



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Ingesta emocional en niños y su relación
con las prácticas parentales de
alimentación**

TESIS PRESENTADA POR

María Paulina Guzmán Bedolla

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Gabriela Navarro Contreras (Tutora)

Doctora en Psicología Social

Judith López Peñaloza

Doctora en Psicología

Blanca Edith Pintor Sánchez

Maestra en Terapia Familiar

REVISORES

Mónica Fulgencio Juárez

Doctora en Psicología

Esteban Gudayol Ferré

Doctor en Investigación en Medicina



MORELIA, MICH., FEBRERO DE 2018

Agradecimientos

A la Dra. Gaby Navarro, quien me presentó una parte de la Psicología de la cual me he enamorado. Por su cuidado y atención en cada una de las asesorías que hicieron posible la germinación, desarrollo y culminación de esta tesis.

A la Dra. Judith y Mtra. Blanca, que continuamente realizaron aportes valiosos los cuales enriquecieron enormemente mi trabajo.

A mi esposo, quien además de brindarme su apoyo incondicional, me acompañó durante todo el proceso con charlas que impregnaron este proyecto.

A mi familia, especialmente a mis padres y mis hermanos Gely y Paco, a quienes les debo todo. Por ser mi inspiración y creer siempre en mí.

A mis compañeros de la maestría, quienes desde el inicio me mostraron su hospitalidad y cariño.

A mi querida amiga Vero.

Y a todos los niños y padres de familia participantes que hicieron posible este trabajo.

Índice

Resumen.....	3
Abstract	5
Introducción	7
Antecedentes.....	10
Capítulo I: Emoción	17
Enfoque biológico	20
Enfoque cognitivo	24
Enfoque del desarrollo	31
Conclusiones del capítulo	32
Capítulo II: Ingesta emocional	34
La ingesta emocional y factores asociados a su manifestación	37
Evaluación de la ingesta emocional en adultos	38
Evaluación de la ingesta emocional en niños	40
Tratamientos para la ingesta emocional	41
Consecuencias de no tratar la ingesta emocional.....	44
Ingesta emocional, prácticas parentales de alimentación e IMC	46
Conclusiones del capítulo	47
Capítulo III: Multicausalidad de la Obesidad	49
Sedentarismo	50
Alimentación.....	52
Sueño.....	54
Infraestructura ambiental	55
Efectos colaterales del uso de medicamentos.....	57
Predisposición genética para la obesidad	58
Conclusiones del capítulo	59
Capítulo IV: Estilos y prácticas parentales de alimentación	61
Estilos parentales	61
Prácticas parentales de alimentación	64
Conclusiones del capítulo	69
Planteamiento del problema.....	70
Preguntas de investigación.....	71
Objetivo general	71

Método.....	72
Diseño.....	72
Fase 1. Adaptación y validación de pruebas psicológicas	72
Objetivos de la fase I	72
Participantes	72
Resultados de la adaptación del CEBQ.....	77
Resultados de la adaptación del EADES	81
Fase 2. Estudio correlacional	83
Objetivos de fase II.....	83
Hipótesis	83
Resultados	87
Discusión	94
Ingesta emocional y prácticas parentales de alimentación e IMC.....	94
Ingesta emocional y pérdida de control ante los alimentos.....	95
Prácticas parentales de alimentación y su impacto en el comportamiento alimentario de los niños	96
IMC y su relación con las prácticas parentales de alimentación y el comportamiento alimentario.....	98
Conclusiones.....	100
Limitaciones del estudio.....	101
Consideraciones éticas.....	102
Referencias.....	104
Anexos.....	124
Cuestionario EADES, versión para niñas.....	124
Cuestionario EADES, versión para niños.....	125
Cuestionario CEBQ para padres	126
Ejemplo de solicitud para las instituciones.....	127
Carta de consentimiento informado	128
Solicitud de permiso para adaptación del CEBQ.....	129
Autorización para adaptar el CEBQ.....	130
Solicitud de permiso para adaptación del EADES	131
Autorización para adaptar el EADES	132

Resumen

México ocupa los primeros lugares en obesidad infantil y seguirá en su posición dentro de los siguientes treinta años. El daño a la salud al presentar sobrepeso y obesidad afecta la calidad de vida de quien la padece, repercutiendo en el bienestar físico y emocional. Una de las razones por las que se puede desarrollar el sobrepeso y la obesidad está directamente relacionadas a la alimentación y al gasto de energía.

La alimentación, que está arraigada en la vida social, emocional y cultural de las personas, es pieza fundamental para mejorar la situación de quien presente sobrepeso y obesidad. Actualmente se sabe que la manera en la que una persona se alimente, puede presentar alteraciones produciendo efectos en su salud, en este caso, se ha observado que la ingesta emocional puede propiciar cambios no tan favorables en el cuerpo, como lo es el incremento de peso. La ingesta emocional, que está asociada a un mayor IMC también es precursor de algunos trastornos de la alimentación.

Para los niños, quienes adoptan comportamientos y hábitos de sus padres es necesario evaluar, en primera instancia, aquellas condiciones respecto a sus padres que pueden estar favoreciendo de manera inintencionada la adquisición de comportamientos y hábitos que facilitan la aparición de la ingesta emocional en sus hijos.

Por lo antes mencionado, el objetivo de la presente investigación fue analizar si la presencia/ausencia de ingesta emocional de los niños se asocia con las prácticas de alimentación que llevan a cabo los padres con sus hijos(as) y ver si esta se correlaciona positivamente con un mayor IMC.

Los participantes de este estudio fueron 144 diadas de padres e hijos provenientes de una escuela primaria de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Los resultados mostraron que la percepción y la preocupación que tienen los padres sobre el peso de su hijo correlacionaron positivamente con la ingesta emocional y con el IMC. De manera que se puede concluir que las prácticas parentales de alimentación tienen un impacto en el desarrollo de la ingesta emocional de sus hijos. Además, las emociones y el autocontrol en la alimentación de los niños son fundamentales para lograr un peso saludable.

Palabras clave: obesidad infantil, ingesta emocional, prácticas parentales de alimentación, comportamiento alimentario, índice de masa corporal

Abstract

Mexico has remained within the first places in the world on childhood obesity and it will be in this position in the next thirty years. Health damage due to overweight and obesity affects the quality of life of those who suffer from it, and it has consequences in both physical and emotional well-being. An imbalance of food intake and energy expenditure of the main reasons of why overweight and obesity develops.

Feeding, which is rooted in the social, emotional and cultural life of people, is essential to improve the situation of those who are overweight and/or obese. Currently it is known that the way in which a person feeds can have alterations producing effects on their health. For instance, it has been observed that emotional eating can lead to weight gain. Emotional eating, which is associated with a higher BMI, is also a precursor to some eating disorders. For children, who adopt behaviors and habits of their parents, it is necessary to assess the conditions regarding their parental feeding that may be unintentionally favoring the acquisition of behaviors and habits that facilitate the appearance of emotional eating in their children.

Therefore, the objective of the present investigation was to analyze if the presence / absence of emotional eating of children is associated with feeding practices carried out by parents with their children and to study whether emotional eating correlates positively with a higher BMI.

The participants in this study were 144 dyads of parents and children from a primary school in the city of Morelia, Michoacán.

The results showed that parents' perception and concern about their child's weight correlated positively with emotional eating and with Body Mass Index (BMI). Therefore, it

can be concluded that parental feeding practices have an impact on the development of their children's emotional intake. Finally, the results also suggest that emotions and self-control in children's nutrition are essential to achieve a healthy weight.

Key words: childhood obesity, emotional eating, parental feeding practices, eating behavior, body mass index

Introducción

El número creciente de casos de personas con enfermedades no transmisibles o crónicas hace que el tema de prevención sea de alta relevancia en la actualidad. En efecto, la mayoría de los países que enfrentan dicha situación no cuentan con la infraestructura necesaria para garantizar el control de dichos padecimientos (Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2010). Incluso, como lo menciona Oleg Chestnov en el *Global Status Report on Noncommunicable Diseases* (2014), “las enfermedades no transmisibles son uno de los mayores desafíos de desarrollo del siglo veintiuno, tanto en términos de sufrimiento humano como el daño infligido sobre el tejido socioeconómico de los países” (p. ix). De manera que se enfrenta una crisis mundial de enfermedades crónicas.

Dentro de los factores de mayor riesgo para adquirir enfermedades crónicas, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer son el sobrepeso y la obesidad (WHO, 2015). Desde 1975, las tasas de obesidad han aumentado en todos los países del mundo, sin excepción (Galka, 2017). Se estima que, mundialmente, la proporción de adultos con un índice de masa corporal de 25 kg/m² o mayor, incrementó entre 1980 y 2013 de un 28.8% a un 36.9% en hombres, y de 29.3% a 38.0% en mujeres (Ng et al., 2014).

En México, en la encuesta nacional realizada en el 2012, 26 millones de adultos mexicanos presentaban sobrepeso (21.3 por ciento de la población adulta) y 22 millones, obesidad (18.02 por ciento de la población adulta) (ENSANUT, 2012). En otras palabras, casi el 40 por ciento de la población adulta mexicana se encuentra en riesgo de adquirir una enfermedad crónica si no se toman medidas oportunas para prevenir o contrarrestar el peso excesivo.

Aunado a esto, un aspecto de suma relevancia es que también la población infantil se ve afectada por éste fenómeno. Mundialmente, para el 2013, 42 millones de niños en edad preescolar fueron registrados con sobrepeso (WHO, 2014). En este sentido, la población mexicana de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT-MC, 2016), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población en edad escolar en 2016 fue 33.2%. Estas cifras han dado lugar a que México ocupe el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil (UNICEF, 2015). A nivel estatal, en el estado de el 31.2 por ciento de los niños en edad escolar presentan sobrepeso y obesidad (ENSANUT, 2012).

Se piensa, además, que la obesidad infantil es más que un estigma social y lleva con ello serias consecuencias de salud (Esherick, 2015). Dentro de estas, los niños con obesidad tienen una mayor probabilidad de desarrollar diabetes o problemas cardiovasculares a temprana edad en comparación con niños sin estas condiciones, además de tener altas posibilidades de muerte prematura o discapacidad (WHO, 2014). Incluso, es alarmante que ya haya niños diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, y que además se sospeche que la cifra sea mayor, esto debido a que se han encontrado casos de niños que fueron diagnosticados con diabetes tipo 1, -el tipo de diabetes que se asocia a una reacción autoinmune por razones genéticas- sean en realidad niños mal diagnosticados y su diabetes sea tipo 2 (Zeitler et al., 2015), que se asocia con un inadecuado estilo de vida y la obesidad (Pinto, Seclén y Cabello, 2010).

Lo anterior, enmarca la importancia que tiene el estudiar la relación entre la obesidad y los aspectos físicos y sociales con los que se relaciona y, en especial, cómo los aspectos psicológicos la condicionan. Es sabido que desde la segunda mitad del siglo pasado se hablaba de la asociación de la obesidad infantil con trastornos del desarrollo emocionales severos (Brunch, 1973). Pero hoy en día la preocupación por la epidemia de obesidad

infantil en nuestro país obliga a retomar el tema. En relación a ello, numerosos estudios han ampliado el conocimiento respecto a la presencia de aspectos emocionales en la ingesta. Es por ello, que asistir con un asesor nutricional no garantice éxito para mantener un peso ideal en un número importante de casos: la asesoría nutricional no necesariamente produce cambios en el comportamiento alimenticio (Kalodner y DeLucia, 1990, citado por Goodspeed Grant, 2008).

Consecuentemente, el desarrollo de sobrepeso y obesidad tiene comorbilidades médicas y psicológicas. Dentro de las comorbilidades médicas se encuentran factores de riesgo metabólicos, asma y problemas de salud dental. Y por otra parte, las principales comorbilidades psicológicas incluyen trastornos de internalización y externalización, trastorno de hiperactividad con déficit de atención y problemas de sueño (Pulgarón, 2013).

De acuerdo a la OMS (2015), la ingesta excesiva es una de las causas principales de la obesidad (párr. 9). Debido a lo anterior, el fenómeno de la alimentación ha sido estudiado con una perspectiva más profunda, que va más allá de una necesidad biológica. No obstante, la mayoría de las investigaciones se han centrado en personas adultas con obesidad; sin embargo, es de suma importancia analizar los aspectos psicológicos de la alimentación infantil y cómo éstos pueden influir en la obesidad de los niños. Además, tal como lo señala Corstorphine (2008), las emociones parecen ser la clave que caracteriza la perpetuación de los problemas de la ingesta, por lo que la investigación planteada resulta ser importante pues contribuirá a la comprensión sobre cómo influyen las emociones en la alimentación infantil, misma que resulta ser un componente decisivo para desarrollar estrategias de prevención que eviten que los niños se conviertan en adultos jóvenes enfermos.

Por consiguiente, el objetivo de la presente investigación es analizar si existe asociación entre la ingesta emocional de los niños(as) con las prácticas parentales de

alimentación infantil y si esta se presenta con mayor incidencia en los niños con sobrepeso y obesidad en comparación con los niños con peso saludable. Para lograr dicho propósito, se adaptará un instrumento para medir las variables del estudio en población infantil, ya que en nuestro país no existen aún instrumentos que puedan medir la ingesta emocional en niños menores de nueve años. Así también, se empleará el cuestionario de alimentación infantil (CFQ) desarrollado por Birch, Fisher, Grimm-Thomas para evaluar las prácticas parentales de alimentación infantil que ya se encuentra validado y adaptado para la población mexicana (Navarro-Contreras y Reyes-Lagunes, 2016).

Así pues, desde el punto de vista práctico, el instrumento a validarse psicométricamente en población mexicana para evaluar la ingesta emocional de los niños será un recurso de diagnóstico que permitirá a los terapeutas realizar una detección oportuna de problemas emocionales vinculados a la alimentación. Siendo esto posible, se podrán planificar mejores tratamientos para los niños con problemas de ingesta emocional.

