



UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS
PSICOLOGÍA

**Factores psicológicos relacionados con la
obesidad infantil**

Sonsoles Marcilla García-Braga

Tatiana Lacruz

Pablo Fernández Cáncer

Madrid
Mayo, 2023

Índice

1.	Introducción	6-9
	a. Definición y métrica	6-7
	b. Prevalencia	7-9
2.	Marco teórico	10-15
	a. Cultura y sociedad	11
	b. Cuestiones psicológicas	11-12
	c. Obesidad infantil	12-13
	d. Recorrido histórico de la autoestima	13-15
3.	Justificación	16
4.	Objetivos	17
5.	Metodología	18-22
	a. Protocolo y registro	18
	b. Criterios de elegibilidad	18-19
	c. Criterios de inclusión y exclusión	19-20
	d. Fuentes y búsqueda de información	20-21
	e. Selección de estudios	21-22
	f. Diagrama de flujo	22
6.	Resultados	23-39
	a. Tabla con resultados	24-29
	b. Variables sociodemográficas y nivel económico de los participantes	30-31
	c. Variable de género	31-32
	d. Variables de medidas encontradas	32-35

e. Relación entre obesidad infantil y autoestima, asociación de las dos variables	35-36
f. Dirección del efecto de la revisión sistemática	36
g. Calidad metodológica	37-38
h. Limitaciones generales de los estudios	38-39
7. Discusión	40-45
a. Futuras líneas de investigación	45
b. Posible actuación	45
8. Conclusiones	46
9. Referencias	47-54
10. Anexos	55-60

Resumen

La obesidad infantil está muy presente en nuestra sociedad, llegando a ser un problema de Salud Pública. No sólo afecta a la salud física, sino que también al funcionamiento psicológico. Uno de los elementos psicológicos que afectan a las personas con obesidad, es la autoestima. Por un lado, el objetivo principal de esta revisión es determinar la asociación entre la obesidad infantil y los niveles de autoestima en una población de menores, cómo es dicha relación y qué factores pueden intervenir entre estas variables estudiadas. Por otro lado, es importante analizar la calidad metodológica de los artículos obtenidos con el fin de indagar si la evidencia encontrada es fiable. Los resultados obtenidos reflejan la evidencia de que la obesidad incide en la autoestima de las personas, especialmente el incremento de IMC tiene un impacto negativo en la valoración personal en niños, teniendo en cuenta factores socioculturales. En relación con el género, se han encontrado diferencias respecto a la autoestima, el IMC y la prevalencia. Se concluye que esta relación está influida por factores sociales, personales, familiares y sobre todo culturales. Actuar en este problema de salud resulta necesario con la finalidad de proporcionar recursos a los niños y sus familias, para promover un estado adecuado de salud física y psicológica.

Palabras clave: obesidad infantil, salud psicológica, autoestima, menores, cultura.

Abstract

Childhood obesity is very present in our society, becoming a public health problem. It affects not only physical health, but also psychological functioning. One of the psychological elements that affect people with obesity is self-esteem. On the one hand, the main objective of this review is to determine the association between childhood obesity and self-esteem levels in a population of minors, how this relationship is and what factors may intervene between these studied variables. On the other hand, it is important to analyze the methodological quality of the articles obtained in order to investigate whether the evidence found is reliable. The results obtained reflect the evidence that obesity affects people's self-esteem, especially the increase in BMI has a negative impact on personal assessment in children, taking into account socio-cultural factors. In relation to gender, differences have been found with respect to self-esteem, BMI and prevalence. It is concluded that this relationship is influenced by social, personal, family and above all cultural factors. Action on this health problem is necessary in order to provide resources to children and their families, to promote an adequate state of physical and psychological health.

Keywords: childhood obesity, psychological health, self-esteem, minors, culture.

Introducción

La obesidad es considerada una condición médica, que se produce a causa de una acumulación de grasa en el tejido adiposo, y es consecuencia de una falta de estabilización entre los niveles de ingesta y el gasto energético total. Esta acumulación de grasa es excesiva, superando el 20% del peso corporal de un individuo durante un largo período de tiempo. Así mismo, todo esto depende de la edad, de la altura y del sexo de la persona (Reilly & Wilson, 2007)

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), el peso se determina de manera cuantitativa a través del índice de masa corporal (IMC), con el objetivo de valorar la cantidad de grasa corporal y, es el resultado de la división entre la estatura y el peso de la persona. Con el objetivo de establecer los valores y límites que son considerados específicos para la obesidad, se debe de tener en cuenta los estándares propuestos por la Internacional Obesity Task Force (IOTF). Con el propósito de formular los diferentes puntos de corte de IMC para cada edad, se han utilizado las curvas de percentiles del IMC. Por lo que las tasas de dicho índice van cambiando según en que etapa de vida se encuentre el niño o el adolescente, y conforme al sexo (Martínez et al 2006).

En estas curvas de percentiles del IMC se proyectan los valores de crecimiento de este índice, conforme edad y sexo, en niños y adolescentes de 2 a 20 años. Estos gráficos son utilizados con el objetivo de determinar factibles riesgos nutricionales en los infantes (Martínez et al 2006).

Estadísticamente hablando, cuando el valor del IMC de un niño se encuentra en el percentil 75, significa que el 75% de los niños de la población de base, para su edad y sexo, permanecerían por debajo de dicha tasa (Martínez et al 2006).

En el caso de que el índice traspase por encima el percentil 98, evidencia que la persona tiene un exceso de grasa corporal, llegando a padecer de obesidad. Si se encuentra entre los valores de 85 y 95, sugiere que se encuentra en los niveles de sobrepeso. Por otro lado, si el niño se encuentra en el percentil 5, supone que tendría un peso muy bajo (Martínez et al 2006).

Por lo que, si el índice de masa corporal se encuentra entre los percentiles 85 y 5 se considera que el niño o el adolescente se encuentran en valores normativos de peso para su sexo y edad (Martínez et al 2006).

Por otra parte, la fundación Orbegozo, que desarrolla su actividad en base a la investigación científica acerca del crecimiento y desarrollo infantil, calcula que el IMC para los niños que se encuentran en el nivel de sobrepeso está entre el percentil 85 y el 97 y que, por encima del último dato, se considera obesidad (Alonso et al, 2014).

Prevalencia

Es importante estudiar la obesidad debido a que en los últimos años se han incrementado los niveles, tanto en la población adulta como infantil (Durán et al., 2013). Se considera que es el problema primordial de malnutrición en los países desarrollados y en proceso de desarrollo (Dietz, 2006), por lo que la OMS, atestigua que la obesidad se ha convertido en una epidemia en todo el mundo, ya que afecta a mucha población de los países de los cinco continentes. Por lo que se considera que se ha fomentado hasta llegar al límite de transformarse en un problema de Salud Pública. (Germann et al., 2006)

Una estimación adecuada acerca de la prevalencia de la enfermedad se obtiene a través de la información que nos aporta la OCDE, Organización para la cooperación y el Desarrollo Económico.

Según la OCDE, cada vez existe un mayor número de personas que padecen de sobrepeso, por lo que se relaciona con el incremento de abandono de empleos, y esto provoca que disminuya el rendimiento laboral. Por lo que este aumento de personas con obesidad se relaciona con un deterioro de salud y bienestar, aminorando la productividad a nivel escolar de los niños y reduciendo la calidad de vida.

De los países que pertenecen a la organización, en 34 de ellos, más de la población tiene sobrepeso y las tasas de media en adultos crecieron en 2010 hasta el 21% y hasta el 24% en 2016, por lo que actualmente, habrá alrededor de 50 millones de personas que tienen obesidad. Para hacer frente a esto es necesario intervenir en los estilos de vida sedentarios y en el aumento del consumo de calorías.

Frente a esto, todos los países que forman la OCDE cuentan con un plan de acción para reducir la enfermedad, y la mayoría de estas regiones también tienen en cuenta la obesidad infantil, promoviendo una nutrición adecuada y saludable, junto a unos estilos de vida menos sedentarios y más activos. A pesar de este propósito de mejorar la salud pública, la obesidad sigue siendo uno de sus mayores problemas (Cecchini & Vuik, 2019).

Asimismo, padecer de obesidad y sobrepeso en la niñez y en la adolescencia, fomenta la posibilidad de que en la edad adulta siga teniendo este problema. Y la existencia de sufrir enfermedades crónicas aumenta notablemente debido al sobrepeso (Davis et al, 2003; KovalskysI et al.,2005; Pisabarro et al., 2002).

Haciendo referencia al sexo, los hombres y las mujeres se encuentran en una situación en la que suelen tener las mismas posibilidades de padecer obesidad, no obstante, estudios afirman que los hombres tienen más probabilidades de tener sobrepeso (Davis et al, 2003; KovalskysI et al.,2005; Pisabarro et al., 2002).

Teniendo en cuenta otras organizaciones y más estudios acerca de la prevalencia, “el estudio ALADINO de Alimentación, Actividad física, Desarrollo infantil y Obesidad” informa sobre la incidencia de esta enfermedad en la región española (Ministerio de Consumo, 2019).

En la primera publicación de ALADINO en 2011, informa que hubo una incidencia del 26,2% de sobrepeso y del 18,3% de obesidad en menores de 6 a 9 años. Después de un par de años, en 2013, la observación manifestó un equilibrio con una tendencia a la disminución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Posteriormente, en 2015, el análisis evidenció como la prevalencia de sobrepeso disminuía al 23,2%, a su vez que la obesidad era una constante, 18,1%.

