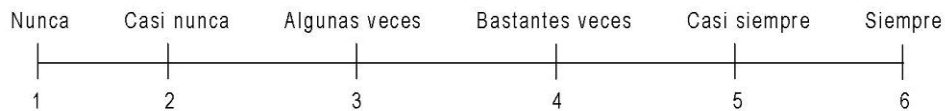
14. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?



15. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?



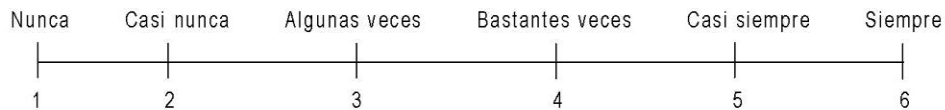
16. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gorda?



17. ¿Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo: una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?



18. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?

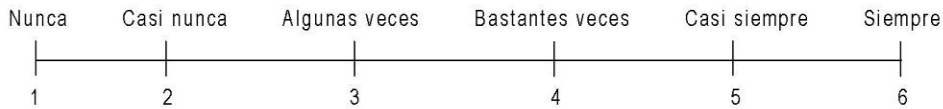


BSQ-FEMENINO

19. ¿Te has sentido acomplejada (sentirse menos que otros) por tu cuerpo?



20. Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta (por ejemplo: comer menos, saltarse alimentos)?



21. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (por ejemplo: por la mañana)?



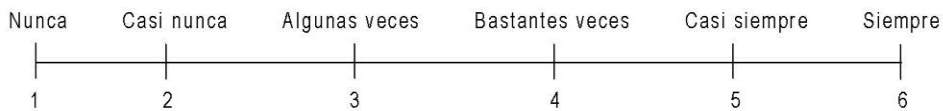
22. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de control (por ejemplo: te alimentas mal, no haces ejercicio)?



23. ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?



24. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?



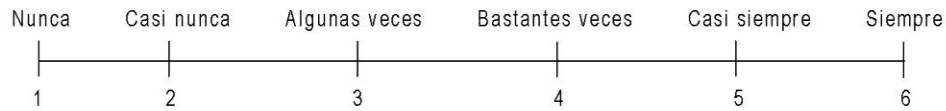
25. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo: sentándote en un sofá o en el autobús)?



Proyecto de Investigación en Nutrición, FES Iztacala. Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala. Tels. 56 23 13 33, ext. 39737 o 39738.

BSQ-FEMENINO

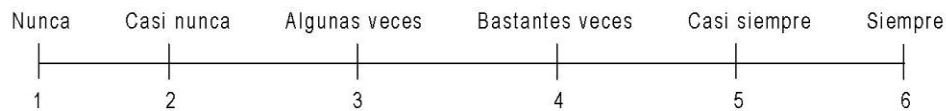
26. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?



27. Verte reflejada en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?



28. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?



29. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo: en vestidores comunes de piscinas o baños)?



30. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?



31. La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?



"GRACIAS"

BSQ-MASCULINO

Adaptado a población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición, UNAM-FES Iztacala

INSTRUCCIONES

- 1.- Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
- 2.- Contesta de manera individual.
- 3.- Al contestar cada pregunta, hazlo lo más verídicamente posible.
- 4.- No hay respuestas "buenas" ni "malas".
- 5.- Especifica tu respuesta encerrando el número o palabra que corresponda a la opción que más se adecúe a lo que piensas o haces.
- 6.- Recuerda que la información que proporcionas será confidencial.

Nombre: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Fecha: _____

1. Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?



2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta (por ejemplo: comer menos, saltarse alimentos)?



3. ¿Has tenido miedo de engordar?



4. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?



BSQ-MASCULINO

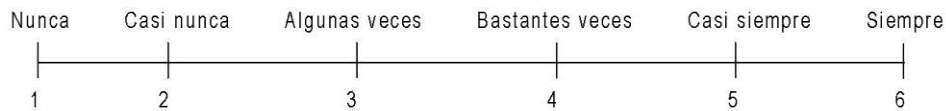
5. Sentirte lleno (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gordo?



6. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?



7. ¿Has modificado tu alimentación para aumentar tu masa muscular?



8. Estar con chicos musculosos y/o deportistas ¿te ha hecho fijarte en tu figura?



9. ¿Te ha preocupado que tu cuerpo no sea lo suficientemente deportista o musculoso?



10. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gordo?

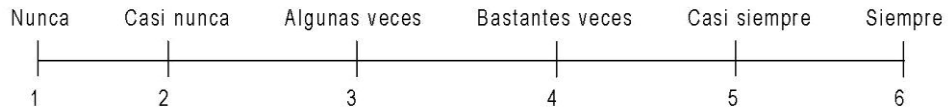


11. Al fijarte en la figura de otros chicos ¿la has comparado con la tuya negativamente?



BSQ-MASCULINO

12. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la T.V., lees o mantienes una conversación)?



13. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?



14. ¿Te has imaginado con un cuerpo deportista o musculoso?



15. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo?