Antecedentes

Durante los últimos años, las investigaciones sobre la obesidad se han centrado en las consecuencias que su presencia tiene sobre la salud. Sin embargo, como lo menciona Marcelli y Cohen (2006, p. 127), “numerosos estudios llevados a cabo sobre la obesidad del adulto y su evolución, de los que se desprende que la precocidad de aparición de este trastorno es un factor pronóstico importante”, hacen relevante que las investigaciones también se preocupen por profundizar su estudio en qué es lo que facilita su presencia desde la infancia.

Con relación a lo anterior, un estudio llevado a cabo por Goospeed en 2008, tuvo como objetivo descubrir la experiencia profunda, compleja, personal y social, a través de la interpretación del contexto histórico y cultural para entender el mundo interno de sus

pacientes con obesidad. La muestra de su estudio estuvo conformada por once participantes, dos hombres y nueve mujeres con edades que comprendieron de los 30 a 60 años, dichos participantes fueron reclutados desde una clínica para perder peso. El método empleado fue la hermenéutica fenomenológica de van Manen's, dicho método busca el significado de la experiencia usando un enfoque descriptivo para obtener hechos de una experiencia dada que clarifique y localice el significado dentro del contexto socio-histórico.

La información obtenida por la investigación antes citada, permite identificar cuatro temáticas principales: 1) el comedor emocional, que a su vez se divide en dos subtemas, soledad y falta de autocuidado; 2) confusión de emociones por hambre; 3) la resolución del problema se convierte en el problema mismo, con el subtema de piloto automático y; 4) el elemento perdido.

Los resultados sugieren que la ingesta es un acto social, donde los participantes crearon, o recrearon, una sensación de afecto, pertenencia y unión con personas significativas. En algunos casos, la ingesta se convierte en el sustituto clave de las relaciones significativas perdidas. Así también, el estudio pone en evidencia que la restricción del alimento lleva a la frustración y el enojo. Evidentemente, como la autora lo menciona, reducir la alimentación a sus propiedades químicas que producen grasas, calorías y carbohidratos, es omitir la importante función simbólica de la alimentación que está arraigada en la vida social, emocional y cultural de las personas.

Cabe resaltar que la investigación pone de manifiesto que ciertas experiencias traumáticas, en especial aquellas vividas en la infancia, como la falta de cuidado, afecto y pérdidas significativas, hacen vulnerables a las personas para desarrollar dificultades entre las emociones y la alimentación en el futuro (Goospeed, 2008).

En el mismo sentido, otra investigación que arroja luz sobre aspectos psicológicos relacionados con la ingesta emocional fue elaborada por Andrews, Lowe y Clair en 2011. En dicho estudio se relacionó la insatisfacción de las necesidades básicas con la ingesta emocional de personas con obesidad. La muestra obtenida fue de 136 personas cuyas edades oscilaban entre los 19 y 77 años, de las cuales 29 estaban siendo atendidos por un programa de nutrición y 105 se encontraban en la lista de espera para cirugía bariátrica. Dicha muestra fue dividida en base al grado de obesidad que los participantes presentaron en el momento del estudio: obesidad y obesidad mórbida. El método empleado consistió en la aplicación del *Basic Need Satisfaction Inventory*, el *Emotional Eating Scale* además del *Rosenberg Self-esteem Scale*.

Los resultados obtenidos en el estudio mostraron una relación estadísticamente significativa entre la insatisfacción de las necesidades básicas y la ingesta emocional con un efecto mediador de estrategias negativas de enfrentamiento. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas entre los dos grupos formados de acuerdo al peso, siendo las personas con obesidad mórbida quienes registraron un mayor puntaje en las mediciones de ingesta emocional y estrategias negativas de enfrentamiento, además de una menor autoestima. Lo anterior da fundamento para suponer que entre mayor sea el grado de obesidad en las personas, habrá un mayor daño psicológico (Andrews, Lowe y Clair, 2011).

Desde otra perspectiva, Hartwell, Edwards y Brown, realizaron un estudio en 2013 en donde evaluaron críticamente la relación entre las emociones y el consumo de alimentos en un ambiente real de consumo de comida, una cafetería escolar. La muestra de dicho estudio la conformaron 408 personas, entre ellas estudiantes universitarios, miembros del personal de la cafetería y visitantes. Su método consistió en la aplicación del *Emotional*

Status Questionnaire antes de que los participantes ingirieran sus alimentos y posteriormente se les aplicó el mismo cuestionario una vez terminada la ingesta.

Los resultados sugieren que en el orden de rango de emociones demostradas existe una tendencia a ser mayormente positivas (alegría, optimismo, tranquilidad) sobre las negativas (preocupación, tristeza, soledad, miedo), además, en el análisis se demostró que los valores arrojados por los participantes antes y después de la ingesta variaron significativamente, por lo que se aprecia que las emociones fueron alteradas después del consumo de alimentos.

No obstante, vale la pena señalar, que, a pesar de mostrar mayor claridad sobre la relación entre emociones y alimentación, el estudio de Hartwell et al. (2013) muestra que existen contradicciones sobre el impacto que tienen las emociones positivas y negativas en la alimentación. Lo anterior debido a que la gran mayoría de su muestra registró tener emociones positivas después del consumo, no obstante, un número considerable de participantes señaló tener emociones negativas una vez terminada la ingesta.

Dentro de los estudios sobre la ingesta emocional en niños y adolescentes, Vandewalle, Moens y Braet (2013) realizaron un estudio en donde examinaron el rol de la regulación de las emociones en relación al rechazo parental y la ingesta emocional. Su muestra estuvo conformada por niños y adolescentes de 10 a 17 años quienes fueron referidos a un centro de tratamiento para la obesidad. Los participantes contestaron cuestionarios que evaluaron el rechazo tanto de la madre como del padre, estrategias de regulación de emociones y la ingesta emocional.

Los resultados encontrados en el estudio revelaron que existe una relación entre el rechazo maternal y el uso de estrategias desadaptativas, además de que el uso de este tipo de estrategias está asociado con la ingesta emocional. En el caso específico del

rechazo paternal no se encontró una relación en el mismo sentido que con el rechazo maternal (Vandewalle, Moens y Braet, 2013). Merece la pena subrayar que los hallazgos de la investigación fueron que existe un efecto directo del rechazo maternal en la ingesta emocional.

En relación a la ingesta de alimentos en ausencia de hambre, recientemente Braet et al. (2014), realizaron un estudio en donde se examinó la literatura concerniente a la evaluación del comportamiento alimenticio de niños que presentan obesidad. Los estudios que se consideraron para el análisis fueron publicados en el idioma inglés, donde se utilizó como filtros aquellos pertenecientes a la literatura médica y psicológica desde 1960 hasta el 2014. Los temas clave de la evidencia científica concurrente fueron compilados y clasificados de acuerdo a los modelos psicológicos que la sustentaban. Los resultados del análisis mostraron que hay tres herramientas válidas y fiables para la evaluación y seguimiento de cada uno de los modelos identificados, los cuales son: la teoría de la restricción dietética, la ingesta emocional y el modelo de diátesis estrés.

De acuerdo a los autores, la teoría de la restricción dietética explica que tanto niños como adultos con obesidad reportan actitudes dietéticas en donde se restringen de alimentos con la finalidad de controlar su peso o reducirlo ingiriendo una cantidad calórica menor a la que se consume cuando no existe una preocupación por el peso. Sin embargo, se reporta que aquellas personas que tienden a presentar este tipo de actitudes tienden a sobrecargar sus procesos mentales y como consecuencia se presenta el comportamiento que se pretendía evitar. Así también, Braet et al. (2014) mencionan que la restricción dietética rígida puede estar favoreciendo la aparición de la ingesta emocional tanto en niños como en adultos debido a que los fracasos causan angustia y dificultades para discriminar los sentimientos reales de hambre y saciedad.

Por otra parte, Braet et al. (2014) sugieren que la ingesta de alimentos en ausencia de hambre es un comportamiento que se presenta como un tipo de respuesta al enfrentamiento del estrés. Lo anterior, se fundamenta en el modelo de diátesis-estrés, el cual explica que existe una disposición o predisposición en las personas que al encontrarse en situaciones estresantes pueden desarrollar ciertas patologías (Zuckerman, 1999).

Cabe mencionar que el modelo de diátesis-estrés inicialmente fue utilizado para explicar ciertos desórdenes psiquiátricos como la esquizofrenia, depresión y trastornos de ansiedad (Salomon y Jin, 2013), y fue hasta hace unos años que este modelo está siendo utilizado para la explicación de otros fenómenos tales como la ingesta descontrolada (Joiner, Heatherton, Rudd y Schmidt, 1997).

Los estudios mencionados sobre la ingesta emocional en adultos tienen en común que ésta se origina en la mayoría de los casos desde la infancia. Además, concuerdan en que las personas en su infancia tuvieron dificultades emocionales que no se resolvieron de manera adecuada o se utilizaron estrategias de afrontamiento contraproducentes.

Asimismo, en investigaciones realizadas con los niños se ha analizado que las estrategias desadaptativas y el rechazo parental tienen un efecto importante en la alimentación propiciando la aparición de la ingesta emocional. En este sentido, Blissett, Haycraft y Farrow (2010) examinaron las relaciones entre la ingesta emocional de los niños en edad preescolar y las prácticas de alimentación de los padres utilizando la manipulación experimental del estado de ánimo del niño y la ingesta de alimentos en un laboratorio.

Los investigadores analizaron a 25 niños de 3 a 5 años de edad. En el estudio las madres se sentaron junto con sus hijos y comieron una comida estándar hasta la saciedad. Las madres completaron cuestionarios sobre sus prácticas de alimentación y los niños

fueron asignados a un control o estado de ánimo negativo, y su consumo de bocadillos en ausencia de hambre se midió.

Los resultados obtenidos demostraron que los niños cuyas madres utilizan a menudo alimentos para regular las emociones comen más galletas en ausencia de hambre que los niños cuyas madres utilizan esta práctica de alimentación con poca frecuencia, independientemente de la condición. También se encontró que los niños cuyas madres utilizan a menudo alimentos para la regulación de la emoción comen más chocolate en la condición experimental que en la condición de control. Y, por el contrario, en los niños de las madres que no tendían a utilizar el alimento para la regulación de la emoción el efecto de consumo fue invertido (Blissett et al, 2010).

La investigación mencionada señala la importancia que tiene el incluir en la presente tesis la evaluación de las prácticas parentales de alimentación y ver si de manera particular algunas éstas se asocian más con la presencia o ausencia de ingesta emocional de los niños, así también analizar la influencia que pueden tener sobre el peso de los mismos.

Capítulo I: Emoción

De acuerdo a Plutchik (1982), existen algunas explicaciones por las que el estudio de las emociones no ha sido tan satisfactorio como en otras áreas de la psicología. Dentro de estas, es que las emociones no pueden ser estudiadas en un laboratorio como sucede con el aprendizaje y la motivación. Lo anterior, explica el autor, es debido a las restricciones éticas para producir emociones fuertes como el odio, la culpa o la rabia dentro de un laboratorio, y en parte al hecho de que la introspección sobre las propias emociones hace a menudo que estas cambien.

Por otra parte, se debe reconocer que, si bien desde los orígenes de la psicología moderna en el siglo XIX el estudio de las emociones no fue prioridad para los psicólogos, el primer acercamiento con su estudio fue el análisis introspectivo de la emoción. No obstante, en esos momentos, la psicología se encontraba preocupada por estudiar el comportamiento humano y su método científico veía al análisis de los eventos mentales como no objetivos (Wilson y Wilson, 2015). Por consiguiente, el estudio de la emoción no fue el principal objeto de estudio de la psicología, siendo hasta hace algunos unos años que los psicólogos comenzaron a prestar mayor atención al estudio de las emociones pues se comprobaba que el impacto de ciertas emociones, específicamente las emociones negativas, tienen un impacto directo en la salud de las personas (Goleman, 2012).

Hoy en día no se cuenta con una definición universal de lo que es emoción. Una de las razones por las que resulta complicado definirla es que emoción es una palabra compleja debido a que por una parte está muy relacionada con aspectos del funcionamiento humano, y por otra no se puede reducir solamente a esos aspectos (Wilson y Wilson, 2015). En este sentido, Reidl-Martínez (2005) menciona que una de las explicaciones del por qué hay una gran diversidad de definiciones o conceptualizaciones de emoción, es que existe

la dualidad entre aquellos teóricos que consideran la presencia de emociones básicas o primarias y los que defienden la existencia de emociones complejas o secundarias.

En relación a lo anterior, Aguado-Aguilar (2005) expresa que la idea de la existencia de un conjunto limitado de emociones básicas y primitivas tiene su origen en la concepción evolucionista de la emoción. Siendo Solomon (1980), Gray (1994), Panksepp (1982), Stein y Trabasso (1992), Tomkins (1970), Ekman (1994), Plutchik (1980) e Izar (1991) los principales defensores de la teoría de las emociones básicas (citados en Reeve, 2010). Por otra parte, se encuentran las teorías que hablan acerca de que las emociones son complejas, entendidas como conglomerados o configuraciones de un conjunto de componentes básicos que dan origen a un sinnúmero de emociones con distintos matices (Ortony y Turner, 1990).

Ahora bien, existe un punto intermedio entre las teorías que reconocen las emociones primarias o básicas y las emociones secundarias o complejas, en este sentido las teorías cognitivas reconocen la importancia de las emociones primarias, pero también preponderan las vivencias emocionales que provienen de las experiencias individuales, sociales y culturales (Reeve, 2010). Así también, el enfoque del desarrollo en el estudio de las emociones propone que las emociones básicas son las primeras en aparecer en la vida del ser humano y que posteriormente se desarrollan las emociones secundarias.