Al terminar el estudio ALADINO, en 2019, se evaluó un desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil en España en los últimos 4 años. Este análisis muestra que la incidencia de sobrepeso es del 23,3% y la de obesidad del 17,3% en los menores españoles de 6 a 9 años. Dentro de la obesidad, un 4,2% de la muestra infantil estudiada tiene obesidad severa y a su vez, analizado por sexo, la proporción de niñas con sobrepeso es significativamente mayor que la proporción de niños.

Marco teórico

Existe disputa en el momento de conceptualizar el término de obesidad, ya que desde hace mucho tiempo atrás se considera la probabilidad de que sea una enfermedad. Desde este término de enfermedad, se entiende que la obesidad es un problema multifactorial (genética, celular, metabólica, hormonal, psicológica, cultural, social...), y por esto es necesario considerarlo desde un punto de vista psicológico (Villaseñor et al, 2006). No obstante, los profesionales de la medicina y de la investigación, no consiguen ponerse de acuerdo para definir adecuadamente el concepto de obesidad como padecimiento.

No es sólo una condición fisiológica, también es un problema de salud dentro del ámbito de la psicología. Aún existe mucho debate sobre el impacto psíquico por las modificaciones de las investigaciones realizadas conforme a la reducida cantidad de muestras y a la edad de los niños. La obesidad es fácil de reconocer, pero es muy difícil de definir por el dicho debate que existe en la psicología. Y debido a la presencia de diversas teorías explicativas que describen su eventual origen y su posible intervención (Dugatkin, 2000).

Respecto a esto, Sorosky (2001) argumenta que: esto nos puede llevar a una inevitable controversia, ya que supone enfrentar y asumir el hecho de que no existe una definición única sino múltiples definiciones, que a su vez responden a la existencia de muy diversas teorías etiológicas de la obesidad, como son la teoría energética, neuroquímica, la genética, la celular, endocrina y finalmente las psicológicas, queda claro entonces que, cuando intentamos definir esta enfermedad no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica.

Cultura y sociedad

Esta condición médica se estima como una infracción dentro de la sociedad, y por esto surge el problema social de la obesidad, ya que se puede entender como una falta en el control de la estabilización de la comunidad, o como un desorden genético o psicológico, que incluye exceso de alimentación e incluso alcanzar un nivel en el que se tiene adicción por la comida (Cecchini & Vuik, 2019).

En este aumento de peso, influyen muchos factores, teniendo en cuenta la tendencia genética y la influencia del entorno. En el ambiente destaca la sociedad, en la que, en los últimos años, ha incitado a que las personas llevemos un estilo de vida en el que el esfuerzo no tiene cabida, sin apenas movimiento, con una disminución abrupta de los niveles de actividad física.

Cuestiones psicológicas

Pese a la existencia del debate acerca de la descripción de la patología, es muy probable que los cambios en la personalidad y las enfermedades psiquiátricas estén presentes en las personas con un peso poco saludable. Esto se debe a que la obesidad y el sobrepeso pueden ser la causa o la consecuencia de un desajuste emocional, social o psicológico; por lo que amenaza al funcionamiento social y emocional, al bienestar y a las capacidades comunicacionales que posea una persona por la estigmatización de la sociedad (Velásquez & Alvarenga, 2001).

La ingesta excesiva y la imposibilidad de dominar la cantidad de comida que se ingiere es lo que lleva al sobrepeso y al sufrimiento de los niños, ya que en muchos ámbitos

se les humilla y ofende de tal manera que, da lugar a problemas psicológicos y de la conducta (Zametkin et al., 2004).

No podemos dejar a un lado los efectos negativos y psicopatológicos que conllevan el ejercicio de unas dietas estrictas y que se orienten a ciclos consecutivos de pérdida y recuperación de peso. A causa de esto, los tratamientos específicos de la obesidad deberían de fundamentarse en proporcionar al paciente competencias que les faciliten reconocer y dirigir su conducta, con el fin de aumentar las técnicas de control y facilitar una alimentación más adecuada. No obstante, la terapia psicológica debe de centrarse en la prevención secundaria de la recuperación de peso dirigido a los adultos, y a la prevención primaria en el caso de los menores (Saldaña, 2003).

No obstante, existen teorías que afirman que la ingesta, específicamente masticar y triturar con los dientes supone una disminución de la ansiedad, lo cual es una técnica a la que recurren los pacientes, porque es una forma rápida de reducir su nerviosismo (Silvestre & Stavile, 2005).

Obesidad infantil

La obesidad es la condición médica con más probabilidad de aparición en niños y adolescentes. No obstante, la obesidad en menores es más difícil de identificar ya que se encuentran en la etapa de crecimiento principal en la que las proporciones de grasa aumentan, y se clarifican el peso y la talla del niño (Majem & Bartrina, 2004).

La función que ejerce la familia es muy importante en el origen de los trastornos alimentarios, y en concreto, la obesidad puede tener su fundamento en un ámbito disfuncional familiar, donde la persona que tiene esta condición desempeña el papel de amortiguador de

los enfrentamientos entre los demás miembros de la familia. Esto quiere decir, que la obesidad de los niños corresponde con un elevado conflicto familiar, que se relaciona con la salud mental de las personas que les rodean (López & Mancilla, 2000). Por ello, es imprescindible que la familia se involucre en el tratamiento de la obesidad (Zametkin Ja et al, 2004; Agras Ws et al, 2004; Golan & Crow, 2004).

De igual modo, la niñez es una etapa (6-12 años) decisiva para impulsar y fomentar la creación de tipos de vida adecuados para el desarrollo (Chevallier, 1997).

Esta etapa constituye el período principal de educación nutricional. Es importante señalar que tener una apropiada alimentación a esta edad, es indispensable para obtener un buen crecimiento, y supone ser la inicial medicina protectora (Miralpeix, 2009).

Recorrido histórico de la autoestima

El concepto de autoestima es considerado muy confuso y difícil de determinar en la psicología, ya que se utilizan muchos términos para referirnos a esto, como autoconcepto, autoimagen, autoeficacia, que tienen un fin en común, dar una valoración que tiene uno de sí mismo, ya sea negativo o positivo.

Actualmente, no hay una definición exacta de lo que es la autoestima, por lo que cada autor lo explica bajo su criterio. Musitu y otros (1996) lo definen como “el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que a sí mismo se atribuyen”. Por otro lado, Smelser (1989) afirma que “disponemos de una percepción bastante firme de lo que significa el término autoestima, tal y como se revela mediante nuestra propia introspección y la observación de la conducta ajena. Pero cuesta mucho expresar tal comprensión en términos precisos”.

Desde otro punto de vista, algunos autores expresan que dicho término se podría comprender como una competencia o elemento de la identidad de la persona (Wells y Marwell 1976).

Todas las descripciones y explicaciones acerca del concepto de autoestima convergen en un mismo punto, y es que la autoestima en su origen está totalmente relacionada con un componente social. Esto interpreta que dicho elemento de la personalidad no es innato, sino que se aprende a partir de las relaciones sociales con aquellas personas que más cerca podemos tener, como aquellos que pertenecen a un entorno familiar, o los amigos durante en la infancia y adolescencia. Es un procedimiento que siempre estará en contacto cuando nos comuniquemos con los demás, y nuestro comportamiento puede ser entendido como positivo o negativo. Esto quiere decir, que nadie ha nacido con alta o baja autoestima. El factor social es imprescindible a la hora de definir la autoestima (Ortega Ruiz et al, 2000).

Por lo tanto, la autoestima se especifica como el conjunto de estimaciones afectivas de la persona sobre sí misma. El comportamiento de las personas que nos rodean y sus reacciones frente a nuestra conducta, nos ofrece una guía sobre nuestras emociones, sentimientos y evaluación sobre nosotros mismos (Ortega Ruiz et al, 2000). Con lo que se afirma que la autoestima es prescindible del entorno social y no es permanente, es variable y necesita del medio exterior (Avia, 1995).

Según otras investigaciones más recientes, el concepto de autoestima hace referencia la sensación de afecto y aprobación sobre nosotros mismos, y que están íntimamente ligados con el sentimiento de capacidad, mérito y valía hacia uno mismo. Esto no lo obtenemos de nuestros antecesores, sino que es algo aprendido, a través de las relaciones que forjamos con

los demás y la valoración que hacemos de nuestra conducta junto con el criterio de los de nuestro alrededor (López et al, 2001).

Así mismo, la autoestima manifiesta y evidencia la competencia para afrontar y hacer frente a aquellas dificultades que se presentan. El autoconcepto de uno mismo es intentar progresar en la vida y tener la habilidad de ser capaz de vivir con más seguridad, positividad, por lo que hace referencia a desarrollar la capacidad de ser felices (López et al, 2001).

El desarrollo evolutivo de las personas está influenciado, desde la infancia, en gran medida, por la autoestima. Los sentimientos propios del autoconcepto tienen su origen en la validez que tenemos sobre nosotros mismos desde etapas muy tempranas, y que cabe la posibilidad de que en ciertas situaciones juzguemos y tengamos sensaciones desagradables hacia nuestra persona (Roa García 2013).

Por otro lado, la singularidad hace referencia a aquellas actitudes y características que le identifican como una persona distinta a los demás. Así mismo, el poder se describe como la capacidad de cambiar ciertas situaciones de su vida. Por último, las pautas de guía hacen alusión a las aptitudes que el niño selecciona para constituir su identidad (Roa García 2013).