16. ¿Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo: una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?



17. ¿Te has sentido excesivamente gordo o robusto?



18. ¿Te has sentido acomplejado (sentirse menos que otros) por tu cuerpo?



BSQ-MASCULINO

19. Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho hacer ejercicio para aumentar tu musculatura?



20. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (por ejemplo: por la mañana)?



21. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de ejercicio?



22. ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?



23. ¿Has pensado que no es justo que otros chicos sean más musculosos que tú?



24. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo: sentándote en un sofá o en el autobús)?



25. ¿Te ha preocupado que tu abdomen no este lo suficientemente marcado?



BSQ-MASCULINO

26. Verte reflejado en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?



27. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?



28. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo: en vestidores comunes de piscinas o baños)?



29. ¿Has tomado algún producto para aumentar musculatura?



30. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?



31. La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio para adelgazar?



"GRACIAS"

ANEXO 2

¿CÓMO ME SIENTO REALMENTE?

PAN (Pope, McHale & Craighead, 1988)

Tu nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Estas afirmaciones son para ayudarnos a aprender cómo se sienten los niños de tu edad con respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tú conoces tus verdaderos sentimientos. Por ello, es importante que contestes, marcando con una X, la opción que mejor represente la forma como tú te sientes, y no cómo otros piensan que deberías sentir.

	Siempre	Usual_mente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. Me gusta como soy.	()	()	()	()	()
2. Me siento bien cuando estoy con mi familia.	()	()	()	()	()
3. Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela.	()	()	()	()	()
4. Estoy feliz de ser como soy.	()	()	()	()	()
5. Tengo una de las mejores familias de todo el mundo.	()	()	()	()	()
6. Estoy orgulloso(a) de mí.	()	()	()	()	()
7. Soy un(a) buen(a) niño(a).	()	()	()	()	()
8. Me gusta la forma como me veo.	()	()	()	()	()
9. Hago enojar a mis padres.	()	()	()	()	()
10. Si me enojo con un(a) amigo(a) le digo groserías.	()	()	()	()	()
11. Soy muy lento(a) para realizar mi trabajo escolar.	()	()	()	()	()
12. Soy un(a) tonto(a) para realizar los trabajos de la escuela.	()	()	()	()	()
13. Soy malo(a) para muchas cosas.	()	()	()	()	()
14. Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que quiero.	()	()	()	()	()

Adaptado por Laura Hernández-Guzmán, Ph.D.
Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

1

	Siempre	Usual_mente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
15. Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal.	()	()	()	()	()
16. Me gustaría ser otra persona.	()	()	()	()	()
17. Siento ganas de irme de mi casa.	()	()	()	()	()
18. Tengo una mala opinión de mí mismo(a).	()	()	()	()	()
19. Mi familia está decepcionada de mí.	()	()	()	()	()
20. Me siento fracasado(a).	()	()	()	()	()
21. Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente.	()	()	()	()	()



¡MUCHAS GRACIAS POR AYUDARNOS!

ANEXO 3

¿CÓMO ME HE SENTIDO EN LA ÚLTIMA SEMANA?

CES-D (Radloff, 1977)

Tu nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Con este cuestionario nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido únicamente durante la semana pasada. Por favor lee cada afirmación e indica el número de días (0 a 7) durante la semana pasada en que te sentiste así.

	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.	(A)	(B)	(C)	(D)
2. No tenía hambre, o apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)
3. Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos.	(A)	(B)	(C)	(D)
4. Sentía que era tan bueno(a) como los demás.	(A)	(B)	(C)	(D)
5. Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo.	(A)	(B)	(C)	(D)
6. Me sentí deprimido(a).	(A)	(B)	(C)	(D)
7. Sentí que todo lo que hacía era un gran esfuerzo.	(A)	(B)	(C)	(D)
8. Veía el futuro con esperanza.	(A)	(B)	(C)	(D)
9. Pensé que mi vida era un fracaso.	(A)	(B)	(C)	(D)
10. Tenía miedo.	(A)	(B)	(C)	(D)
11. Dormía sin poder descansar.	(A)	(B)	(C)	(D)
12. Estaba feliz.	(A)	(B)	(C)	(D)
13. Platiqué menos de lo normal.	(A)	(B)	(C)	(D)
14. Me sentía solo(a).	(A)	(B)	(C)	(D)
15. Sentí que la gente era poco amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)

Adaptado por Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque y Chartt-León (1999)
 Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, y
 Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

1

	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días
16. Disfruté de la vida.	(A)	(B)	(C)	(D)
17. Lloraba a ratos.	(A)	(B)	(C)	(D)
18. Me sentía triste.	(A)	(B)	(C)	(D)
19. Sentía que no le caía bien a los demás.	(A)	(B)	(C)	(D)
20. Sentía no poder “seguir adelante”.	(A)	(B)	(C)	(D)



¡MUCHAS GRACIAS POR AYUDARNOS!

Adaptado por Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque y Chartt-León (1999)
 Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, y
 Hospital Infantil de México “Federico Gómez”

2