Por lo tanto, el desarrollo emocional es un proceso ordenado, y las emociones complejas nacen y se desarrollan a partir de las emociones básicas (Papalia, 2009). Algunas de las emociones básicas, que de acuerdo a los teóricos del desarrollo posiblemente se presentan de manera universal en los seres humanos son el miedo, la ira repentina, la alegría espontánea, la tristeza, el disgusto, el interés, la sorpresa. Y por otra parte, dentro de las emociones secundarias encontramos a la culpa, la empatía, la vergüenza, el orgullo, la envidia, los celos, etcétera (Wilson y Wilson, 2015).

Otra explicación en relación a la pluralidad del concepto, de acuerdo con Reidl-Martínez (2005) es que se utilizan constructos afectivos relacionados como si fueran sinónimos, dando como resultado una amplia gama de definiciones. Incluso, Wilson y Wilson (2015) mencionan que una vez que los psicólogos se vieron obligados a considerar las emociones, llamaron a éstas *afecto*. Un problema con el nuevo término, explican los autores, es que resultó ser de difícil entendimiento para las personas ordinarias y esto tendió a mitificar las declaraciones psicológicas que se hacían en torno a las emociones, provocando que se redujeran las explicaciones psicológicas en torno al tema. Además, Reidl-Martínez (2005) reconoce que cada teoría de la emoción ha desarrollado su propia definición, dando como resultado infinidad de definiciones. Por otra parte, Reeve (2010) considera que la dificultad para definir la emoción consiste en que la emoción posee cuatro componentes, los cuales se describen a continuación:

- Sentimiento: proporciona a la emoción su experiencia subjetiva, que tiene tanto un significado como importancia personal. Tanto la intensidad como la calidad, hacen que la emoción se sienta y experimente a nivel subjetivo. Este aspecto, por tanto, está enraizado en procesos cognitivos o mentales.
- Estimulación corporal: involucra la activación neural y fisiológica, e incluye la actividad de los sistemas autónomos y hormonales mientras se prepara y regula la conducta adaptativa de afrontamiento del organismo durante la emoción.
- Sentido de intención: da a la emoción su carácter dirigido a metas para realizar las acciones necesarias a fin de afrontar las circunstancias del momento.

- Social-expresivo: es el aspecto comunicativo de la emoción. A través de posturas, gesticulaciones, vocalizaciones y expresiones faciales, nuestras experiencias privadas se vuelven expresiones públicas.

Considerando los componentes de la emoción Reeve (2010) menciona que “las emociones son fenómenos de corta duración, relacionados con sentimientos, estimulación, intención y expresión, que nos ayudan a adaptarnos a las oportunidades y retos que enfrentamos durante los sucesos significativos de la vida” (p. 223). No obstante, el autor señala que la definición de emoción es más compleja que una “suma de sus partes” y es la emoción la que concierne los componentes de sentimiento, estimulación, intención y expresión dentro de una reacción coherente ante un suceso provocador. Lo anterior concuerda con la idea que conciben Wilson y Wilson (2015), en donde la emoción es un sistema mental que generalmente se une, en realidad, con otros sistemas mentales. Los autores expresan que se experimenta una emoción debido a que esta se puede percibir, motiva, desencadena pensamientos y porque es la combinación de todos estos procesos.

Ahora bien, de acuerdo a Scherer y Ekman (2009), Kolb, Taylor, Stein, Leventhal y Trabasso (1990) y Reeve (2010) existen diferentes enfoques desde los cuales se pueden estudiar las emociones, los cuales son: el enfoque biológico; el enfoque cognitivo; el enfoque del desarrollo; el enfoque psicológico y etiológico; el enfoque social y antropológico, y; el enfoque sistémico. Tomando en cuenta de que existen numerosas teorías en cada uno de los distintos enfoques, se abordarán a continuación los enfoques que guiarán la presente investigación, el biológico, el cognitivo y el del desarrollo.

Enfoque biológico

Se sitúa a la teoría de Darwin como punto de partida de este enfoque debido a que antes de su teoría se pensaba que las emociones no podían ser estudiadas o medidas y

fue él el primero en analizar científicamente las emociones en el siglo diecinueve (Wilson y Wilson, 2015). De acuerdo a Pinel (2007), Darwin elaboró esta teoría porque pensaba que la expresión de la emoción era el resultado de la evolución. Siendo la *expresión de las emociones en el hombre y en los animales* de Darwin elaborada en 1890, el primer acontecimiento importante en el estudio de la biopsicología de la emoción.

Su teoría se componía de tres ideas principales: 1) que las expresiones de la emoción evolucionan a partir de conductas que indican lo que probablemente el animal vaya a hacer a continuación; 2) que si las señales que proporcionan dichas conductas son beneficiosas para el animal que las muestra, evolucionarán de forma que aumentará su función comunicativa y puede que su función original se pierda, y: 3) que los mensajes opuestos a menudo se indican por movimientos y posturas opuestas (Pinel, 2007, p. 477)

En cuanto a los temas centrales que se pueden identificar de prácticamente todas las posturas de este enfoque de acuerdo a Schermer y Ekman (2009), son dos y estos son: una en donde se explora la relación entre las reacciones viscerales producidas por glándulas y las emociones producidas en el cerebro, y; dos, la relación cuantitativa entre la excitación neural y la emoción.

Por otra parte, Reeve (2010) clasifica ocho principales tradiciones de la investigación dentro del estudio biológico de las emociones, las cuales concilian en tres aspectos principales que son: 1) existe un pequeño número de emociones básicas, 2) las emociones básicas son universales para todos los seres humanos y animales, y 3) las emociones básicas son productos de la biología y la evolución. Dichas tradiciones se explican a continuación.

- Los procesos cerebrales hedonistas oponentes. Solomon en 1980 (como se citó en Reeve, 2010), identificó la existencia de dos sistemas cerebrales hedonistas e inconscientes, de modo que cualquier experiencia agradable tiene, en forma automática y refleja, una experiencia aversiva contraria, de la misma manera que cualquier experiencia aversiva se contrarresta, y reemplaza con rapidez, a través de un proceso placentero contrario.
- Los sistemas cerebrales pre programados. Planteamiento de Gray en 1994 (como se citó en Reeve, 2010), en donde tres emociones básicas se localizan en circuitos cerebrales independientes: el sistema de aproximación conductual (alegría), el sistema de pelea o huida (enojo) y el sistema de inhibición conductual (ansiedad).
- Los circuitos neuroanatómicos en áreas subcorticales dentro del sistema límbico. Panksepp en 1982 (como se citó en Reeve, 2010), clasificó cuatro emociones que son el temor, ira, pánico y expectativa. Dicha clasificación se hizo partiendo de la existencia de cuatro vías neuroanatómicas independientes generadoras de emoción dentro del sistema límbico.
- Estatus posibles de metas valiosas. Propuesta de Stein y Trabasso en 1992 (como se citó en Reeve, 2010), que destacaron cuatro emociones: felicidad, tristeza, enojo y temor. Lo anterior, debido a que estas emociones reflejan las reacciones ante las búsquedas esenciales de la vida: obtención (felicidad), pérdida (tristeza), obstrucción (enojo) e incertidumbre (temor).
- Patrones de descarga neural. Elaborada por Tomkins en 1970 (como se citó en Reeve, 2010), que distinguió seis emociones tales como el interés, temor,

sorpresa, enojo, angustia y alegría. Dichas emociones se identifican en base a los seis patrones claros de descarga neural que producen estas seis emociones distintas.

- Expresiones faciales universales. Ekman en 1994 (como se citó en Reeve, 2010), también identificó seis emociones básicas como temor, enojo, tristeza, asco, gozo y desprecio. El autor propone estas emociones porque cada una de estas se asocia con una expresión facial universal o transcultural correspondiente.
- Funciones psicoevolutivas independientes. Planteamiento de Plutchik en 1980 (como se citó en Reeve, 2010), que identificó ocho emociones tales como enojo, asco, tristeza, sorpresa, temor, aceptación, alegría y anticipación. El autor parte de que cada una de estas emociones corresponde a un síndrome emocional-conductual común a todos los organismos.
- Sistemas separados de motivación basados en la emoción. Elaborada por Izard en 1991 (como se citó en Reeve, 2010), que enumeró diez emociones las cuales son: enojo, temor, angustia, alegría, asco, sorpresa, vergüenza, culpa, interés y desprecio. Dichas emociones parten de la teoría del autor sobre las emociones diferenciales.

En esta sección se han revisado brevemente las principales aportaciones dentro del estudio biológico de las emociones. Es importante mencionar que la teoría e investigación de la biología de la emoción puede proveer un importante entendimiento para la teorización psicológica y sociológica de las emociones (Scherer y Ekman, 2009).

Enfoque cognitivo

Para los teóricos de este enfoque, la actividad cognitiva es un prerrequisito necesario para la emoción. Por lo tanto, si el procesamiento cognitivo se elimina, la emoción desaparece (Reeve, 2010). Además, a diferencia del enfoque biológico, de acuerdo al mismo autor, consiste en la afirmación de que los seres humanos experimentan un número ilimitado de emociones y que distintas emociones pueden surgir de la misma reacción biológica. Existen nueve tradiciones en investigación dentro de este enfoque, las cuales se describen a continuación:

- Cogniciones emocionales durante estados de activación (Schachter, 1964).

En relación a su teoría Schachter plantea tres proposiciones, las cuales consisten en:

1. Una vez que se da el estado de excitación fisiológica en donde la persona no tiene una explicación inmediata para el mismo, se etiquetará dicho estado y se describirá la emoción en cuanto al conocimiento que tenga disponible. En la medida en que los factores cognitivos son determinantes potentes de los estados emocionales, se podrá prever que el mismo estado de excitación fisiológica puede ser etiquetado como *alegría* o *furia* o cualquiera de una gran diversidad de etiquetas emocionales, dependiendo de los aspectos cognitivos de la situación.
2. Una vez que se da el estado excitación fisiológica en donde el individuo tiene una explicación completamente apropiada, no habrá

necesidad de evaluar el estado y es poco probable que se etiquete la emoción en cuanto a las cogniciones alternativas disponibles.

3. Se debe considerar la posibilidad de una cognición en la que la emoción induce cogniciones presentes, pero no hay un estado de excitación fisiológica. Un individuo pudiera, por ejemplo, ser consciente de que está en peligro, pero por alguna razón permanece en un estado de quiescencia fisiológica, es decir, que la persona se encuentra quieta pudiendo tener movimiento propio.
- Análisis del significado durante estados de activación. Mandler en 1984 (como se citó en Palmero, 2003), fundamenta su teoría en tres dimensiones, una cognitiva, referida a la importancia de la valoración; otra fisiológica, que tiene que ver con las respuestas y ajustes que lleva a cabo el organismo en las situaciones que exigen la participación de la valoración, y finalmente; la dimensión subjetiva consciente, dimensión que resulta de la combinación de las dos anteriores.

Palmero (2003) en su artículo, resume la teoría de Mandler en cuatro puntos principales que son: 1) los estímulos del ambiente; 2) un sistema estructurado que interpreta tales estímulos; 3) dos sistemas de respuesta, uno que se refleja en la acción, y otro que lo hace a través de la activación fisiológica, que esta a su vez cumple con la función del homeostasis y la búsqueda de información y; 4) un sistema de feedback que permite la percepción de la activación y el control de la acción.

- Respuesta socializada ante el estado de activación (Kemper, 1987). El autor reconoce cuatro emociones básicas: miedo, enojo, depresión y satisfacción.

Así también, menciona que existen emociones secundarias que se desarrollan a partir de estas por medio de la construcción social. Las emociones secundarias que propone Kemper como resultado de la socialización de las emociones básicas son la culpa, la vergüenza y el orgullo. No obstante, el autor concluye su trabajo diciendo que el número de emociones parece depender de la cantidad de situaciones sociales que diferencia una cultura y en el grado de interés motivacional o preocupación que produce en sus miembros respecto a estas.

- Estimación de la relación persona-ambiente. Lazarus en 1991 (como se citó en Pérez-Nieto y Redondo-Delgado, 2006), construye su teoría cognitiva-motivacional-relacional de la emoción es una de las investigaciones más prolíficas en el estudio de la relación entre los procesos de valoración y emoción. Asimismo, los autores señalan que Lazarus enfatiza las bases motivacionales que acompañan a cada emoción discreta e identifica los significados generales de cada emoción en los núcleos temáticos relacionados, lo que permite obtener un resultado final y significativo del proceso de valoración.
- Estimación del significado de los sucesos ambientales (Fridja, 1993). Para Fridja su trabajo puede puntualizarse en tres aspectos importantes, los cuales son:
 1. Las emociones en todos los casos implican un proceso de valoración y una evaluación cognitiva. Procesos están sujetos y son dependientes intervienen entre el estímulo y la respuesta emocional. Dichos procesos se refieren a la evaluación del evento como

emocionalmente significativo (evaluación primaria), así como el tipo de emoción que resulta (evaluación secundaria).

2. Los procesos de valoración cognitiva pueden tener una complejidad mínima. Pueden ser elementales, unidos a los procesos generales de la entrada de información y control de la acción.
3. La simplicidad de las condiciones cognitivas suficientes para provocar emociones se mantiene para algunas de las emociones conceptualmente complejas como para las básicas. Las condiciones suficientes para evocar dolor o angustia sobre la base de la conducta y sobre la elaboración son las emociones de culpa, remordimiento y celos, las cuales son elementales.

Fridja concluye su trabajo diciendo que el principal argumento de su trabajo es que el autoinforme es valioso para facilitar el acceso al contenido cognitivo de la experiencia emocional, y como consecuencia, proporciona indicaciones sobre lo que distingue a un tipo de experiencia emocional de otra.