Por lo tanto, la autoestima se desarrolla a lo largo de la vida, ya sea mediante la adaptación a diferentes entornos o por situaciones que se perciben de diferentes maneras.

Justificación

Esta revisión sistemática tiene el propósito de revisar, analizar y sintetizar la información, sobre el tema, que ha sido publicada, específicamente las investigaciones, ya que es una cuestión que se encuentra a la orden del día en la sociedad, y en nuestra cultura.

La obesidad afecta a la vida de las personas, y tiende a presentarse desde la infancia y adolescencia hasta persistir durante la edad adulta. Por esto es muy probable que la obesidad afecte al bienestar de las personas, ya que conlleva muchos problemas fisiológicos y psicológicos en la actualidad. Estos componentes psicológicos pueden no ser consecuencia de la obesidad, sino del factor sociocultural que presiona a la sociedad.

Se producen muchos problemas psíquicos, algunos destacables son la baja autoestima y estado de ánimo negativo, que ya de por sí solas las personas que padecen de este trastorno ya tienen, pero a esto se le suma el comportamiento del contexto y el ambiente que les rodea.

Por otro lado, en nuestro país han aumentado las cifras de las personas con obesidad infantil, y causan mucha preocupación. Por ello es necesario seguir investigando y estudiando dicho tema con el propósito de realizar mejoras en las intervenciones y promover la salud en la población.

Objetivos

Realizar una revisión sistemática con el fin de analizar, evaluar y sintetizar aquellos artículos de investigación científica que traten la obesidad infantil asociado a factores psicológicos, autoestima y autoimagen, en población infanto-juvenil.

Pregunta PICO: Los pacientes que se incluyen en los artículos que comprenden la revisión serán de población infanto-juvenil (entre los 6 y 16 años), con obesidad. A continuación, se analiza la relación que se puede dar entre la obesidad y la autoestima en dichos pacientes. Por último, los estudios revisados serán investigaciones observacionales y experimentales.

- Objetivos específicos
- 1. Evaluar la calidad y el nivel de evidencia de cada artículo seleccionado con la muestra de participantes adecuada y las variables estudiadas.
- 2. Comparar los estudios encontrados, con el fin de obtener evidencia más adecuada sobre el tema.
- 3. Analizar la existencia de la asociación entre la obesidad infantil y la autoestima, e identificar el tipo de relación que guardan en la población seleccionada.
- 4. Examinar la correspondencia que se encuentra entre la obesidad infantil y la autoimagen, y determinar los factores que explican dicha relación en las personas investigadas.
- 5. Observar las consecuencias de la sociedad en menores con obesidad con una autoestima y autoimagen afectada.

Metodología

Protocolo y registro

Esta revisión sistemática se ha realizado a partir de los principios de la declaración PRISMA con el objetivo de asegurar una calidad adecuada de la información revisada y analizada de aquellos artículos que se han utilizado para dicho trabajo científico (Mother et al,1999).

En este documento, la declaración PRISMA, se incluye una serie de elementos considerados imprescindibles de cumplir en el momento de desarrollar un trabajo de este tipo (Mother et al,1999). A partir de esto, se elabora un diagrama de flujo en el que se informa y esquematiza de las distintas etapas de la búsqueda de información, y más adelante de los resultados obtenidos en dicha búsqueda bibliográfica del tema de interés, en este caso de la obesidad infantil y la autoestima de estos pacientes. Por lo que, se pondrá de manifiesto todo aquello que se investigará y que es considerado relevante para esta revisión (Urrutia & Bonfill, 2010).

Criterios de elegibilidad

Se elaborarán ciertos criterios de elegibilidad antes de empezar con la búsqueda de los artículos. Dichos criterios se encuentran conectados con las propiedades y particularidades que deben de cumplir aquellos artículos con objetivo de estudio, seleccionados a través de la pregunta PICO.

Tabla 1

Resumen de la estrategia PICOS

P: Problema o pacientes de interés	Pacientes con obesidad, que se encuentren entre los 6 y 16 años de rango. Población infantil (niños y adolescentes)
I: Intervención	Analizar la relación que existe o no entre la obesidad y la autoestima de los pacientes
C: Comparación	
O: Medidas	Los pacientes deben de tener obesidad y analizar su autopercepción
S: Diseños de estudio	Estudios observacionales y estudios experimentales

Criterios de inclusión y exclusión

Se desarrollará la búsqueda científica de los artículos a partir de unos criterios de exclusión y de inclusión determinados.

Criterios de inclusión:

1. Los tipos de artículos que se buscarán son estudios tanto observacionales como experimentales.
2. La edad de los pacientes tendrá que ser de entre los 6 hasta los 16 años, es decir, pacientes infantiles y adolescentes.
3. Pacientes que, a través de criterios establecidos tras la realización de cuestionarios y entrevistas, se le diagnostique de obesidad o sobrepeso.
4. Los idiomas en el que se desarrolla la búsqueda serán el inglés y el español

5. Artículos que traten de explicar la relación entre la autoestima y los pacientes con sobrepeso y obesidad.
6. Se establece la búsqueda de los artículos entre los años 2012 y 2023.
7. La búsqueda que se realiza en cada base de datos, se señalará aquellos artículos a los que se pueda acceder al texto completo y publicaciones académicas.

Criterios de exclusión:

1. No se realizarán búsqueda de pacientes mayores de edad, en concreto, mayores de los 16 años.
2. No se tendrán en cuenta aquellos artículos que no traten de la autoestima en la infancia.
3. No se admitirán estudios en los que las personas objeto de estudio padezcan de cualquier otra condición clínica que no sea obesidad.
4. No se podrá desarrollar la búsqueda en otros idiomas que no sean el español y el inglés
5. Los artículos que se encuentren fuera del rango de años de entre 2012 y 2023, no se tendrán en cuenta.

Fuentes y búsqueda de información

Para la realización de la búsqueda y localización de los artículos requeridos, se emplearon determinadas fuentes de información. Se elaboró una búsqueda bibliográfica a partir de las siguientes bases de datos: “PubMed”, “MEDLINE”, “Psychology and Behavioral Sciences Collection”, “PsycInfo” y “Biblioteca Cochrane”. Se consideraron los artículos publicados que se encuentran comprendidos entre los años 2012 y 2023.

En dichas fuentes bibliográficas se utilizaron las siguientes palabras clave: “Childhood obesity”, “Pediatric obesity”, “Obesity”, "Childhood Development", “Self-concept”, “Self-efficacy” y “Self esteem”. Estos son los resultados de buscar la correspondencia de los términos del lenguaje libre en el lenguaje documental en las anteriores bases de datos.

Entre estos conceptos se emplean unos términos determinados en inglés, los llamados operadores booleanos “OR” y “AND”, con el objetivo de realizar la búsqueda.

Selección de estudios

Después de lanzar las ecuaciones de búsqueda, con los conceptos en lenguaje documental y los operadores correspondientes. En cada base de datos se utilizan diferentes ecuaciones, ya que el lenguaje documental es diferente en cada búsqueda.

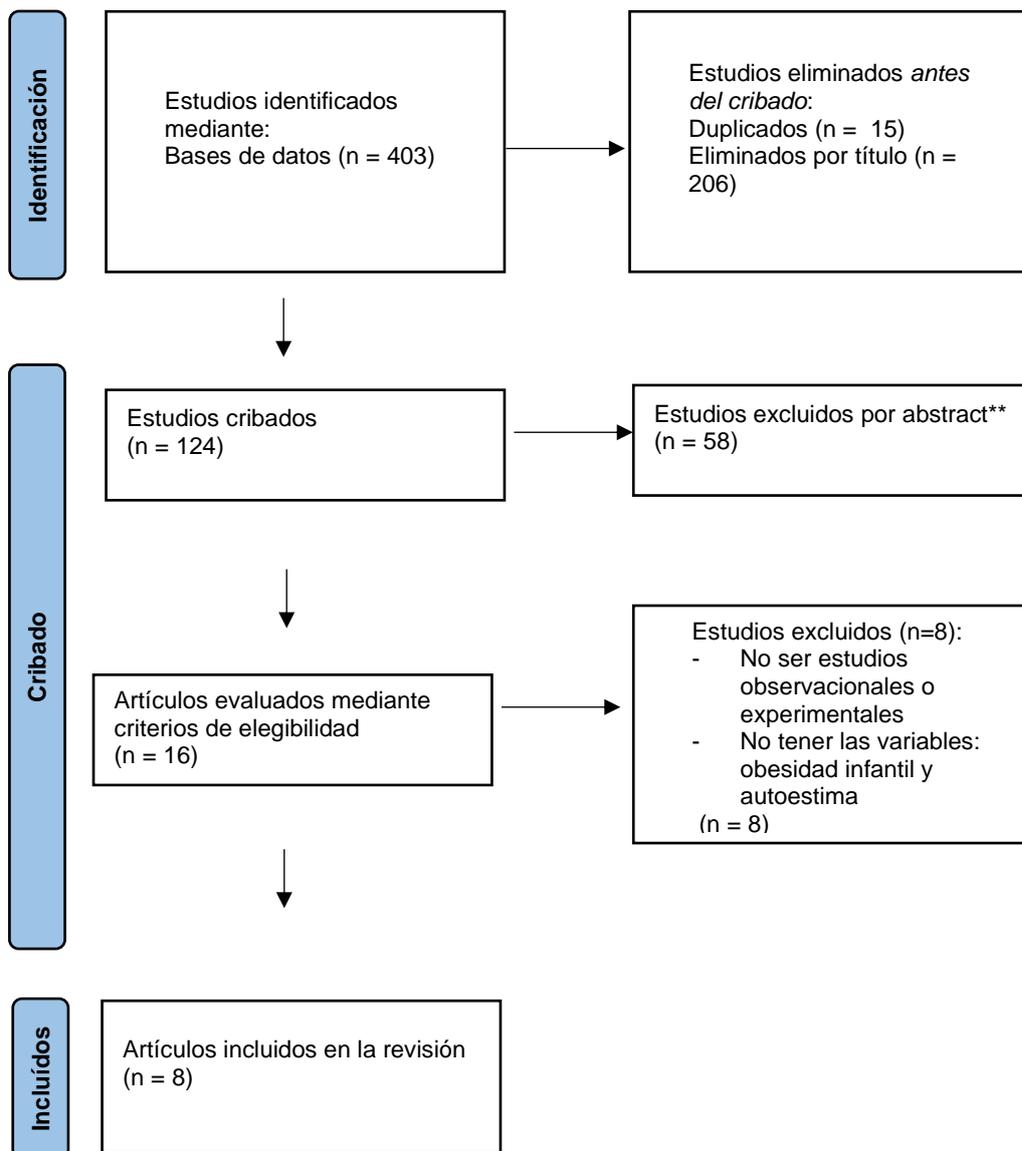
Este apartado se encuentra explicado a través de unas tablas en anexos.