- Emoción en el lenguaje (Shaver, Schwartz, Kirson y O'Connor, 1987). Los autores realizaron dos estudios sobre el conocimiento emocional y desarrollaron un modelo prototipo que contribuye de distintas maneras al entendimiento de la representación de las emociones en la vida cotidiana de las personas. Shaver y sus colaboradores proponen que, a través de la experiencia, se construyen representaciones mentales de las diferentes emociones y de la manera en que cada emoción individual se relaciona con otras emociones y con las situaciones que las producen. El modelo prototipo

parece ser útil para determinar cómo la información relacionada con la emoción es procesada en una variedad de situaciones de la vida de las personas, incluyendo interacciones sociales. Además, su modelo clarifica y proporciona un medio para integrar los hallazgos relativos a las similitudes y diferencias interculturales en conceptos de emoción.

- Roles y construcciones sociales (Averill, 1983). Averill menciona que el término constructivista que utiliza en su teoría tienen una connotación más social que cognitiva, lo que quiere decir que para él las emociones son construcciones sociales, no de productos de procesos biológicos o intrapsíquicos. Además, considera que la visión social-constructivista de su teoría se apoya en cuatro puntos principales:

1. Las emociones son respuestas de la totalidad de la persona, por lo tanto, no pueden ser definidas en términos de subclases o respuestas (por ejemplo, reacciones psicológicas o expresivas, valoraciones cognitivas, actos instrumentales o experiencias subjetivas).
2. Las emociones son complejas, es decir, un subconjunto de elementos o tipo de respuestas no son necesarias o una condición es suficiente.
3. Las reglas que gobiernan la organización de varios elementos o del síndrome son de origen social, ante todo.
4. Las emociones sirven dentro de un sistema social, o al menos están correlacionadas con otros comportamientos que tienen una función social.

- Atribuciones de resultados (Weiner, 1982). De acuerdo a Weiner, un conjunto de emociones prevalentes, incluyendo la piedad, la ira, la culpa, el orgullo (autoestima), la gratitud y la renuncia (desesperanza) comparten una característica en común: las atribuciones causales parecen ser antecedentes suficientes para su evocación. El principio que guía la teoría de la atribución es el hecho de que las personas buscan entender y descubrir el por qué un evento ocurre. Así pues, el autor establece que de acuerdo a las relaciones entre las dimensiones causales de locus, estabilidad y controlabilidad y emociones se encuentran las siguientes proposiciones:

1. El orgullo y una autoestima positiva son experimentadas como consecuencia de la atribución de un resultado positivo a los aspectos relacionados con el ego del yo, mientras que la autoestima negativa se experimenta cuando un resultado negativo se atribuye a sí mismo (la dimensión causal de locus). Por lo tanto, el orgullo y la autoestima son emociones de autorreflexión.

2. La ira se experimenta por la atribución de un resultado negativo. Esta emoción es evocada cuando un evento o resultado se relaciona con un punto negativo y es percibido bajo el control personal de otro.

Así mismo, se cree que la gratitud es una consecuencia de una configuración similar de causalidad percibida en donde se atribuye el control de los eventos positivos a otras personas.

3. La culpa se experimenta cuando las consecuencias negativas son atribuidas para sí mismo y estas podían ser controlables.

4. La compasión se siente cuando los demás están en necesidad de ayuda o en un estado negativo debido a condiciones incontrolables.
5. Cuando se da un resultado negativo con atribuciones a factores estables, se da lugar a sentimientos de impotencia y resignación; es decir, si se espera que el futuro sea negativo de la misma manera en la que fue el pasado, entonces esto provoca impotencia y un estado negativo.
6. Los efectos de la ira, la compasión y tal vez la autoestima se ven agravados cuando la causa percibida que dio origen al afecto también es estable. En este sentido, la dimensión de la estabilidad influye en la magnitud, más allá de la dirección de la emoción experimentada.

- Identidades sociales (Heise, 1987). Heise creó la *Affect Control Theory*. Dicha propuesta ofrece un modelo de la mente basado a su vez en teorías de sistemas que revela cómo se interrelacionan una variedad de fenómenos psicológicos tales como impresiones, expectativas, emociones y atribuciones. Para Heise cada persona en una situación realmente evoca dos asociaciones afectivas: una emoción fundamental asociada a la identidad de la persona y una emoción transitoria construida a partir de los eventos observados en la escena.

Todas las tradiciones en investigación de este enfoque coinciden en que “casi un número ilimitado de emociones depende del significado situacional, importancia del suceso, antecedentes de socialización, conocimiento de la emoción y otras influencias cognitivas, sociales y culturales” (Reeve, 2010 p. 231). Por lo tanto, para los teóricos de este enfoque no existe un número limitado de emociones y estas variarán de persona a persona.

Enfoque del desarrollo

De acuerdo a Sherer y Ekman (2009), en los últimos años, el estudio del desarrollo de las emociones es especialmente importante para el entendimiento de las emociones. En este sentido, Wilson y Wilson (2015), puntualizan cinco aspectos importantes sobre el desarrollo emocional de segunda y tercera infancia, los cuales se mencionan a continuación:

- La segunda y tercera infancia comprenden de los cuatro años al inicio de la pubertad. En este período por lo general, es en donde se definen y controlan las emociones de los niños.
- El desarrollo de la expresión emocional es extenso en estos períodos y se rigen por el contexto en el que niño se encuentra, así también influyen las facultades cognitivas y los procesos de referencia de normas sociales y reglas de visualización.
- La autorregulación o control emocional del niño se desarrolla a lo largo de este período a través de la moderación de los sentimientos subjetivos y de la regulación de la expresión emocional.
- Gradualmente, los niños tienen una historia emocional que se va construyendo con los períodos anteriores de su vida y ésta influye sobre su socialización, control y expresión de las emociones.
- Los niños cuyas necesidades de dependencia han sido descuidados anteriormente pueden tener un repertorio limitado de emociones, dominando las emociones negativas que generalmente son de difícil control.

Para Wilson y Wilson (2015), el desarrollo cognitivo y el desarrollo emocional son concurrentes y mutuamente dependientes. Por lo tanto, se considera este enfoque debido

a que el manejo de las emociones y de la alimentación en estas etapas de desarrollo tiene un gran impacto en la vida posterior de los niños. Las experiencias de vida juegan un papel clave en el desarrollo y perpetuación de los problemas de ingesta y peso (Ross, 2016).

Conclusiones del capítulo

Considerando los tres enfoques de las emociones, los niños en edad escolar reconocen principalmente las emociones básicas. Aunque es factible que los niños reconozcan emociones secundarias conforme van creciendo, para la elaboración del instrumento se considerará únicamente a este rango de emociones, pues como se ha expuesto con anterioridad, las emociones secundarias variarán de persona a persona porque estas dependen de la construcción social que vaya teniendo cada niño, sus experiencias y la cultura en la que se encuentre.

Tomando en cuenta que para Lazarus (1999) las emociones como el enojo, la envidia, los celos, la ansiedad, el miedo, la culpa, la vergüenza y la tristeza son emociones que provocan estrés o las nombra como emociones estresantes se considerará a estas emociones como punto de partida para analizar el estrés en los niños. Tomando en cuenta que para los niños el estrés es una palabra compleja, se incluirán ítems que incluyan las emociones que ellos utilizan para darle significado, con el objetivo de simplificar el cuestionario para los niños de menor edad.

Tal como lo señalan Flores, Cortés y Góngora (2008) un aspecto importante del desarrollo emocional de los niños consiste en aprender a hacer frente al estrés. Partiendo de la idea propuesta por Lazarus (1999), la manera en la que una persona típicamente responde ante la misma emoción, por ejemplo, ante el enojo, la ansiedad o cuando se encuentra feliz, se plasma una característica estable de la vida emocional de la persona.

Por lo tanto, si los niños responden consumiendo alimentos que su cuerpo no necesitan ante algunas emociones, se puede decir que esta conducta permanecerá a lo largo del tiempo y hará factible el desarrollo de obesidad y con ello su calidad de vida será afectada.

Los niños se encuentran en desarrollo, por lo que es posible enseñarlos a manejar de manera efectiva sus emociones sin que se ponga en riesgo la salud. Un punto importante en ello es la influencia que tienen los padres sobre la crianza, dicho tema se abordará más adelante en el capítulo de prácticas y estilos parentales de alimentación.

Capítulo II: Ingesta emocional

Antes de iniciar propiamente con el concepto de ingesta emocional es pertinente mencionar que en la actualidad existen diversas teorías que explican cómo las emociones regulan la ingesta y otras abordan cómo la ingesta regula las emociones. Para ello, Macht (2007) propone un modelo de cinco vías, el cual es una propuesta integrativa que toma en cuenta tanto las características individuales, así como también las propiedades de las emociones para explicar dicha relación. El autor menciona que el modelo proporciona un marco teórico general que sugiere que las emociones afectan la alimentación de cinco maneras básicas y estas abarcan fenómenos abordados por teorías anteriores, las cuales se explican a continuación:

- 1 Las emociones inducidas por los alimentos controlan la elección de alimentos. Este mecanismo se refiere a que alimentos densos en energía como el azúcar y la grasa evocan respuestas afectivas positivas que promueven la ingesta, mientras que los compuestos amargos, que están correlacionados con toxinas, evocan respuestas afectivas negativas que promueven el rechazo.
- 2 Emociones intensas que suprimen la ingesta debido a la incompatibilidad de la respuesta emocional. Esto es que las emociones intensas o el estrés crónico provocan la disminución de la ingesta. Además, se considera que la disminución de la ingesta es la respuesta natural ante el estrés. Tanto el factor 1 y 2 se consideran repuestas naturales, pues suceden en los primates y las ratas, así como también en los humanos.
- 3 Las emociones negativas y positivas afectan los controles cognitivos. Es frecuente que ocurra a las personas que se someten continuamente a regímenes alimenticios. La respuesta de comer en exceso se atribuye a los procesos irónicos, es decir,

cuanto más se ejerce control cognitivo, mayor será la vulnerabilidad de la persona para comer en exceso.

- 4 Las emociones negativas provocan la ingesta para ser reguladas. Este fenómeno ocurre en las personas que tienen dificultades para manejar sus emociones y recurren al consumo de alimentos, especialmente aquellos con alto contenido en azúcares y grasas. Para el autor la ingesta emocional constituye un mecanismo hedonista que aplica a la población en general. El problema radicaría entonces en la frecuencia con la que para las personas recurren principalmente a los alimentos y el tipo de alimentos para lidiar con sus emociones.
- 5 Las emociones modulan la ingesta en congruencia con las características propias de las emociones. Esto quiere decir que en un estado emocional como la tristeza tiende a provocar la disminución del apetito en las personas, y, por el contrario, un estado de felicidad y alegría puede incrementar el disfrute del alimento y la motivación para comer.

Match (2007) sugiere en su modelo diferenciar a las personas que restringen su ingesta de alimentos para mantener o perder peso y aquellas personas que consumen alimentos para mejorar su estado emocional. La diferencia entre las personas que restringen su alimentación y las que manejan sus emociones con la comida es que la ingesta responde a varias emociones y estresores. Para las primeras, menciona el autor, siempre que el control cognitivo de la alimentación se vea afectado por una variedad de influencias, los que tienden a restringirse aumentan su consumo en respuesta a las emociones negativas y positivas, pero también debido a la demanda cognitiva. En contraste, las personas con ingesta emocional, el consumo de alimentos se presenta como respuesta a emociones negativas. No obstante, tal como lo señala el autor, se necesita mayor evidencia sobre estas predicciones.

Ahora bien, a pesar de la clara evidencia de que la ingesta emocional es un problema común en el comportamiento alimentario, la documentación empírica acerca del fenómeno no es extensa (Nguyen-Rodríguez, Unger y Spruijt-Metz, 2009, párr. 2). Por lo tanto, aún no hay un consenso a nivel mundial sobre la definición de ingesta emocional.

La gran mayoría de los autores se refiere a la ingesta emocional como el resultado de varias emociones negativas ligadas al consumo de alimentos. Como menciona Goodspedd (2008), algunos hallazgos revelan que un amplio rango de emociones es asociado con la alimentación, incluyendo ansiedad, preocupación, vergüenza, culpa, felicidad, odio, amor, nostalgia, resentimiento, seguridad y confort. Asimismo, Canetti y sus colaboradores (como se citó en Hartwell et al., 2013) generalizan su concepto, mencionando que las emociones tienen influencia en el comportamiento humano, siendo las emociones negativas las que incrementan el consumo de alimentos.

De acuerdo al artículo publicado por Zhu, Cai y Zhang (2013), el concepto de ingesta emocional tiene origen en el trabajo dirigido por Bruch en 1964, quien sostenía que los comedores emocionales son incapaces de diferenciar la sensación de hambre de la activación emocional. De la misma manera van Strien y Oosterveld en 2008 (como se citó en Vandewalle, Moens y Braet, 2014), definen a la ingesta emocional como comer en respuesta a las emociones.

Conner y Armitage (2008), mencionan por su parte que la ingesta emocional se refiere a la ansiedad o emoción que deriva en la tendencia de comer más. Esto en contraste con las personas que no tienen ingesta emocional, los cuales no muestran ese cambio emocional en sus hábitos alimenticios. La ingesta emocional está basada en la auto-recompensa (Ken, Bui y Grier, 2011), lo que quiere decir que las personas que presentan ingesta emocional tratan de manejar el afecto y las emociones a través del uso de la comida.

Finalmente, en relación al papel que desempeñan las emociones positivas en la alimentación aún no hay datos concluyentes al respecto. Algunos estudios antropológicos (Vargas, 2010a; Vargas 2010b) ponen de manifiesto que, dentro de la alimentación, el ser humano vincula emociones con respecto a los alimentos que consume, en donde estos también se relacionan con experiencias agradables que fueron proveídos desde la infancia y tienden a ser preferidos y recordados como muestra del cariño. No obstante, esto puede ser entendido más bien con las prácticas parentales de alimentación, tema que se abordará más adelante.

La ingesta emocional y factores asociados a su manifestación

Una propuesta interesante para comprender a la ingesta emocional y la relación que esta mantiene con otros factores, es el modelo conceptual de la ingesta emocional que sugieren Kemp, Bui y Grier (2011). Los autores destacan que la ingesta emocional está influenciada por la publicidad de alimentos y, esta a su vez, provoca el deseo y pensamientos rumiantes acerca de la comida.

Así también, en el modelo se destaca que el comportamiento alimenticio está fuertemente influenciado por las normas sociales. De acuerdo con los autores, las normas pueden aumentar la probabilidad de que un individuo se involucre en un determinado comportamiento. Además, expresan que las expectativas sociales hacia el consumo de alimentos han evolucionado a lo largo de los años y con el aumento de la disponibilidad de alimentos, en particular los alimentos altos en calorías, se fomenta el consumo excesivo e incluso se facilita socialmente el consumo de los mismos en estados emocionales negativos.

Finalmente, Kemp, Bui y Grier (2011) encontraron otro hallazgo importante en torno a las personas que tienen ingesta emocional. En su estudio, aquellas personas con ingesta emocional se encontraron menos motivadas a procesar la información nutrimental de aquellos productos que consumen. Por lo que los autores sugieren que dicha información debería ser proveída de manera más impositiva en los empaques y más fáciles de interpretar gráficamente.

Evaluación de la ingesta emocional en adultos

The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ).

Es la primera herramienta psicométrica desarrollada para evaluar la ingesta emocional en adultos. El cuestionario fue creado por Van Strien, Frijters, Bergers y Defares (1986), cuyo propósito es evaluar tres tipos de comportamientos alimentarios: la ingesta restrictiva, que implica una determinación consciente y esfuerzos para restringir la ingesta de alimentos y calorías con el fin de controlar el peso corporal; la ingesta emocional, que sugiere una inclinación por comer en respuesta a emociones desagradables como la depresión, decepciones y sentimientos de soledad, y; la ingesta externa, que significa comer en respuesta a claves alimentarias externas como el aspecto, olor y sabor de los alimentos. La estructura del instrumento la constituye 35 preguntas, con opciones de respuesta tipo Likert que va del 1 (nunca) al 5 (con mucha frecuencia).

The Emotional Eating Scale (EES).

Es una escala que originalmente se desarrolló por Arnow, Kenardy y Agras (1995) para facilitar la investigación en las relaciones de estados emocionales específicos y la sobre-ingesta. De manera general, la escala mide la urgencia experimentada para consumir alimentos para afrontar 25 estados emocionales negativos. Se compone de tres

subescalas: enojo/frustración, ansiedad y depresión. Las personas puntúan en una escala Likert que va del 1 (no deseo comer) al 5 (un impulso abrumador de comer).

The Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress (EADES).

Es un cuestionario creado por Ozier, Kendrick, Knol, Leeper, Perko y Burnham (2007). Dicho instrumento tiene la finalidad de medir cómo las personas usan la comida para manejar el estrés y las emociones. El cuestionario se conforma por tres factores: emociones y estrés relacionados a la ingesta, que aborda el grado en que las personas usan la comida para hacer frente a las emociones y los factores de estrés; la valoración de capacidad y recursos para hacer frente a emociones y estrés, y; la valoración de influencias y estresores externos. El instrumento consta de 49 preguntas con 5 opciones de respuesta tipo Likert que van del 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo).

En relación a la medición de la ingesta emocional en México, todavía no se cuenta con instrumentos estandarizados para evaluar la ingesta emocional tanto en adultos como en niños. A raíz de la necesidad que se presenta en la actualidad para identificar la ingesta emocional en población mexicana, Lazarevich, Irigoyen-Camacho, Velázquez-Alva y Salinas-Ávila en 2015 se dieron a la tarea de validar el EADES.

El cuestionario resultante de la validación en México consta de 44 reactivos, puede aplicarse de manera individual o en un entorno grupal y es posible completarlo en 15 minutos. Los reactivos se califican en una escala Likert de 5 niveles que son de fácil lectura para personas que tengan un grado universitario. No obstante, pese a que los resultados de la validación mostraron una buena consistencia interna, las limitaciones del cuestionario es que la población a la cual está dirigida es para personas con un nivel de escolaridad avanzada, por lo que sigue siendo necesario el desarrollo de un instrumento que evalúe la ingesta emocional en la población general.

Evaluación de la ingesta emocional en niños

Actualmente, la evaluación de la ingesta emocional en niños y en adolescentes se realiza generalmente, aunque no todos, con instrumentos adaptados y validados de aquellos que fueron creados en un inicio para los adultos. A continuación, se mencionan los instrumentos que se encuentran disponibles para evaluar la ingesta emocional de los niños.

The Dutch Eating Behavior Questionnaire for Children (DEBQ-C)

Van Strien y Oosterveld (2008) adaptaron y validaron el cuestionario para niños y adolescentes de 7 a 12 años de edad. El instrumento, al igual que en su versión para adultos, tiene como objetivo evaluar la presencia de tres tipos de trastornos del comportamiento alimenticio divididos en tres escalas: ingesta restrictiva; ingesta externa; e ingesta emocional. Es una escala tipo Likert, conformado por 20 reactivos, con 3 opciones de respuesta en donde 1 es igual a No, 2 es igual a A veces y 3 es igual a Sí.

The Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ).

Este cuestionario fue creado por Wardle, Guthrie, Sanderson y Rapoport (2001). Tiene como objetivo evaluar el comportamiento de la ingesta en niños de a partir de los 2 años a través de las respuestas del principal proveedor de cuidados de los mismos. Las características del cuestionario consisten en 35 ítems que integran 8 escalas: respuesta de saciedad, lentitud para comer, alimentación melindrosa, respuesta ante los alimentos, disfrute por la comida, deseo por bebidas y, finalmente, sobre-ingesta y sub-ingesta emocional. La prueba consiste en una escala Likert de 5 niveles en donde 1 es nunca y 5 es siempre.

The Emotional Eating Scale for Children (EES-C).

La versión adaptada y validada para niños y adolescentes de 8 a 17 años de edad fue realizada por Tanofsky-Kraff y sus colaboradores (2007). De manera similar a la versión original para adultos, esta versión se compone por tres subescalas: ingesta en respuesta a emociones como la ansiedad, el enojo y la frustración; síntomas depresivos y; síntomas de ansiedad. Las respuestas para las 26 emociones se registran en una escala tipo Likert con 5 niveles, donde en el primero se registra la ausencia del deseo por comer y el último donde existe un fuerte deseo por comer. Para esta versión los participantes deben escribir el promedio de los días por semana en la que sienten cada una de las emociones.

Eating in the absence of hunger (EAH)

Esta escala fue elaborada por Tanofsky-Kraff y sus colaboradores (2008). El propósito del instrumento es evaluar la ingesta de alimentos en ausencia de hambre en niños y adolescentes con edades entre 12 y 16 años. La escala está conformada por tres subescalas: ingesta en estado afectivo negativo; ingesta externa; ingesta por fatiga y aburrimiento. En total, 14 preguntas se responden en una escala tipo Likert que va del 1 al 5, donde 1 es nunca y 5 es siempre.

Tratamientos para la ingesta emocional

Entrenamiento de habilidades emocionales

De forma prometedora, en un artículo publicado por Kindel, Hasford, Hardesty y Childers (2012), los autores sugieren una alternativa a los programas gubernamentales para desarrollar una atención plena de los consumidores a través de un entrenamiento de habilidades emocionales. El entrenamiento consiste en que los consumidores piensen de

manera más sistemática acerca de sus opciones y eliminen subyacentemente tendencias que se emplean en decisiones compensatorias hedónicas que resultan insanas.

En la investigación mencionada se realizaron dos estudios. En el primer estudio se conformó una muestra de 49 estudiantes con alta confianza, pero baja habilidad emocional, dicha muestra fue dividida a su vez en dos, en donde 25 completaron el *EI training* (Entrenamiento de Inteligencia Emocional) y 24 el *Training in nutrition knowledge* (Entrenamiento en Conocimientos en Nutrición). Los resultados mostraron que los participantes que completaron el *EI training* incrementaron su inteligencia emocional en comparación con los participantes que hicieron el *Training in nutrition knowledge*. Además, en el primer grupo fue reportada una menor ingesta calórica en comparación con el segundo. De acuerdo a lo anterior, el primer estudio reveló que un entrenamiento de habilidades emocionales mejora las elecciones de alimentos.

En el mismo sentido, en el segundo estudio los autores seleccionaron a una muestra de 69 participantes con baja confianza y baja habilidad emocional en donde 34 completaron el *EI training* y 35 conformaron un grupo control. Los resultados proveyeron información adicional sobre los efectos del entrenamiento en habilidades emocionales, confianza, proceso analítico y elecciones de alimentos, en donde los participantes mostraron mejorías en dichos aspectos de forma longitudinal.

De hecho, tal como lo menciona Ross (2016), las emociones pueden ayudarnos a tomar decisiones en nuestra vida. A no ser que se tenga algún daño neurológico, en donde se ha observado que aquellas personas que han sufrido algún daño en la parte emocional de su cerebro encuentran difícil e incluso imposible tomar una decisión (Bechara, Damasio y Damasio, 2000). Por lo tanto, para quienes no presentan algún daño cerebral, la inteligencia emocional puede desarrollarse y a su vez, pueda contribuir al tratamiento de la ingesta emocional.

Intervención para fomentar la ingesta intuitiva basada en Mindfulness

En un estudio llevado a cabo por Bush, Rossy, Mintz y Schoop (2014), se comprobó la eficacia de una intervención grupal que integra mindfulness y el desarrollo de habilidades para la ingesta intuitiva, esta última se refiere a la capacidad de saber la cantidad y tipo de alimento que el cuerpo requiere para mantener una nutrición balanceada y un peso saludable (Van Dyke y Drinkwater, 2014).

Las autoras llevaron a cabo una intervención de 10 semanas con 53 mujeres trabajadoras con nivel de estudios universitarios. Las sesiones se abordaron con la presencia de 25 participantes en promedio, durante 1 hora a 1 hora y media y completaron de 6 a 10 sesiones.

Antes de iniciar el programa, las autoras entregaron a sus participantes tres manuales, *Intuitive Eating* (Tribole, 1995), *Breaking Free from Emotional Eating* (Roth, 1993), *Eat for life* (creado por la segunda autora de la investigación) y un disco compacto con grabaciones de meditaciones con *Mindfulness*. Cada clase del programa consistió en la práctica formal *de Mindfulness*, una discusión grupal sobre la tarea previa que consistió en lecturas de los manuales y un ejercicio práctico contenido en el disco compacto.

Los resultados de la investigación demostraron que las participantes incrementaron sus niveles de apreciación corporal y de ingesta intuitiva, además, se reportaron menores niveles de comportamientos problemáticos con la alimentación en comparación con el grupo control. Las autoras mencionan que la intervención evidencia cambios cognitivos y emocionales precursores de la ingesta, es decir, que atiende las señales internas del cuerpo.

No obstante, tal como lo señalan las autoras, es necesario llevar a cabo estudios a largo plazo para evaluar si las personas mantienen una mejor relación con la alimentación y sus emociones, así también ver los efectos de esta sobre la mejora y mantenimiento de un peso saludable. Aunque si bien las investigadoras enfatizan en no focalizar el peso de los participantes durante la intervención, es necesario analizar los cambios corporales para determinar si la intervención además de mejorar los aspectos psicológicos y emocionales, también están mejorando la salud física de las personas.

Consecuencias de no tratar la ingesta emocional

La relación entre la comida y la ingesta emocional puede obstaculizar los esfuerzos de control de peso y afectar la salud mental (Ozier et al., 2007). De acuerdo a Esherrick (2015), si la ingesta emocional no es controlada o tratada, puede convertirse en algo dañino e incluso mortal. Cuando se utiliza la alimentación para manejar los sentimientos es factible desarrollar sobrepeso y obesidad con mayor facilidad.

Los problemas alimenticios de población no clínica son extremadamente comunes y estos pueden tener serias consecuencias psicológicas y nutricionales (Mitchell, Farrow, Haycraft y Meyer, 2013). Incluso, tal como lo ha plasmado Brunch (1973) en sus investigaciones longitudinales sobre pacientes con obesidad que fueron atendidos desde temprana edad, cuando las dificultades emocionales no se tratan es muy factible que los pacientes fracasen en su tratamiento e incluso ganen más peso del que inicialmente tenían antes del tratamiento.

Un problema adicional que se desarrolla cuando la ingesta emocional no se corrige es que esta puede evolucionar a un trastorno de ingesta. En este sentido Stice, Presnell y Spangler en 2002 (como se citó en Vandewalle et al., 2014), realizaron un estudio con mujeres adolescentes y encontraron que la ingesta emocional, acompañada de otros

factores como la realización de dietas con frecuencia para disminuir peso, la presión de ser delgada, la insatisfacción corporal, entre otros, predecían el trastorno de ingesta compulsiva hasta en un 92%.

El trastorno de ingesta compulsiva, de acuerdo al DSM-V (2013), es caracterizado por dos de los siguientes aspectos: 1) ingerir alimento en un período de tiempo limitado (usualmente menor a 2 horas), una cantidad de alimento que es definitivamente más grande a lo que la mayoría de la gente comería en un período similar de tiempo bajo circunstancias similares, y; 2) una sensación de falta de control sobre la ingesta del alimento (la persona siente que no puede detenerse o controlar su ingesta acerca de qué y cuánto está comiendo una vez que inicia con la misma).

Para que una persona pueda ser diagnosticada con el trastorno de ingesta compulsiva, los episodios descritos anteriormente deben ocurrir al menos una vez a la semana durante el período de tres meses. Cabe mencionar que este trastorno se presenta en personas que mantienen un peso dentro de las cifras normales, así como también en las que tienen sobrepeso y obesidad.