Posteriormente se adaptan los distintos criterios de exclusión e inclusión que se aclararon en el anterior apartado. Tras esto, se adapta el criterio de eliminar los artículos que no estuvieran en los idiomas escogidos, el inglés y el español, a través de un filtro automático que tienen dichas bases de datos. Junto con este criterio, se fijaba también el criterio de tener a nuestro alcance aquellos artículos que facilitaran el texto completo.

Tras esto, se realiza la primera búsqueda a través de dicha criba empleada, obteniendo un número asequible de artículos, con objetivo de que a continuación se filtre los estudios que obtenemos por el título y el abstract (resumen) de cada uno de ellos.

Después de excluir todos aquellos artículos que no cumplían los criterios establecidos, se inicia una exploración y comprobación de los estudios adquiridos, en los que se aplicaban aquellos criterios de inclusión y exclusión seleccionados anteriormente, junto con los elementos establecidos en la pregunta PICO.

Figura 1: *Diagrama de Flujo de la Búsqueda*



Resultados

Mediante la búsqueda en las diferentes bases de datos ya nombradas anteriormente, se encuentran 403 estudios. De esta búsqueda se eliminaron los duplicados, que fueron 15, y posteriormente se descartaron aquellos artículos que, por el título, no eran apropiados ya que no trataban el tema de interés de esta revisión. Tras este paso, se excluyeron aquellos que el abstract (resumen) no cumplían los objetivos establecidos.

Por último, se analizan los artículos que fueron seleccionados (16) a través de los criterios de elegibilidad establecidos en el apartado de la metodología, y finalmente se descartaron 5 artículos de estos por no cumplir con las variables objeto de interés y por no ser un tipo de estudio apropiado para la revisión (figura 1).

En la tabla 3 se exponen todos los artículos incluidos en la revisión con sus características de interés con el fin de dar una visión general.

Tabla 3

Artículos incluidos

Estudios	Variables metodológicas, y de medida	Objetivo	Instrumentos para evaluar la autoestima	Conclusiones
Sánchez - Rojas et al, 2021, México	Estudio cuantitativo observacional descriptivo. Autoestima y obesidad infantil. N = 295 Edad: 8-14 años	Especificar la relación entre autoimagen, autoestima y depresión en muestra infantil, con 2 grupos, uno con pacientes con obesidad y otro con peso normal.	Escala de autoestima de Rosenberg	El grupo con IMC más alto, tenían una insatisfacción corporal del 67,2% y el grupo con IMC más bajo tenían una insatisfacción corporal del 35,2%. Al analizar la autoestima, se obtuvo que el 20% de los participantes tenían baja autoestima, y esto no es consistente con la correlación

				negativa entre el IMC y autoestima reportada por otros grupos estudiados.
Gong et al, 2021, Hong Kong	Estudio cuantitativo observacional descriptivo. Peso y autoestima. N = 48.558 Edad: 6-12 años	Se centra en el cambio del estado de peso a lo largo del tiempo y cómo este cambio puede afectar a la autoestima. El objetivo es determinar las trayectorias de sobrepeso y obesidad y evaluar la asociación con los diferentes elementos de la autoestima en población de menores.	Culture-Free Self-Esteem Inventories (CFSEI-2)	El grupo de sobrepeso y obesidad de inicio tardío o crónico obtuvieron más probabilidad de baja autoestima, que el grupo de sobrepeso de inicio temprano. Hubo pérdida de sujetos, del total se quedaron 40.842 y se excluyeron 7.716 por bajo peso.

Williams et al, 2012, EE. UU.	Estudio cuantitativo observacional ex postfacto. IMC y autoestima. N = 218 Edad: 5-7 años	Explicar si puede existir correspondencia entre el índice de masa corporal (IMC) y la autoestima en edad infantil con sobrepeso y obesidad, y observar si pueden aparecer dificultades en la relación con los compañeros del colegio.	Escala Revisada de Estima Corporal (Mendelson & White 1985)	Los resultados indicaron que los niños con mayor peso expresaron tener una autoestima más baja que los niños con peso adecuado.
Coelho et al, 2013, Portugal	Estudio cuantitativo observacional ex postfacto. Autoimagen e IMC. N = 4.211	Examinar la relación entre la forma corporal percibida de uno mismo, la autoestima y el índice de	Escala de tasa corporal de Stunkard modificada desarrollada por Collins (1991) para niños	Cuando el IMC era mayor, la figura más seleccionada era la 5, que se correspondía a la figura de obesidad. Por lo que esta autopercepción mostraba

	Edad: 7-10 años	masa corporal (IMC) en niños		bajos niveles de autoestima en estos participantes.
Frayón et al, 2020, Australia	Estudio cuantitativo observacional descriptivo. Satisfacción corporal y cambios de peso. N = 656 Edad: 11-14 años	El aumento de la prevalencia de la obesidad es alarmante, por lo que se quiere evaluar la insatisfacción corporal y la autoestima en relación con los niveles de obesidad en niños	Escala de calificación de la figura de Stunkard (SFRS)	En la categoría de sobrepeso y obesidad las puntuaciones obtenidas por los sujetos mostraban mayor insatisfacción y menor autoestima que las categorías de bajo peso y sano.
Delgado-Floody et al, 2018, Chile	Estudio cuantitativo experimental. Satisfacción corporal y cambios de peso.	Determinar la correlación entre autoestima y la obesidad en diferentes grupos con distintas	TAE-Student Self-Esteem	Las diferencias de autoestima entre los grupos se realizaron a través de un ANOVA, y se obtuvieron valores de

	N = 235	puntuaciones de IMC;		autoestima menores en los
	Edad: 6-16 años	junto con la percepción		grupos de sobrepeso y
		que tienen los niños con		obesidad.
		obesidad respecto a su		
		comportamiento en el		
		ámbito escolar.		
Witherspoon et al, 2012, EE. UU.	Estudio cuantitativo observacional descriptivo. Peso y autoestima. N = 311 Edad: 11-13 años	Averiguar si los factores psicosociales afectan a los cambios del peso corporal en una muestra de adolescentes, utilizando herramientas de autoestima, actitudes alimentarias y depresión,	Escala de autoestima de Rosenberg	Se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos de peso saludable y de obesidad en los dominios psicosociales, entre ellas, la autoestima puntuó más bajo en el grupo de obesidad.

		junto con el análisis del IMC en esta población.		
Lee py et al, 2012, Malasia	Estudio cuantitativo observacional descriptivo. Obesidad y autoestima. N = 677 Edad: 10-14 años	Definir la concordancia entre la obesidad infantil, la autoestima y la calidad de vida de una parte de la población de Malasia	Cuestionario de autoestima de Lawrence (LAWSEQ)	El 32,8% de ellos tenían sobrepeso y obesidad, y estos mostraban unos niveles de autoestima parecidos a los del grupo considerados de peso saludable.

Los datos extraídos de los artículos se sintetizan de forma narrativa a continuación, desarrollando una síntesis mediante la exploración de semejanzas, y comparación de diferencias respecto a las variables metodológicas y las relaciones estudiadas de aquellas variables relevantes para esta revisión.

Variables sociodemográficas y nivel económico de los participantes

La edad de los participantes cambiaba en cada estudio, teniendo en común que era una muestra infantil, menores de 16 años (tabla 3) y con la condición estudiada en esta revisión (obesidad). La cantidad de integrantes variaba según el estudio, que oscilaba entre la muestra menor con 218 participantes (Williams et al, 2012), y la muestra mayor con 48.558 participantes (Gong et al, 2021), siendo esta última una muestra muy significativa.

Por otro lado, se observó los niveles socioeconómicos de las familias de los participantes, obteniendo múltiples situaciones. Dependiendo del país en el que se realizara el estudio, podremos encontrarnos con varias opciones: en países como Chile, México, EE. UU. o Hong Kong la mayoría de la población pertenece a categorías medias (media-baja, intermedias y trabajadoras), otra parte de la población se corresponde con unas condiciones más bajas (marginales), y por último una pequeña cantidad de participantes pertenecían a posiciones más altas, siendo diplomáticos en estudios superiores y con altos puestos de trabajo.