El DSM V (2013), señala que trastorno de ingesta compulsiva se asocia con una serie de consecuencias funcionales, incluyendo problemas de adaptación social, problemas de salud y disminución de la calidad de vida, además de la presencia de una mayor insatisfacción con la vida. El trastorno también puede asociarse con el aumento de la morbilidad y la mortalidad médica, además de una mayor utilización de servicios sanitarios asociados. Asimismo, el trastorno puede favorecer el aumento de peso y el desarrollo de la obesidad.

Ingesta emocional, prácticas parentales de alimentación e IMC

Una de las primeras investigaciones pioneras en relación a las prácticas parentales de alimentación, en relación al manejo de emociones fue desarrollada por Bruch (1973). La autora encontró que cuando los padres usan el alimento para consolar emocionalmente a sus hijos, estos pueden desarrollar un patrón de respuesta a prácticamente cualquier estado de excitación por la ingesta de alimentos, lo cual alude que esta estrategia de manejo de emociones provoca la ingesta emocional.

En otro estudio longitudinal más reciente, realizado por Farrow, Haycraft y Blissett (2015) se observó que niños que fueron expuestos a un estrés emocional moderado consumieron significativamente más calorías provenientes de comida chatarra aún cuando no tenían hambre que aquellos que no fueron sometidos a estrés. Además, aquellos padres que reportaron usar más la comida como premio y tendían a restringir alimentos por razones de salud con sus hijos eran más propensos a comer más bajo un estado afectivo negativo.

Kröller, Jahnke y Warschburger (2013) encontraron una relación significativa entre restricción y control parental de alimentos y la ingesta emocional de sus hijos, además de un mayor IMC. Por otra parte, Farrow y sus colaboradores (2015) no encontraron dicha relación entre la ingesta emocional de los niños y la restricción y control. No obstante, se ha observado que los padres que recurren a estas prácticas con los alimentos, tienen hijos con mayor IMC (Johannsen, Johannsen y Specker, 2006; Loth, MacLehose, Fulkerson, Crow y Neumark-Sztainer, 2013; Musher-Eizenman, Lauzon-Guillain, Holub, Leporc y Charles, 2009; Tschann et al., 2013).

Otro punto importante a destacar es que los niños que tienen padres con ingesta emocional, tienen mayores posibilidades de presentar dificultades en su relación con la comida. Al respecto, un estudio llevado a cabo con una muestra clínica para tratar el

consumo excesivo de alimentos en niños con sobrepeso y obesidad, encontró que aquellos padres que suelen practicar una alimentación emocional reportaron que sus hijos tenían una ingesta emocional (Braden, Rhee, Peterson, Rydell, Zucker y Boutelle, 2014). De la misma manera, Kröller, y sus colaboradores (2013) encontraron que la ingesta emocional de las madres se relacionaba con la ingesta emocional de sus hijos, además de que dichas madres reportaron que tendían a usar la comida como formas de gratificar el comportamiento de sus hijos. Lo cual suma a la factibilidad de presentar un mayor IMC (Musher-Eizenman et al., 2009).

Se ha visto que cuando las madres responden ante las demandas emocionales de sus hijos utilizando la sobreingesta de alimentos provocan en los niños la aparición de la obesidad, y, además, esto puede ser precursor de un trastorno de la ingesta por atracones (Saltzman, Pineros-Leano, Liechty, Bost, y Fiese, 2016).

Conclusiones del capítulo

La ingesta emocional es un fenómeno que se puede prevenir y también se puede tratar. La presencia de la ingesta emocional, tal como lo señalan los estudios mencionados antes, puede estar facilitando el incremento de obesidad en los niños, por lo que resulta necesario y urgente iniciar detecciones tempranas y fomentar el manejo adecuado de las emociones.

Finalmente, considerando que los niños se encuentran en desarrollo y gran parte de cómo interpretan, conocen, exploran y actúan es influenciado por la crianza, es necesario tomar en cuenta aquellos comportamientos por parte de sus padres hacen y que pudieran estar vinculados con el manejo de las emociones vinculado a la alimentación como lo es la ingesta emocional.

La práctica parental que más se asocia con la ingesta emocional es el uso de la comida para manejar cualquier estado emocional negativo y la presencia de factores estresantes durante la ingesta de alimentos.

Si bien no se ha encontrado una relación significativa entre la restricción y el control de alimentos por parte de los padres con la ingesta emocional de sus hijos, los usos de éstas se asocian con un mayor IMC de los niños.

Como se ha mencionado previamente, existen mayores posibilidades de desarrollar sobrepeso y obesidad en quienes recurren al alimento como recurso para manejar sus emociones. Si bien en algunos estudios se menciona que los niños con ingesta emocional no necesariamente tienen un mayor IMC en comparación con sus pares que no tienen ingesta emocional (Kröller, Jahnke y Warschburger, 2013), otros estudios han encontrado que a mayor edad los niños y adolescentes que tienen ingesta emocional sí tienen mayores probabilidades de presentar sobrepeso y obesidad (Braet y van Strien, 1997; Braet et al., 2008; Webber, Hill, Saxton, Van Jaarseveld y Wardle, 2009).

Las investigaciones que han analizado la relación entre la ingesta emocional de los niños y las prácticas parentales de alimentación se han llevado a cabo en países desarrollados, falta conocer si estas relaciones se presentan de manera similar en nuestro país.

Capítulo III: Multicausalidad de la Obesidad

Actualmente, se sabe que la obesidad se produce por múltiples causas, de las más identificadas son aquellas que se relacionan al estilo de vida, tales como una inadecuada alimentación, el sedentarismo y la poca o nula actividad física. Sin embargo, el término de obesidad, aún no cuenta con un consenso mundial que la defina claramente.

De acuerdo a la OMS (2016), la obesidad infantil es definida como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud” (párr. 1). El centro de control y prevención de enfermedades (CDC, 2016), señala que el sobrepeso es el índice de masa corporal (IMC) igual o superior al percentil 85 y por debajo del percentil 95 para los niños y adolescentes de la misma edad y sexo, y por otra parte, la obesidad es el IMC igual o superior al percentil 95.

Desde otra perspectiva, el Equipo de Trabajo de la Obesidad Infantil (COTF), perteneciente a la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO), argumenta una posición que clasifica a la obesidad como una enfermedad crónica (Farpour-Lambert et al., 2015). De acuerdo a la COTF, desde 1979 la obesidad ha sido definida por la OMS y por la Asociación Médica de Estados Unidos en 2013 como un padecimiento, a pesar de ello, esta perspectiva en la mayoría de los países hace referencia a la población adulta pero no a los niños.

De la misma manera, Marks, Murray, Evans y Estacio (2011), subrayan que al igual que la afluencia de otras enfermedades, la obesidad tiene múltiples causas que incluyen la predisposición genética, la cultura, la dieta y la inactividad física. Lo anterior concuerda con la propuesta de la COTF (Farpour-Lambert et al., 2015) para clasificar a la obesidad como una enfermedad crónica, ya que de acuerdo a su argumentación ésta presenta múltiples causas específicas, algunas están claramente identificadas. Así también, puede

diagnosticarse en base a signos y síntomas, y generalmente tiene una duración mayor a los 3 meses, además de que no se puede prevenir con vacunas o curar con medicamentos.

El clasificar a la obesidad como enfermedad, hace referencia a que el presentar dicho padecimiento puede acortar la vida o influir notablemente en la calidad de la misma. De hecho, en una revisión sistemática de estudios longitudinales realizada por Park, Falconer, Viner y Kinrade (2012), señalan que de manera general, la evidencia demuestra que los niños y adolescentes que presentan un nivel elevado de obesidad tienen más posibilidades de presentar diabetes tipo 2, hipertensión, cardiopatías, cáncer (de todo tipo) e incluso puede provocarles la muerte en la vida adulta en comparación de quienes presentan sobrepeso o están en un peso saludable.

Entender y comprender cada uno de los factores que predisponen a los niños a presentar obesidad facilitará la planeación de intervenciones de prevención y tratamiento de la misma. A continuación se presentan los principales factores que se reconocen en la literatura actual sobre la obesidad infantil.

Sedentarismo

Pinel (2007), explica que hay dos razones por las que las personas pueden desarrollar obesidad. Una de ellas se debe a la cantidad de alimento que se ingiere, definiendo a este aspecto como *input* -punto que se tratará con más detalle en el apartado de alimentación del presente capítulo- y la otra es a la manera en la que la persona gasta la energía consumida en exceso, al que define como *output*. Para el autor, el *output* se compone de los siguientes aspectos:

- La cantidad de ejercicio que realiza la persona
- El índice metabólico basal

- La capacidad de responder a aumentos de grasa por termogénesis inducida por la dieta y la termogénesis de actividad sin ejercicio físico (TASE).

En relación al primer punto, una de las principales causas claramente identificadas en la mayoría de las investigaciones para desarrollar obesidad es el sedentarismo. Además, la OMS (2010), ha colocado a la inactividad física uno de los cuatro factores principales de mortalidad a nivel mundial. El sedentarismo para Brownell y sus colaboradores es el resultante de un ambiente tóxico (como se citó en Wadden, Brownell y Foster, 2002). El ambiente tóxico para los autores hace referencia a la exposición a alimentos densos sin precedentes, muy publicitados, baratos y altamente accesibles que se han combinado con un estilo de vida cada vez más sedentario.

Investigaciones han hecho evidente que en la actualidad los niños pasan de dos a ocho horas diarias frente al televisor (LeBlanc et. Al, 2015; Decelis, Jago y Fox, 2014), lo cual se traduce en una reducción significativa en la actividad física que se realiza (Laurson, Lee, Gentile, Walsh y Eisenmann, 2014). En consecuencia, algunos países han promovido iniciativas en donde se sugiere que los niños no pasen más de una hora consecutiva jugando videojuegos, viendo la televisión o utilizando cualquier otro dispositivo electrónico que favorezca la inactividad física (Jones, Hinkley, Okely, y Salmon, 2013).

La inactividad física, además de favorecer la aparición de la obesidad, trae consigo otras consecuencias psicológicas y sociales en los niños. En este sentido, en una investigación longitudinal realizada por Brunch (1973), se comprobó que niños con puntuaciones más altas de inactividad, tenían mayor ingesta de alimentos y trastornos emocionales. La autora encontró que los niños que mantenían menos actividad física o tenían una actividad nula, mostraron una inmadurez social que caracterizaba a estos niños como solitarios.

Lo anterior señala que realizar actividad física no sólo facilitaría la reducción de los niveles de sobrepeso y obesidad infantil, sino que también otras áreas de la vida de los niños con dichas características se beneficiarán. En cuanto a las ganancias que se obtienen al realizar ejercicio, se ha encontrado que realizar actividad física con regularidad proporciona mayor salud y bienestar, especialmente cuando esta se realiza en espacios naturales al aire libre (Shanahan, Franco, Lin, Gaston y Fuller, 2016). Además, en una revisión sistemática sobre intervenciones de actividad física para evaluar el rendimiento neurocognitivo y académico en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad, pone en evidencia que el ejercicio regular mejora diferentes funciones cognitivas y respuestas neurológicas (Bustamante, Williams y Davis, 2016).

Alimentación

Un punto importante para que la población infantil consuma alimentos con alto contenido calórico y grasas es la exposición que tienen a los mismos. En una revisión sistemática que abarca 30 años de evidencia tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo realizada por Cairns, Angus, Hastings y Caraher (2013), se encontraron consistencias significativas al respecto que merece la pena señalar:

- Las categorías más comunes de productos alimenticios promovidos a los niños son cereales para el desayuno pre-azucarados, refrescos, bocadillos salados, confitería y comida rápida. Además de que las estimaciones de la proporción de comercialización de alimentos que las promovían a los niños variaron del 60% al 90%. Las siguientes categorías de alimentos más promocionadas fueron las bebidas de jugos y no carbonatadas, los aperitivos y los dulces o postres congelados.

- La comercialización de alimentos dirigida a niños y familias está utilizando la publicidad televisiva, las estrellas deportivas y el respaldo de las celebridades, las tecnologías digitales interactivas y el fomento de la fidelidad a la marca para promover los mismos tipos de micro-alimentos pobres y densos en energía.
- Anuncios de televisión emitidos de manera rutinaria, regalos y empaques atraen la atención de los niños y estimulan la aceptación, el gusto y la demanda de productos.
- Los niños auto-reportan la compra regular de productos sin la supervisión de sus padres, y por su parte, los padres auto-informan que con frecuencia acceden a las solicitudes de compra influenciadas por el marketing de los niños.

Lo anterior, tal como lo mencionan Cairns, et al. (2013), hace incuestionable que las industrias alimentarias de productos chatarra han ocupado un lugar primordial en los anuncios televisivos exponiéndolos de manera excesiva. Además, los autores expresan que se ha comprobado que dicha publicidad ejerce una influencia directa en la elección de los alimentos que hacen los niños.

Del mismo modo, Lissner y sus colaboradores (2012) llevaron a cabo un estudio en ocho países europeos y encontraron que los niños que veían la televisión por más de 60 minutos al día o tenían una televisión en su dormitorio, consumen más alimentos mientras ven la televisión. Además de que dichos alimentos tienden a ser productos con alto contenido en grasas o azúcares, por lo que estos niños tienen mayores posibilidades de desarrollar sobrepeso y obesidad.

Otro aspecto que destaca Cairns, et al. es que la publicidad de alimentos chatarra no sólo impacta en su consumo, sino que también distorsiona la información que los niños adquieren sobre los alimentos. Los autores analizaron varios estudios que concuerdan en que la exposición a promociones de este tipo de alimentos y de aquellos considerados "dietéticos" correlacionan con malos conocimientos nutricionales y alteran las percepciones de lo que constituye una dieta saludable en los niños.

La industria alimentaria hoy en día se ha convertido en un tema complejo que incluso ha cambiado la percepción que se tienen de los alimentos. Además de la publicidad, otro factor importante que ha provocado la manera en que se consumen los alimentos es el uso engañoso y complicado de la información proporcionada en la tabla nutricional de los empaques, encontrando que sólo quien adquiere los conocimientos formales sobre nutrición puede darse cuenta de las propiedades nutrimentales de los productos (Dodds y Chamberlain, 2016).

Sueño

De acuerdo con el *National Sleep Foundation* (2015), para mantenerse saludable, las personas deben tener un sueño normal. La organización estima que la duración adecuada del sueño para los niños de 0 a 3 meses es entre 14 y 17 horas, de 4 a 11 meses entre 12 y 15 horas, de 1 a 2 años entre 11 y 14 horas, de 3 a 5 años entre 10 y 13 horas, de 6 a 13 años entre 9 y 11 horas. Para los adolescentes, 8 a 10 horas se consideró apropiado, de 7 a 9 horas para adultos jóvenes y adultos, y 7 a 8 horas de sueño para adultos mayores.

En una investigación llevada a cabo por Chahal, Fung, Kuhle y Veugelers (2012), se encontró que un factor importante que contribuye a la disminución de la cantidad de horas de sueño es la disponibilidad y uso de televisión, video juegos, computadoras y celulares

durante la noche en los dormitorios de los niños. Los autores además de ello, hallaron asociaciones en donde los niños que tenían acceso a dichos dispositivos electrónicos presentaron malos hábitos alimenticios, por lo que además de afectar su calidad de sueño, incrementa el riesgo de tener obesidad.

En un estudio longitudinal realizado por Céspedes y sus colaboradores (2015), se demostró que la duración insuficiente y crónica del sueño en los niños está relacionada con una dieta pobre en calidad. Además, los investigadores encontraron que los niños que presentaron valores menos favorables en la calidad de su dieta y sueño tenían los valores más elevados de IMC.

Otra de las investigaciones que ha dado evidencia convincente sobre la importancia de la duración del sueño en los niños, fue llevada a cabo por Hart y sus colaboradores (2013), en donde los resultados demostraron que aumentos en la duración del sueño en los niños en edad escolar están asociados con la disminución de la ingesta de energía, menores niveles de leptina en ayunas, y un peso menor. Estos hallazgos de acuerdo con los autores, proporcionan una mayor comprensión de cómo la intervención sobre la duración del sueño podría afectar el estado de peso de los niños.

Además de ser un factor predisponente a la obesidad, las alteraciones del sueño están relacionadas con otros padecimientos debido a que el sueño es un importante regulador del crecimiento, metabolismo, reparación de tejidos, división celular, segregación endocrina y de funciones inmunológicas (Paiva, 2017).

Infraestructura ambiental

El rápido incremento en la incidencia de la obesidad indica que los factores ambientales desempeñan un papel significativo en la obesidad (Pinel, 2007). La urbanización tiene un profundo efecto en las personas y el medio ambiente, a medida que

se degradan muchos ecosistemas naturales, además de la contaminación, las personas disminuyen los niveles de actividad física por la falta de espacios adecuados que faciliten su realización (Shanahan et al., 2016).

En las últimas décadas se ha construido un entorno en donde el traslado a pie o en bicicleta es complicado y la mayoría de las veces incluso peligroso. El uso del automóvil se ha convertido en prioridad para las personas a nivel mundial y debido a que cada vez es más difícil trasladarse al lugar de trabajo, el automóvil es visto como la mejor alternativa de transporte (Garfinkel-Castro, Kim, Hamidi y Ewing, 2017).

La disminución de ambientes naturales y de espacios públicos para la realización de actividad física ha sido un tema de interés para muchos investigadores en los últimos años. En una revisión sistemática realizada por Calogiuri y Chroni (2014), se analizó los efectos de la actividad física en ambientes naturales sobre los sentimientos y creencias de las personas, la relaciones entre la actividad física y los ambientes naturales, y finalmente, los procesos motivacionales utilizando la teoría de la conducta planeada de Azjen propuesta en 1991. Las autoras encontraron que los ambientes naturales incrementan la motivación a comprometerse en actividad física a través de la intención y creencias afectivas tales como emociones positivas y el alivio de estrés.

En su estudio, Calogiuri y Chroni también encontraron que los elementos de la naturaleza integrados en los entornos de vida de las personas, como atractivas vistas naturales en el vecindario, pueden fomentar una vida activa a través del modo de transporte y la actividad física de ocio, como lo es caminar, andar en bicicleta o trotar. Y por otro lado, los ambientes naturales son escenarios para recreaciones al aire libre que implican una relación más estrecha entre el individuo y la naturaleza, tales como el excursionismo, jardinería, pesca, etc. En ambos casos, como señalan las autoras, la influencia de los

ambientes naturales están dirigidos hacia la realización de actividad física y tienen una fuerte motivación para llevar a cabo un estilo de vida activo.

Así pues, disponer de espacios públicos con ambientes naturales seguros es fundamental para mejorar la salud de la población en general. Las políticas públicas para crear dichos espacios es urgente, especialmente porque hoy en día los niños tienen menos oportunidades de jugar al aire libre (Fiese, Bost, McBride, y Donovan, 2013). De no disponer de más espacios para la recreación y el juego es posible que el uso de dispositivos electrónicos sea cada vez más frecuente como fuente de entretenimiento para los niños promoviendo con ello el sedentarismo.

Efectos colaterales del uso de medicamentos

De acuerdo al *National Institutes of Health* (NIH; 2012), ciertas medicinas pueden provocar aumento de peso, como lo son algunos corticoesteroides, antidepresivos y anticonvulsivantes. El NIH (2012) explica que la razón del aumento de peso es debido a que dichas medicinas pueden disminuir la velocidad en la que el cuerpo quema calorías, aumenta el apetito o hace que el cuerpo retenga más agua.

Speiser y sus colaboradores (2005) mencionan que el tratamiento glucocorticoide prolongando en dosis altas es bien conocido por estar asociado con un patrón distintivo de aumento de peso centrípeta con acumulación de grasa visceral predisponente al riesgo cardiovascular. Los autores manifiestan que otros fármacos incluyen ciproheptadina, valproato y progestinas utilizados en niños y adolescentes pueden predisponer al aumento de peso.

Actualmente, una de las alternativas para tratar la obesidad que se ha popularizado debido a su comodidad y practicidad es el uso de ciertos medicamentos. Dentro de las opciones se tenían fármacos agonistas de la serotonina (fenfluramina y dexfenfluramina)

que han demostrado reducir el consumo de alimentos, no obstante, el uso clínico se ha suspendido debido a que el consumo crónico de estas sustancias está asociado a cardiopatías (Pinel, 2007).

Así también, se ha encontrado que el Orlistatm el Sibutramine y el Rimonabant son alternativas medicinales que a largo plazo traen consecuencias y con ellas la ganancia de peso al dejar de consumirse (Buckroyd y Rother, 2007). Por lo tanto, el uso de medicamentos para tratar la obesidad debe ser considerado con cautela tomando en cuenta sus efectos secundarios, especialmente cuando su uso se sugiere en los niños.

Predisposición genética para la obesidad

Aunque hoy en día es ampliamente conocido que las mutaciones genéticas son poco frecuentes en seres humanos obesos (Pinel, 2007). Existen diversos padecimientos heredados que facilitan la presencia de obesidad en los seres humanos. Dentro de las primeras enfermedades en las que se encontró dicha relación fue el síndrome de Frehlinch, descrito desde la década de 1930 (Brunch, 1973). De acuerdo a la *National Organization for Rare Disorders* (NORD, 2004) este padecimiento es una constelación de anormalidades endocrinas que se crea y trae como consecuencia daños en el hipotálamo. El hipotálamo es una glándula endocrina que produce sustancias que estimulan la hipófisis y regulan el apetito. Por lo tanto, quien presenta este síndrome es incapaz de sentir saciedad e ingiere una cantidad excesiva de alimento.

Si bien se sabe que el presentar obesidad u otra enfermedad tiene un componente hereditario, los procesos multifactoriales y complejos, como lo son la obesidad y la diabetes, no pueden ser explicados sólo por cambios en la secuencia del ADN (Valladares-Salgado, Suárez-Sánchez, Burguete-García y Cruz, 2014). Ahora bien, actualmente investigadores se han ocupado en gran parte en conocer los factores que predisponen a las personas a

desarrollar obesidad incluso antes de su nacimiento. Por ejemplo, el aumento de peso gestacional mayor al recomendado se asocia con mayores probabilidades de que el niño desarrolle sobrepeso y obesidad en el futuro (Sridhar et al., 2014), lo que puntualiza la importancia de mantener una alimentación equilibrada durante el embarazo.

Así también, una alimentación desbalanceada y poco saludable durante el embarazo no sólo podría afectar el desarrollo del bebé sino que también a la madre. Las mujeres con obesidad durante su embarazo tienen mayores probabilidades de desarrollar diabetes gestacional (Chu et al., 2007) y las mujeres que la presentan tienen más probabilidades de desarrollar diabetes tipo 2 (Bellamy, Casas, Hingorani y Williams, 2009). Por lo que concierne a la salud de los niños, se conoce que los hijos de madres con diabetes gestacional son más propensos a desarrollar obesidad y diabetes en la vida adulta (Valladares-Salgado et al., 2014).

Finalmente, de acuerdo con Fleisch, Wright y Baccarelli (2012) la superalimentación parental también se ha asociado con modificaciones epigenéticas en la descendencia. En otras palabras, los hábitos inadecuados de alimentación no sólo afectarán a la salud de la persona en sí, sino que además esto puede contribuir a que sus hijos desarrollen algún padecimiento como lo es la obesidad o la diabetes.

Conclusiones del capítulo

La obesidad es multifactorial, por lo tanto, se requiere de un enfoque interdisciplinario para hacer frente a este problema. El trabajo inter e intra disciplinario es necesario para mejorar el panorama actual de la obesidad infantil. Organismos internacionales y nacionales reconocen que es necesario cambiar y mejorar hábitos que alteran la calidad de vida de las personas.

Dentro de los retos que se tienen en nuestro país, los especialistas en el área de salud presentan grandes oportunidades para intervenir y prevenir la obesidad infantil. Dichas áreas tendrán que ser dirigidas al cambio de hábitos para mejorar el estilo de vida de los niños. Sin embargo, faltan políticas públicas que faciliten la adquisición de conductas que estén dirigidas a mantener y mejorar la salud de las personas.

Por último, vale la pena señalar que Calogiuri y Chroni (2014) mencionan que es importante considerar ciertos aspectos para mejorar las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud. Dentro de las implicaciones a tomar en cuenta las autoras señalan que es necesario que:

- Las campañas sociales que promueven las visitas a los ambientes naturales y la vida activa se centren en las creencias individuales dirigidas a sostener la intención de las personas de participar en la actividad física.
- La programación de actividades que apuntan a promover interacciones sociales y experiencias positivas en ambientes naturales. Como la organización de caminatas u otras actividades en grupos.
- La información sobre los beneficios para la salud de estar en contacto con la naturaleza, proporcionada por los médicos de familia, así como la educación al aire libre basada en la escuela, puede tener un impacto positivo en las normas subjetivas individuales y en las actitudes hacia la recreación al aire libre a través de sentimientos sobre la naturaleza.

Capítulo IV: Estilos y prácticas parentales de alimentación

Se considera pertinente para el presente estudio incluir las prácticas parentales de alimentación debido a que la paternidad es la mayor influencia ambiental y, posiblemente, sea una mayor influencia que los efectos genéticos en el desarrollo de los niños, sobre todo cuando la crianza de los niños es insuficiente y no se abastecen plenamente las necesidades de dependencia del niño (Wilson y Wilson, 2015).

Lo anterior, concuerda con un estudio longitudinal sobre el desarrollo de niños con obesidad, en donde Brunch (1973) hace hincapié en la importancia de la interacción entre padres e hijos, y en particular, en el papel de los padres en el fomento de la independencia de sus hijos. Brunch encontró que aquellos niños a los que no se les impulsó a ser independientes se mostraron más inmaduros, sumisos y continuaron siendo dependientes de sus padres, además mostraban un grado mayor de sobrepeso u obesidad.

No obstante, es necesario definir y distinguir entre dos términos que implica la crianza parental pero que son distintos: los estilos parentales y prácticas parentales. En el caso de esta investigación, se habla específicamente a las prácticas parentales en torno a la alimentación de sus hijos. Posterior a su definición, se expone cómo las investigaciones han abordado su estudio en relación a la ingesta emocional de los niños.

Estilos parentales

Como punto de partida, Baumrind (1971) ha sido pionera en el estudio de los estilos parentales. En sus primeros estudios encontró la existencia de tres patrones de estilos parentales en cuanto a la manera en la que los padres ejercen su autoridad hacia sus hijos. Los estilos encontrados fueron el autoritario, el democrático y el permisivo, los cuales se describen brevemente a continuación:

- Autoritario. Los padres que se caracterizan con este estilo intentan dar forma, controlar y evaluar el comportamiento y las actitudes de sus hijos de acuerdo con un conjunto estándar de conducta, que por lo general es absoluto y teológicamente motivado y formulado por una autoridad superior. El padre autoritario valora la obediencia como virtud y la favorece. Utiliza medidas de castigo para frenar la libre voluntad en situaciones donde las acciones del niño o sus creencias resultan inadecuadas. Además, se considera primordial inculcar valores como el respeto a la autoridad, respeto por el trabajo, por el orden y la estructura tradicional. Así también, este estilo parental no fomenta el discurso de dar y recibir, cree que el niño debe aceptar su palabra como lo que es correcto.
- Democrático. En este estilo se intenta dirigir las actividades del niño, pero de una manera racional orientada a los problemas. El padre fomenta el discurso de dar-recibir y comparte con el niño el razonamiento que hay detrás de su política. Se valoran los atributos expresivos como los instrumentales, la voluntad autónoma y la conformidad disciplinada. Por lo tanto, se ejerce un control firme en los puntos de divergencia, pero no utilizando restricciones. Asimismo, el padre reconoce sus propios derechos como un adulto, pero también los intereses individuales del niño, afirma sus cualidades y establece normas para la conducta futura. Se usa la razón y el poder para lograr los objetivos. Sin embargo, las decisiones no se basan en consenso con el grupo o en los deseos individuales del niño, pero tampoco se considera a sí mismo como infalible o de inspiración divina.
- Permisivo. Un padre permisivo intenta no comportarse de manera punitiva, afirmativa y aprueba los impulsos, deseos y acciones del niño. Consulta con

el niño las decisiones de la política en casa y da explicaciones de las reglas familiares. Se hacen pocas demandas de responsabilidad del hogar y de conducta ordenada. El padre se presenta al niño como un recurso para ser utilizado como desee, no como un agente activo responsable de dar estructura o de alterar su comportamiento en curso o en el futuro. Además, se permite al niño regular sus propias actividades tanto como sea posible, evita ejercer el control y no se le anima a obedecer normas definidas externamente. Se intenta usar la razón, pero el padre no manifiesta poder para sus finalidades.