En cambio, en países como Australia, el nivel socioeconómico era el opuesto al encontrado anteriormente, ya que una alta proporción de la población pertenecía a categorías altas, con ocupaciones importantes, y una pequeña parte de la localidad se asociaba con posiciones más bajas.

Esta diferencia entre países tiene su explicación en los niveles económicos generales y el nivel de vida que pertenece a cada país.

Los países que se han incluido en la revisión son siete: México, Hong Kong, Estados Unidos, Portugal, Australia, Chile y Malasia.

Variable de género

El sexo influye en los resultados obtenidos de los diferentes artículos, y en cada uno de ellos se observan distintos desenlaces dependiendo del género. En tres de los ocho artículos no se muestra ningún tipo de información relacionada con el sexo, ni si existen diferencias en la autoestima entre ellos.

Sin embargo, en los cinco estudios restantes muestran resultados en los que se expresa haber encontrado diferencias entre el género en cuanto a los niveles de autoestima, el IMC y la obesidad.

En uno de los artículos (Williams et al, 2012) se encontraron diferencias en el género en cuanto a una peor percepción de salud física en la relación entre un IMC más elevado y una autoestima más baja para los niños. No obstante, esto es opuesto a otro resultado (Williams et al, 2012) obtenido que mostraba que, las niñas con IMC alto expresaron tener más síntomas de enfermedades físicas y mayores limitaciones funcionales que los niños, por lo que los problemas relacionados con la salud física afectan a las actitudes de ambos sexos sobre su apariencia física.

En otro de los estudios (Coelho et al, 2013) se descubrieron distinciones importantes en el IMC y la prevalencia de obesidad entre niños y niñas, en las que ambas variables, las niñas mostraron un peor desenlace. En los análisis estadísticos, se observa que las niñas

expresaban una percepción corporal más precisa que los niños. Esto puede ser debido a la presión social y la pubertad temprana de las niñas que podrían ser los responsables de una autoestima más baja.

En otro de ellos (Frayón et al, 2020) los resultados obtenidos mostraron una diferencia significativa en la imagen corporal y la insatisfacción entre los dos sexos. Se encontró una asociación entre las niñas y puntuaciones más bajas para el yo percibido y el yo ideal, ítems del cuestionario realizado. Por lo que las niñas se autoexigen tener tamaños corporales más pequeños en comparación con los niños.

Por otro lado, las disimilitudes encontradas en otro estudio (Delgado-Floody et al, 2018) se encuentran en los niveles de autoestima entre el sexo, siendo los niños los que presentaban una elevada autoestima en comparación con las niñas. No obstante, no es una diferencia muy significativa ya que la relación entre bajo nivel de autoestima y obesidad es fuerte independientemente del género.

Por último, en el artículo de Witherspoon et al, 2012 se localizaron distinciones en cuanto al IMC, las niñas presentaban puntuaciones más altas en este índice que los niños, por lo que llegaron a la conclusión de que son más propensas las mujeres a tener sobrepeso y obesidad. En cambio, las puntuaciones en autoestima no mostraron ninguna diferencia entre el género.

Variables de medidas encontradas

En cada estudio se utilizan distintas herramientas de medición con el fin de obtener resultados acerca de la autoestima y del grado de obesidad infantil. Así mismo, se analiza la fiabilidad de estos cuestionarios con el objetivo de guiarnos debidamente por los resultados de obtenidos de estos instrumentos.

En primer lugar, se midió el nivel de obesidad infantil en la población a través de diferentes métodos: en todos los artículos, de forma generalizada, se calculaba el IMC de los participantes mediante una fórmula que necesitaba el peso y la altura de dichos integrantes del estudio. Por otro lado, se recopilaban datos de las medidas antropométricas, de las cuales se encargaban profesionales de la salud. No sólo se le daba importancia al peso y a la altura, sino que también se tenían en cuenta el sexo y la edad.

Para conocer los límites del IMC, se clasificaron por diferentes procedimientos:

Una parte de ellos, concretamente cuatro de los ocho estudios (50%) utilizan la clasificación según las pautas de las tablas de crecimientos definidas en el Manual de procedimientos antropométricos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (Kuczmarski & Flegal 2000), pertinentes a cada edad y género.

Otro artículo (12,5%) clasificaron los IMC partiendo de las referencias de dicho índice específicas para la edad y el género correspondiente a los Estándares del Grupo de Trabajo Internacional sobre Obesidad (IOTF) (Martínez et al 2006).

Otra parte de ellos, específicamente dos (25%), calcularon el IMC adecuado para cada edad y el sexo a partir de un gráfico de percentiles según la referencia de la OMS (OMS, 2007).

Y el restante (12,5%), utilizó una herramienta diferente como la escala de tasa corporal de Stunkard (SFRS) modificada por Collins en 1991 para niños.

En último lugar, la autoestima ha sido evaluada a través de herramientas variadas, dependiendo de casa estudio. Los instrumentos utilizados con sus correspondientes fiabilidades han sido:

Una de ellas fue La Escala de autoestima de Rosenberg, que fue evaluada en 1995, obteniendo una consistencia interna entre los niveles de 0,77 y 0,88. Este cuestionario contiene 10 elementos que miden el respeto hacia uno mismo y la autoimagen, en los que la mitad de ellos se expresan de manera positiva, y la otra parte negativamente. El resultado de cada participante del estudio puede situarse entre autoestima alta, media y baja.

Otra herramienta que se empleó fue “Culture-Free Self-Esteem Inventories-Second Edition (CFSEI-2), que se ha determinado como una herramienta fiable y válida para evaluar la autoestima de los niños en Hong Kong, con un valor del α de Cronbach de 0,80. Se componía de 4 subescalas de diferentes elementos de la autoestima: autoestima general, autoestima social, autoestima académica, y finalmente, autoestima relacionada con la familia y el hogar.

Escala revisada de Estima corporal para evaluar actitudes y emociones de los niños sobre su cuerpo y apariencia física (Mendelson & White 1985). La puntuación total de dicho instrumento se calcula a través de la totalidad de los ítems, oscilando entre las puntuaciones de 20 y 60, en el que una valoración más alta se asocia con una alta autoestima. Y la consistencia interna de este cuestionario es considerada adecuada ya que obtiene un 0,83 de fiabilidad.

En otros dos estudios, se emplearon tres variables de percepción del tamaño corporal: el propio, el deseado y la satisfacción consigo mismo. Estas medidas fueron evaluadas a través de la Escala de calificación de la figura de Stunkard (SFRS). Se obtuvieron una correlación de Pearson de 0,62.

Otra prueba utilizada es la de autoestima TAE-Student Self-Esteem, en el que se obtiene un nivel de consistencia interno, un α de Cronbach de 0,83. Se identificaban diferentes categorías: autoestima normal, baja y muy baja.

El Cuestionario de autoestima de Lawrence (LAWSEQ) es otro de ellos, en los que utiliza 12 elementos para medir la autoestima de los niños, clasificando a estos como con una alta autoestima, normal y baja. Es un instrumento validado, pero no se especifican valores de la fiabilidad.

Relación entre obesidad infantil y autoestima, asociación de las dos variables

La autoestima está vinculada con la obesidad infantil, y la evidencia de dicha asociación está demostrada en estudios clínicos en el que niños con obesidad expresan y manifiestan tener una percepción de sí mismos más baja que niños sin dicha condición.

Estas dos variables, obesidad infantil y autoestima, se encuentran estrechamente relacionadas, ya que la obesidad puede tener un impacto negativo en la autoestima de los niños. Muchos estudios recalcan la importancia de esta condición en el autoconcepto y la percepción de sí mismos, estudiando el peso y la altura de los participantes y así obteniendo el índice de masa corporal (IMC), y éste se relaciona significativamente con la imagen corporal y la insatisfacción corporal, ya que una menor autoestima se correlaciona con un elevado IMC, es decir, la insatisfacción corporal incrementa cuando el IMC de los participantes lleva a niveles correspondientes de sobrepeso y obesidad.

Esta situación es común a muchos países, como en aquellos en los que se realizaron los estudios para investigar dicha asociación. Sin embargo, dos de los artículos, el de Sánchez- Rojas et al, 2021 y el de Lee py et al, 2012 se obtienen resultados que no están en concordancia con lo expuesto anteriormente.

En el estudio de Sanchez- Rojas et al, 2021, al analizar la autoestima, se obtuvo que el 20% de los participantes tenían baja autoestima, y esto no es consistente con la correlación

negativa entre el IMC y autoestima reportada por otros grupos estudiados. Ya que el porcentaje de niveles bajos de autoestima en dichos estudios es más alto.

En el artículo de Lee py et al, 2012 la autoestima fue evaluada a través del Cuestionario de autoestima de Lawrence (LAWSEQ), en el cual los menores con obesidad tenían un mejor nivel de autoestima en comparación con los niños con un peso saludable.

Dirección del efecto de la revisión sistemática

Este concepto se utiliza para agregar veracidad a las pruebas de hipótesis, ya que posibilita un análisis más adecuado de los resultados de cada estudio. Por lo que es un complemento imprescindible para la incorporación de diferentes artículos y estudios.

En esta revisión se realizará un recuento de la dirección del efecto de cada estudio, específicamente se observará la dirección del efecto de cada estudio. De cada artículo se revisará qué tipo de correlación existe, cuantas son positivas, negativas o nulas.

En todos los estudios se encontró una correlación positiva, siendo la obesidad infantil una variable asociada directamente con una baja autoestima, es decir, es una relación inversamente proporcional, ya que, ante altos niveles de IMC de los niños, encontramos una inadecuada valoración de sí mismos. No obstante, en el estudio realizado por Lee py et al 2012, se descubre que la condición de obesidad se puede vincular con altos niveles de autoestima; y en el artículo realizado por Sánchez - Rojas et al, 2021 se muestra que sólo el 20% de los participantes del grupo de la condición de obesidad tenían niveles bajos de autoestima, y esto no corresponde con las investigaciones realizadas con otros grupos, ya que suele haber un porcentaje más alto de personas con una autovaloración peor.

En conclusión, la dirección del conjunto de estudios es positiva en general, exceptuando el estudio de Lee py et al, 2012 y de Sánchez - Rojas et al, 2021.

Calidad metodológica

Se realizará un análisis de la calidad metodológica de todos los artículos incluidos en la revisión de forma descriptiva. Se ha utilizado la herramienta de evaluación QATSDD, la cual consta de 16 ítems que analizan diferentes aspectos de la metodología de cada artículo, como la muestra, la relación entre la pregunta de investigación y los resultados... (Tabla 6 de anexos)

Dicha técnica de investigación (QATSDD) se caracteriza por poseer una fiabilidad y validez apropiada para evaluar la calidad de diferentes estudios, con el fin de elevar el rigor de las revisiones de artículos publicados en las distintas bases de datos, y que contienen trabajo cualitativo y cuantitativo.

Después de analizar todos los artículos que comprenden esta revisión a través de los 16 ítems, se concluye que la calidad de la metodología de dichos estudios no es apropiada, ya que tienen algunos puntos fuertes, pero también puntos débiles, y en su conjunto no hacen que se caractericen por una adecuada calidad metodológica.

En algunos de ellos se muestra de manera precisa la declaración de metas y objetivos (Sánchez - Rojas et al, 2021; Williams et al, 2012; Coelho et al, 2013; Frayón et al, 2020; Witherspoon et al, 2012), pero no se realiza una buena descripción clara del entorno de investigación (todos excepto el de Williams et al, 2012). Por otro lado, sólo dos de los artículos (Gong et al, 2021; Coelho et al, 2013) cuentan con una representativa muestra para el estudio, y ninguno realiza una adecuada descripción del procedimiento de recogida de datos. Se explica de forma pobre la justificación de la elección de los instrumentos utilizados en cada uno de los estudios, sin embargo, todos excepto uno (Coelho et al, 2013), muestran la evaluación estadística de la fiabilidad y validez de cada herramienta de medición. Dos (Williams et al, 2012; Frayón et al, 2020) de ellos expresan correctamente los puntos fuertes

y limitaciones, otros dos no lo explican (Sánchez - Rojas et al, 2021; Coelho et al, 2013), y los otros lo explican o muy poco o moderadamente.

Por lo que la calidad metodológica de estos artículos afecta a esta revisión, ya que los resultados obtenidos no son fiables.

Limitaciones generales de los estudios

Es importante señalar los límites e inconvenientes que presentan los artículos revisados con el objetivo de señalar las posibles carencias que pueda obtener en esta revisión sistemática ya que hay ciertas variables de outcome que no puedo explicar por el hecho de que los estudios analizados no las especifican.

1. En algún artículo se ha utilizado datos ya recopilados para otras investigaciones con anterioridad de bases de datos. No obstante, para reunir todos los datos se han seguido protocolos estandarizados por parte de los profesionales de la salud, por lo que esto indica que hay menos sesgo subjetivo.
2. En la mayoría no se ha tenido en cuenta que el inicio de la pubertad podría afectar a la autoestima y al cambio del estado de peso de los participantes.
3. En alguno de ellos no se expone la diferencia de los niveles de autoestima que pueden existir entre niños con sobrepeso y obesidad.
4. Se han encontrado ciertos errores metodológicos en los cuestionarios por varias razones:
 - a. Por la corta edad de los participantes.
 - b. Por administrar en forma de entrevista, por lo que puede acabar afectando la deseabilidad social.

- c. Parte de la muestra eran lectores no competentes y tenían problemas de comprensión.
5. Otro inconveniente podría ser una pequeña cantidad de la muestra que nos permita determinar diferencias de género.
6. En cierta investigación, no se generaliza a otras poblaciones porque algunos se realizan con adolescentes/niños de baja economía.
7. Por último, algún estudio no es nacional, por lo que no se correspondería a una muestra representativa de toda la población del país, no se podría generalizar.

Discusión

La presente revisión sistemática evalúa la evidencia acerca de la relación que existe entre la obesidad infantil y determinados factores psicológicos, específicamente la autoestima. Se han analizado y revisado una reducida cantidad de artículos, en los que mostraban las diferentes asociaciones entre estas dos variables.

En cada artículo se estudia tanto la prevalencia de la obesidad infantil, como su correlación con la autoestima, autopercepción e insatisfacción corporal de cada participante. El tipo de vida inactivo que caracteriza a la población infantil actualmente influye en el incremento de los niveles de obesidad (Gubbels et al, 2013), y por esta razón junto con más elementos, se considera que puede transformarse en un problema de Salud Pública (Germann et al., 2006).

Los sujetos evaluados, se distribuían en diferentes grupos dependiendo de la condición corporal que tenían, en concreto, se diferenciaban dos grupos, los que tenían un peso saludable y los que alcanzaban niveles de obesidad o sobrepeso.

Con el objetivo de categorizar a las personas en los diferentes grupos (obesidad/sobrepeso y peso adecuado), fue necesario calcular el IMC a través del peso y de la altura, y posteriormente se clasificaba en base a los estándares propuestos por diferentes escalas, como por ejemplo los estándares propuestos por la IOTF. Los puntos de corte de IMC se van modificando según la etapa de vida se encuentre la persona y conforme al sexo (Martínez et al 2006).

Esta medida no es del todo adecuada ya que es muy generalizada para establecer los límites y valores del peso, por lo que se podría considerar la posibilidad de examinar a las

personas con más medidas, como con marcadores de salud que no estén relacionados con la estética, sino con la sanidad y bienestar de cada persona concretamente (por ejemplo, variables metabólicas) (Suárez & Sánchez, 2018).

Continuando con la evaluación y análisis de los estudios, respecto a las variables sociodemográficas, la muestra estaba compuesta por menores, entre 5 y 16 años. La cantidad de los participantes era muy diferente en cada artículo, ya que el menor número fue de 218 y el mayor de 48.558 personas. Por lo que, los estudios que utilizaban una pequeña muestra no presentan el mismo nivel de evidencia que aquellos artículos que tenían una buena cantidad de participantes (Vallejo, 2012).

En cuanto a la variable de la autoestima, el desarrollo de las personas está influenciado por dicho elemento, y los sentimientos del autoconcepto se inician en la validez que tenemos de nosotros mismos desde muy pequeños, y en algún caso nos sentimos juzgados por tener sentimientos desagradables hacia nosotros mismos (Roa García 2013).

La autoestima se evaluaba a través de diferentes instrumentos, con favorables medidas de fiabilidad. No obstante, los artículos estudian esta dimensión de forma dicotomizada, siendo los sujetos clasificados en grupos de baja, media o alta autoestima, en vez de predecir un valor específico de ella (Cogollo et al, 2015).

Respecto a la relación protagonista entre la obesidad infantil y la autoestima, seis de los artículos muestran evidencia de una correlación entre dichas variables. Ante un IMC alto, la autoestima de los participantes disminuía, lo que sería una relación inversamente proporcional. Sin embargo, en dos de los estudios (25%) se observan diferentes resultados, en los que se mostraban niveles parecidos de autoestima entre los grupos de peso saludable y sobrepeso/obesidad.

Estas observaciones pueden deberse a características propias de la población del país donde se realizaron las investigaciones (México y Malasia). En estos territorios cabe la posibilidad de no percibir la obesidad o el sobrepeso como un problema, ni una condición que puede afectar negativamente a la salud de las personas. De hecho, los niños de estos estudios se perciben así mismos con un cuerpo de “tamaño grande” con el que se asocia como una propiedad positiva. Esto se debe a una cuestión sociocultural, ya que las familias propias de allí son propensas a consumir más cantidades de carbohidratos que en otros países (Kasmini et al., 1997).

Estas familias expresan que consumen abundante comida y se educa a los menores en este hábito porque se considera que es señal de una alta economía, éxito y buena calidad de vida. Esto podría ser un indicio de una inadecuada visión de los verdaderos pensamientos y sentimientos de las personas, ya que otros factores están afectando a su percepción de la obesidad, como el factor sociocultural de estos países (Lee py et al, 2012).

Haciendo referencia al sexo, cinco estudios de los ocho han encontrado diferencias entre el género en cuanto a niveles de autoestima, el IMC y la prevalencia de la obesidad. Por un lado, las niñas mostraron tener más posibilidades de prevalencia de obesidad (Witherspoon et al, 2012). Esto puede deberse a que la cantidad de niñas reclutadas para la investigación es mayor que la de los niños, y es contrario a la evidencia encontrada en anteriores estudios, en los que afirman que tanto los hombres como las mujeres tienen las mismas probabilidades de padecer obesidad (Davis et al, 2003; KovalskysI et al.,2005; Pisabarro et al., 2002).

Por otro lado, otro estudio (Williams et al, 2012) afirma que los niños tienen una peor visión de salud física de ellos mismos y una autoestima más baja. Esto puede deberse a que los niños con obesidad pueden tener actitudes específicas de género relacionadas con las

capacidades o competencias físicas, como que los niños deberían de ser más fuertes que los niños, y esto se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar una autoestima negativa (Meza-Peña & Pompa-Guajardo, 2015).

No obstante, otro estudio (Delgado-Floody et al, 2018) obtienen resultados opuestos, en los que los niños tienen más altos niveles de autoestima en comparación con las niñas, aunque expresan que esta diferencia no es muy significativa. Estos resultados opuestos pueden deberse a que los niños tienen preferencia por un tamaño corporal más musculoso, mientras que las niñas tienen mayor insatisfacción corporal porque prefieren cuerpos más pequeños (Ramos Valverde et al, 2010).

En relación con la dirección del tamaño del efecto, se analizó cada estudio y se obtuvo una correlación positiva en general, excluyendo dos de ellos. No se pudo realizar un cálculo exacto del tamaño del efecto, ya que más de la mitad de los artículos no lo cuantificaban. Por lo que sólo fue posible estudiar su dirección.

En cuanto a la calidad metodológica se realizó un análisis descriptivo de cada uno de los estudios seleccionados, mediante la herramienta de evaluación QATSDD que analiza aspectos metodológicos. Tras realizar la evaluación de todos los artículos se obtuvo una calidad metodológica media-baja, ya que no cumplían ciertas características que son necesarias para conseguir un adecuado análisis. Por lo que la calidad metodológica inapropiada de los estudios que comprenden este trabajo influye en la fiabilidad de los resultados.

La asociación estudiada en esta revisión sistemática, ente obesidad infantil y autoestima, es muy amplia y multifactorial. Esto quiere decir que se ve mediada por distintos factores sociales, familiares y personales.

Por un lado, el ámbito social puede verse afectado, ya que la exclusión y malos tratos hacia los niños con obesidad pueden originar un impacto negativo en su salud mental, y concretamente en su autoestima. A esto se le suma, los estereotipos de belleza que están instaurados en la sociedad, que discriminan a personas con determinado físico. Así mismo existe una alta probabilidad de sufrir acoso por parte de sus compañeros del colegio (Cecchini & Vuik, 2019).

Por otro lado, el entorno familiar influye en dicha asociación, ya que los niños pueden verse afectados por las conductas o comentarios de los padres respecto a la alimentación, el físico o al ejercicio. El origen de estos trastornos se ve influido por la familia, ya que la obesidad puede iniciarse y mantenerse por problemas intrafamiliares (López & Mancilla, 2000). Por lo que es muy importante que la familia sea parte del tratamiento de la obesidad (Zametkin Ja et al, 2004; Agras Ws et al, 2004; Golan & Crow, 2004).

Por último, el factor personal, su autovaloración y la insatisfacción corporal de los niños con obesidad pueden afectar a su autoestima, lo que conlleva a problemas emocionales.

En conclusión, los artículos evaluados corroboran la asociación entre las variables obesidad infantil y autoestima, y su importancia en etapas muy tempranas. Dicha relación está influenciada por distintos factores familiares, personales y sociales. Es muy importante promover rutinas caracterizadas por hábitos saludables para mejorar la autoestima, y proporcionar un mayor bienestar de las personas con obesidad.

Futuras líneas de investigación

Sería interesante que en un futuro se siga investigando y analizando esta relación con el objetivo de resolver aquellas cuestiones que siguen pendientes acerca de la obesidad infantil y la autoestima.

Los estudios más acordes serían aquellos que utilizaran cantidades de muestra mayores con el fin de poder generalizar la evidencia encontrada en cada país, o realizarlos con personas procedentes de diferentes grupos étnicos. Se deberían de tener en cuenta más variables, como la pubertad (ya que afecta de distintas maneras a cada adolescente), la deseabilidad social por obtener los resultados de los instrumentos mediante una entrevista y, por último, la comprensión lectora ya que muchos de los participantes eran de corta edad para entender por lo que se les preguntaba. Por otra parte, sería adecuado indagar con más eficacia la relación con el sexo, ya que entre los artículos existen discrepancias.

Posible intervención

Con la finalidad de actuar desde la prevención de la obesidad infantil, se podrían realizar talleres psicoeducativos impartidos en los colegios o a nivel estatal, autonómico o local, para los padres y sus hijos, que traten de exponer la importancia de lo que supone una alimentación saludable y un tipo de vida menos sedentario, con la posibilidad de realizar actividades físicas organizadas por los centros.

Por otro lado, sería interesante proporcionar charlas para aquellos adolescentes que tienen sobrepeso y para sus compañeros, en las cuales se traten temas como la autoestima, empatía, y habilidades sociales para mejorar la relación entre todos los alumnos, con el objetivo de reducir la estigmatización.

Conclusión

La obesidad infantil es una condición médica que afecta a una gran cantidad de niños en el mundo, e influye en el bienestar de las personas porque provoca consecuencias importantes para la salud (física y psicológica), incluyendo enfermedades graves y para toda la vida.

En esta revisión constituida de ocho artículos, de los que seis confirman la evidencia de una alta probabilidad de que los niños con obesidad tienen muy baja autoestima que implica problemas emocionales y psicológicos. En los dos restantes no se observaron mismos resultados por elementos socioculturales.

El objetivo de cara a investigaciones futuras es analizar la relación entre la autoestima, la obesidad y la cultura, ya que sería más apropiado y completo. Respecto al género, existen diferencias en cuanto al nivel de autoestima, no obstante, dicha distinción es mínima.

En cuanto a la dirección del efecto, se trata de una dirección general positiva. No cuantificaron el tamaño del efecto, por lo que no se puede aportar más evidencia de lo estudiado. Respecto a la calidad metodológica no es la adecuada para confirmar la fiabilidad de los resultados.

La relación estudiada está influida por múltiples factores: sociedad, familiar, social y personal. Por lo que es importante que la sociedad desarrolle medidas para la prevención e intervención, y por último reducir la estigmatización mediante la sensibilización y la importancia de una vida saludable.

Referencias

Achor, M. S., Benítez, N., Brac, E., & Barslund, S. (2007). Obesidad infantil. *Revista de Posgrado de la Vía Catedra de medicina*, 168(1), 34-38.

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Vigilancia Obesidad Infantil. [Internet]. 2020 Disponible en:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/vigilancia_obesidad_infantil.htm

Agras WS, Hammer LD, Mcnicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *The Journal of Pediatrics*. 2004. Vol. 145(1) 20–5.

ALADINO 2019. Estudio de Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil Y obesidad en España 2019. (2020 Septiembre). Recuperado de:
<https://www.consumo.gob.es/es/publicaci-n/estudio-aladino-2019>

Alonso, F. J., Carranza, M. D., Rueda, J. D., & Naranjo, J. (2014). Composición corporal en escolares de primaria y su relación con el hábito nutricional y la práctica reglada de actividad deportiva. *Revista andaluza de medicina del deporte*, 7(4), 137-142.

Assumpta Miralpeix. La alimentación infantil, pautas y consejos para una nutrición equilibrada y completa. 3ª ed. Barcelona: Debolsillo; 2009. F

Bertrand Chevallier. Nutrición Infantil. Edición española en Barcelona, original en Paris: Masson; 1997.

Ciloglu, H. y Yilmaz, M. (2022). Actitudes y autopercepción de estudiantes de 10 a 14 años hacia niños obesos. *The Journal of School Nursing* , 38 (3), 279-286. DOI: 10.1177/1059840520933341

Coelho, EM, Padez, C., Moreira, P., Rosado, V., & Mourão-Carvalho, I. (2013). IMC y forma corporal auto percibida en niños portugueses. *Revista de Psicología del Deporte* , 22 (2), 371-376.

Cogollo, Z., Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(2), 61-71.

Davis SM, Clay T, Smyth M, Gittelsohn J, Arviso V, Flint WH, Holy BH, Brice RA, Metcalfe L, Stewart D, Vu M, Stone EJ. Pathways Prevention of Obesity in American Indian Schoolchildren *Preventive Medicine*. 2003. Vol. 37(1) 24-34.

Delgado-Floody, P., Cofré-Lizama, A., Guzmán-Guzmán, IP, Mayorga, DJ, Martínez-Salazar, C., & Caamaño-Navarrete, F. (2018). Percepción de escolares obesos sobre su participación en la clase de Educación Física y su nivel de autoestima: comparación según estado corporal. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1786>

Dietz W. La Epidemia de obesidad en niños. *British Medical Journal* [en línea] 2001 [diciembre del 2006]; 322: (313-314). URL disponible en:

http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor_3_01/934.pdf

Dugatkin LA. Animals imitate, too. *Scientific American* 2000; 10: 55

Durán P, Torrejón C, Uauy R. Obesidad. En: Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A. Meneghello Pediatría. 6ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2013. p. 233-239

Encinas, D. D. R. D., & Sandoval, D. R. E. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 24(1), 22-26.

Frayon, S., Cavaloc, Y., Wattelez, G., Cherrier, S., Touitou, A., Zongo, P., ... & Galy, O. (2020). Imagen corporal, insatisfacción corporal y estado de peso de adolescentes del Pacífico de diferentes comunidades étnicas: un estudio transversal en Nueva Caledonia. *Etnicidad y salud*, 25 (2), 289-304.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1398818>

Germann NJ, Kirschenbaum SD, Rich HB. y O’Koon, CJ. Long-term Evaluation of Multi-disciplinary Treatment of Morbid Obesity in Low-income Minority Adolescents: La Rabida Children’s Hospital’s FitMatters Program. *Journal of Adolescent Health* 2006 Vol. 39(4) 553-61.

Gong, WJ, Fong, DYT, Wang, MP, Lam, TH, Chung, TWH y Ho, SY (2022). El sobrepeso/obesidad de inicio tardío o crónico predice baja autoestima en la adolescencia temprana: un estudio de cohorte longitudinal. *Salud Pública de BMC* , 22 (1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12381-5>

Golan M, Crow S. Parents Are Key Players in the Prevention and Treatment of Weight-related Problems. *Nutrition Reviews*. 2004. Vol. 62(1) 39

Gubbels JS, van Assema P, Kremers SP. Physical Activity, Sedentary Behavior, and Dietary Patterns among Children. *Curr Nutr Rep* 2013;2(2):105-12. DOI: 10.1007/s13668-013-0042-6

Kovalskys I, Bay L, Rausch HC, Berner E. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Revista Chilena de Pediatría*. 2005. Vol. 76(3).

Ledesma, R., Macbeth, G., & De Kohan, N. C. (2010). Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico ViSta. *Artículos desde 2007 hasta 2013. Desde 2020 visítenos en <http://revistalatinoamericanadepsicologia.konradlorenz.edu.co/>*, 40(3), 425-439.

Lee, PY, Cheah, WL y Chang, CT (2012). Obesidad infantil, autoestima y calidad de vida relacionada con la salud entre niños de escuelas primarias urbanas en Kuching, Sarawak, Malasia. *Revista de nutrición de Malasia* , 18 (2).

López AX, Mancilla DI. La estructura familiar y la comunicación en obesos y normopeso. *Revista Mexicana de Psicología*. 2000. Vol. 17(1) 65-75.

López, M., Pérez, M., & Sales, M. (2001). Autoestima y conducta. *Argentina. Universidad Champagnat*.

López-Sobaler, A. M., Aparicio, A., Salas-González, M. D., Loria Kohen, V., & Bermejo López, L. M. (2021). Obesidad en la población infantil en España y factores asociados. *Nutrición Hospitalaria*, 38(SPE2), 27-30.

Martínez, G. R., Vela, S. G., Zaragozano, J. F., & Aznar, L. A. M. (2006). Uso del índice de masa corporal para valorar la obesidad en niños y adolescentes. *Rev Esp Obes*, 4(5), 284-288.

Meza-Peña, C., & Pompa-Guajardo, E. G. (2015). Género, obesidad y autoconcepto en una muestra de adolescentes de México.[Gender, obesity and self concept in a sample of Mexican adolescents]. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. doi: 10.5232/ricyde, 12(44), 137-148.

Miranda, O., & Gloria, E. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Medica Herediana*, 29(2), 111-115.

MSc BSc, R.S, et al. Reviewing studies with diverse designs: the development and evaluation of a new tool. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2011.01662.x · Source: PubMed

OECD (2019). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>. Recuperado de: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en

Ortega Ruiz, P., Mínguez Vallejos, R. F. R., & Rodes Bravo, M. L. (2000). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. *Teoría de la educación: revista interuniversitaria*.

Pallaruelo Lanau, S. (2012). Prevención y educación en obesidad infantil.

Pisabarro R, Recalde A, Irrazábal E, Chaftare Y. Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos. *Revista Médica del Uruguay*. 2002. Vol. 18(3)

Ramos Valverde, P., Rivera de los Santos, F., & Moreno Rodríguez, M. D. C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*.

Reilly JJ, Wilson D. La obesidad, definida como un exceso de grasa en el cuerpo con aumento de la morbilidad, es cada vez más común en niños y adolescentes BJM. (2006).

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

Saldaña C. Consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas. *Nutrición y Obesidad 2000*; 3 (2): 81-88.

Sánchez-Rojas, A.A, García-Galicia, A., Vázquez-Cruz, E., Álvaro J. Montiel-Jarquín, A.J., y Aréchiga-Santamaría, A. (2021). *Self-image, self-esteem and depression in children and adolescents with and without obesity*. DOI: 10.24875/GMM.M22000653

Silvestre E, Stavile AE. Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Posgrado en obesidad a distancia. 2005. Universidad Favaloro. Córdoba.

Sirriyeh R., Lawton R., Gardner P., Armitage G. (2011). Reviewing studies with diverse designs: the development and evaluation of a new tool. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.

Suárez-Carmona, W., & Sánchez-Oliver, A. J. (2018). Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. Relación con la fuerza y la actividad física. *Nutrición Clínica*, 12(3-2018), 128-139.

Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.

Vallejo, P. M. (2012). Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? *Estadística aplicada*, 24(1), 22-39.

Vásquez VV, López AJ. Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 2001. Vol. 9(2) 91-6

Velásquez, V. V., & Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.

Villaseñor S, Ontiveros C, Cárdenas K. Salud mental y obesidad. (2006). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062e.pdf>

WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). (2020).

Williams, N.A., Fournier, J., Coday, M., Richey, P.A., Tylavsky, F.A., y Hare, M.E. (2012). *Body esteem, peer difficulties and perceptions of physical health in overweight and obese urban children aged 5 to 7 years*. DOI:10.1111/j.1365-2214.2012. 01401.x

Witherspoon, D., Latta, L., Wang, Y. y Black, MM. (2013). ¿La depresión, la autoestima, la autoestima y las actitudes alimentarias varían según el IMC entre los adolescentes afroamericanos? *Revista de psicología pediátrica* , 38 (10), 1112-1120. Doi:10.1093/jpepsy/jst055

Zametkin J.A, Zoon K.C, Klein W.H, Munson B.S. Psychiatric Aspects of Child and Adolescent Obesity: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 43(2) 134-50.

Anexos

Tabla 1

Términos de búsqueda

Conceptos	Lenguaje documental	Lenguaje libre
Obesidad infantil	"Pediatric Obesity"[Mesh]	Obesidad infantil
		Obesidad en la infancia
		Obesidad en el desarrollo
Autoestima	"Self Concept"[Mesh]	Autoestima
		Autopercepción
		Autoeficacia
		Autoconcepto
Ecuación	"Pediatric Obesity"[Mesh]) AND ("Self Concept"[Mesh]	

- Selección de estudios a través del lenguaje documental

Tabla 2

PubMed	Ecuación	Resultados
--------	----------	------------

#1	"Pediatric Obesity"[Mesh]	6529
#2	"Self Concept"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh]	16075
#1 AND #2	("Pediatric Obesity"[Mesh]) AND ("Self Concept"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh])	133
		4

Tabla 3

MEDLINE	Ecuación	Resultados
#1	MH "Pediatric Obesity"	7815
#2	MH "Self concept" OR MH "Self efficacy"	18800
#1 AND #2	(MH "Pediatric Obesity") AND (MH "Self concept" OR MH "Self efficacy")	109
		8

Tabla 4

PsycInfo	Ecuación	Resultados
#1	DE "Obesity"	12172

#2	DE "Self-Concept" OR DE "Self-Esteem"	7167
#3	DE "Childhood Development"	20236
#1 AND #2 AND #3	(DE "Obesity") AND (DE "Self-Concept" OR DE "Self-Esteem") AND (DE "Childhood Development")	5

2

Tabla 5

Psychology and Behavioral Sciences Collection	Ecuación	Resultados
#1	DE "CHILDHOOD obesity"	
#2	DE "CHILDHOOD obesity" AND DE "SELF- perception" OR DE "SELF- esteem"	
#1 AND #2	(DE "CHILDHOOD obesity") AND (DE "SELF- perception" OR DE "SELF- esteem")	13

2

Tabla 6

Evaluación metodológica Art.* Art.* Art.* Art.* Art.* Art.* Art.* Art.*
(QATSDD)

Crterios	1	2	3	4	5	6	7	8
Marco teórico explícito	1	2	2	2	3	2	3	1
Declaración de metas/objetivos en el cuerpo principal del informe	3	1	3	3	3	2	3	2
Descripción clara del entorno de investigación	2	1	3	1	1	1	2	1
Pruebas del tamaño de la muestra consideradas en términos de análisis	2	2	2	0	2	0	2	3
Muestra representativa del grupo destinatario de tamaño razonable	1	3	1	3	2	2	1	2
Descripción del procedimiento de recogida de datos	1	2	2	1	2	1	2	2
Justificación de la elección del instrumento(s) de recopilación de datos	0	1	2	1	2	1	1	2
Datos detallados de contratación	1	1	2	1	2	1	1	2

Evaluación estadística de la fiabilidad y validez de la herramienta(s) de medición	3	3	3	0	2	3	2	2
Ajuste entre la pregunta de investigación declarada y el método de recopilación de datos (Cuantitativo)	2	2	3	1	2	1	2	2
Ajuste entre la pregunta de investigación declarada y el formato y el contenido de la herramienta de recopilación de datos, p. ej., horario de entrevistas (cualitativo)	1	2	2	1	2	1	1	2
Ajuste entre la pregunta de investigación y el método de análisis	2	2	2	1	2	2	1	2
Buena justificación del método analítico seleccionado	1	1	2	1	3	0	1	2
Evaluación de la fiabilidad del proceso analítico (solo cualitativo)	1	1	1	1	3	0	2	2
Pruebas de la participación de los usuarios en el diseño	2	2	2	1	2	0	2	1

Puntos fuertes y limitaciones	0	1	3	0	3	2	2	1
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

discutidos críticamente

*0 = En absoluto, 1 = Muy ligeramente, 2 = Moderadamente y 3 = Completo.

*Art.: Artículo