Como se puede notar, tanto el estilo autoritario como el permisivo son extremos y no responden plenamente a las necesidades de los niños. Posterior al estudio presentado de Baumrind, Maccoby y Martin en 1983 (como se citó en Vaughn et al., 2016), se definió al estilo parental como el clima emocional en la relación padre-hijo. Estos autores agregaron un estilo más a la categoría, utilizando para su clasificación los niveles de afecto e interés en comparación con el control y la exigencia que los padres. Dichos estilos son: 1) democrático, con alto nivel de afecto y alto nivel de control; 2) autoritario, con bajo nivel de afecto y alto nivel de control; 3) indulgente, con un nivel alto de afecto, pero bajo nivel de control, y; 4) desconectado o ausente, en donde hay un bajo nivel de afecto y un bajo nivel de control.

De acuerdo con Wilson y Wilson (2015), las investigaciones respecto a los estilos parentales señalan que el estilo parental con mayor éxito para un mejor desarrollo en general en los niños, es el estilo parental democrático. Lo anterior, en relación a la ingesta emocional, concuerda con la investigación realizada por Topham et al., (2011), en donde se encontró que las familias donde no se permitía la expresión de emociones tenían más niños con ingesta emocional que en aquellas en las que sí se permitía.

Prácticas parentales de alimentación

De acuerdo a Rodgers y sus colaboradores (2013), las prácticas parentales de alimentación apuntan a la influencia sobre la cantidad y tipo de comida que el niño come e incluye el monitoreo de la ingesta, alimentación restrictiva o controlada, presión para comer, alimentación instrumental y alimentación emocional.

Se entiende como prácticas parentales a aquellos comportamientos o acciones, ya sean de manera intencional o no, que son realizados por los padres cuyos propósitos de crianza infantil influyen en las actitudes, comportamientos o creencias de sus hijos (Vaughn et al., 2016). Por lo tanto, las prácticas parentales de alimentación infantil enfatizan lo que los padres hacen para influenciar el comportamiento alimentario de sus hijos, por ejemplo, la limitación de dulces (Braden, Rhee, Peterson, Rydell, Zucker y Boutelle, 2014).

En los últimos años, se ha puesto mayor atención al estudio de las prácticas parentales de alimentación, ya que existe evidencia que sugiere que algunas estrategias empleadas dentro de estas prácticas por los padres, pueden estar favoreciendo la aparición de la ingesta emocional de sus hijos (Van Strien y Oosterveld, 2008; Vaughn et al., 2016).

Una dificultad general para esbozar conclusiones sobre si los estilos parentales predicen estilos específicos de alimentación o si las dificultades en la alimentación predicen el uso de estilos de alimentación particulares sin tener en consideración el estilo parental en general, se debe a la dirección de los efectos (Mitchell, Farrow, Haycraft y Meyer, 2013). No obstante, tal como se señaló anteriormente, un estilo parental democrático facilita un mejor desarrollo en los niños y en relación a la alimentación se hace énfasis en las acciones que hacen los padres día a día que pueden impactar directamente en el comportamiento alimentario de sus hijos. En este sentido, Vaughn et al. (2016) realizaron un análisis en

relación a las prácticas parentales de alimentación y clasificaron tres principales tipos de constructos, los cuales se describen a continuación:

- Control coactivo. Se refiere a la presión e intromisión por parte de los padres para dominar los sentimientos, pensamientos y comportamientos de su hijo. La coerción y el control psicológico son estrategias centradas en los padres, es decir, que sirven a los objetivos y deseos de los padres y no toma en cuenta las necesidades emocionales o psicológicas del niño. Existen cuatro tipos de control coactivo en las prácticas parentales de alimentación:

1. Restricción coercitiva. Implica el esfuerzo por parte del padre, en donde se ejercen límites de tipo autoritario en el acceso del niño a los alimentos u oportunidades para consumir aquellos alimentos que generalmente son de sabor agradable, más bien que restringir la ingesta calórica.
2. Presión para comer. Es la insistencia o exigencia por parte de los padres para que sus hijos coman más alimento. El uso de tales estrategias como la insistencia de que el niño limpie su plato, proporcionando indicaciones de manera repetitiva para que el niño coma -incluso cuando este no tiene hambre- o luchando físicamente para obligar al niño a comer.
3. Amenazas y sobornos. Los padres pueden tratar de dar forma a los comportamientos de sus hijos, ya sea acerca de la alimentación o de la obediencia en general, utilizando alimentos altamente deseados como tentaciones. Dentro de esta categoría de control coercitivo, hay tres tipos de amenazas y sobornos: 1) amenazas y sobornos para comer basados en comida; 2) amenazas y sobornos basados en alimentos para que el niño se comporte, y; 3) incentivos que no son alimentos para hacer que el niño coma.

4. Uso de la comida para controlar las emociones negativas. Se refiere al uso de los alimentos de los padres para administrar o calmar a sus hijos cuando están alterados, molestos, quisquillosos, heridos o aburridos, en lugar de ayudar a los niños a modular las emociones de otras maneras.
- Control de estructura. Se refiere a la manera en la que los padres organizan el entorno de sus hijos para facilitar la competencia de los mismos. Las estrategias utilizadas por los padres tienen como principio ayudar a sus hijos a aprender y mantener ciertos hábitos alimentarios. Las prácticas parentales de alimentación en relación a este tipo de control parental son:
 1. Reglas y límites. Son las declaraciones de las expectativas de los padres con respecto a qué, cuándo, dónde y cuánto deben comer a sus hijos.
 2. Elecciones limitadas o guiadas. Se refiere a que los padres dan cierto control a sus hijos acerca de qué él o ella come, pero de manera que esta elección es controlada o guiada de acuerdo a lo que el padre piensa que es apropiado comer.
 3. Monitoreo. Es la frecuencia con la que los padres dan seguimiento al consumo de diferentes alimentos de sus hijos, en particular, los dulces, bocadillos y alimentos ricos en grasa.
 4. Creación de rutinas para comida y aperitivos. Hace alusión a la estructura de los padres a crear la participación de la ubicación, el tiempo, la presencia de miembros de la familia. Así también al ambiente o estado de ánimo que los padres fomentan y a la presencia o ausencia de distracciones durante las comidas y aperitivos.

5. Modelo a seguir. Son los esfuerzos intencionales que realizan los padres para demostrar de forma activa la alimentación saludable para el niño.
 6. Accesibilidad y disponibilidad de alimentos en el hogar. Un alimento es accesible cuando está en el hogar y representa la manera en que los padres dan forma al ambiente de la comida casera. Por otra parte, la disponibilidad alude a las acciones de los padres para controlar lo fácil o difícil que es para los niños tener acceso a los alimentos por sí mismos o con ayuda limitada.
 7. Métodos para la preparación de alimentos. Apunta a los métodos que utilizan los padres para preparar comidas, así como la frecuencia y tiempo que los mismos emplean en la preparación de los alimentos.
 8. Prácticas no estructuradas. Se refiere a la falta de control parental o a un control mínimo de estructura acerca de la ingesta de los niños. Esta falta de control se traduce a prácticas que pueden ser negligentes o indulgentes en exceso. La falta de supervisión y orientación puede representar a un padre desacoplado o distraído.
- Apoyo a la autonomía. En este sentido, los padres brindan apoyo a la voluntad e impulsan la capacidad del niño para autorregularse cuando el padre no está cerca. Los padres tratan de dar elementos de independencia a sus hijos, así como también ofrecer opciones a los niños y permitirles la exploración independiente apropiada para su edad. Las prácticas parentales de alimentación a las que se refiere este constructo son:
 1. Educación nutricional. Son los intentos por parte de los padres para transmitir información y las habilidades para ayudar a sus hijos a tomar decisiones informadas sobre los alimentos que comen.

2. Participación infantil. Se refiere a involucrar al niño a la participación, planificación y preparación de las comidas.
3. Estimulación. Hace alusión a las maneras en la que los padres intentan de forma positiva, gentil y solidaria inspirar a sus hijos a adoptar hábitos alimenticios saludables o a persuadirlos a consumir más alimentos sanos que los alimentos chatarra.
4. Elogios. Es el tipo de reforzador positivo en donde los padres proveen a sus hijos retroalimentación verbal. Sin embargo, el elogio debe ser generalmente dado en un tono positivo.
5. Razonamiento. Puntualiza a las maneras en las que los padres usan la lógica para persuadir a sus hijos a cambiar sus hábitos alimenticios. Incluye el intento de convencer al niño de los atributos positivos de los alimentos o, por el contrario, tratar de convencerlos de los atributos negativos de la comida chatarra.
6. Negociación. Permite una discusión fluida entre padre e hijo para resolver diferencias acerca de la cantidad o el tipo de alimento a ser consumido por el niño.

Una vez expuesta la diferencia entre estilos y prácticas parentales se puede mencionar que para la presente investigación resulta más útil evaluar qué acciones realizan los padres en relación a la alimentación de sus hijos y analizar si esto puede estar favoreciendo la aparición de la ingesta emocional.

Conclusiones del capítulo

Los estilos y prácticas parentales tienen impacto en el desarrollo de los niños. No obstante, se ha observado que los niños de padres con un estilo parental democrático tienen menos dificultades en su desarrollo. Por otra parte, las prácticas parentales de alimentación tienen un impacto directo en el comportamiento alimentario de los niños y resulta esencial estudiar qué acciones favorecen una relación más adecuada con los alimentos y qué acciones pueden suscitar comportamientos inadecuados en torno a la alimentación como pudiera ser la ingesta emocional en niños.

Finalmente, otro punto importante en la relación entre padres e hijos es la expresión y el manejo de las emociones, así como también la forma en la que los padres enseñan cómo enfrentar las dificultades de la cotidianidad a sus hijos. Las respuestas que los padres dan ante las necesidades emocionales de sus hijos afectan su desarrollo emocional y físico, y la alimentación no es ajena a estas necesidades.

Planteamiento del problema

El desarrollo de escalas para evaluar la ingesta emocional desde edades tempranas hace posible el diagnóstico oportuno de alteraciones en la alimentación de los niños. Detectar la ingesta emocional desde sus inicios facilita una intervención para prevenir futuros problemas de salud. Dichos problemas, como el sobrepeso y la obesidad, actualmente afectan a gran parte de la población mexicana y aún no se cuenta con un instrumento que permita identificar la ingesta emocional en niños. Es entonces de suma relevancia, concertar una escala adecuada y precisa de la ingesta emocional en el contexto mexicano.

Sin embargo, un problema que se ha presentado en las investigaciones que preceden a la presente, la ingesta emocional en los niños se comporta de manera distinta a la ingesta emocional de los adultos, incluso se dice que los padres pueden favorecer su aparición. Es por ello y considerando que los niños se encuentran en desarrollo, que se tomó en cuenta evaluar las prácticas parentales de alimentación infantil para analizar la relación que existe con la ingesta emocional de los niños.

La presente investigación tuvo como finalidad contestar la siguiente pregunta: ¿Cuál es la asociación entre la ingesta emocional de los niños y las prácticas parentales de alimentación infantil? Contestar esta pregunta es un factor determinante para crear estrategias de prevención y plantear mejores tratamientos para mejorar la alimentación de los niños y con ello su salud (presente y futura).

El presente estudio se dividió en dos fases principales. Mismas que se desarrollan a detalle en las siguientes secciones. De manera breve, dichas fases son:

Fase 1. Adaptación y validación de pruebas psicológicas.

Fase 2. Análisis de la relación entre las variables bajo estudio

Preguntas de investigación

¿Cuáles son las prácticas parentales de alimentación que más se asocian con la ingesta emocional de los niños?

¿Los niños con sobrepeso y obesidad presentan mayor incidencia de ingesta emocional en comparación con los niños con peso saludable?

Objetivo general

Analizar si la presencia/ausencia de ingesta emocional de los niños se asocia con las prácticas de alimentación que llevan a cabo los padres con sus hijos(as) y ver si esta se correlaciona positivamente con un mayor IMC.

Método

Diseño

El diseño del presente proyecto es de tipo correlacional, en donde las variables son el tipo de ingesta (emocional y no emocional) de los niños, las prácticas parentales de alimentación infantil y el IMC de los niños.

Fase 1. Adaptación y validación de pruebas psicológicas

Objetivos de la fase I

1. Adaptación del Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) para evaluar el comportamiento alimenticio de los niños.

2. Adaptación del cuestionario Emotional and Appraisal Due to Emotions and Stress para evaluar el manejo de estrés y de emociones de los niños en relación a la alimentación.

Participantes

Los participantes del presente estudio se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico, provenientes de dos escuelas primarias públicas de la ciudad de Morelia, Michoacán. Se enviaron 676 paquetes a las instituciones seleccionadas, para ser contestados en casa por los padres de familia. Dichos paquetes incluyeron una carta de consentimiento informado que autorizaba tanto su participación como la de sus hijos y el Cuestionario del Comportamiento Alimentario de los Niños (CEBQ) que también integró un anexo para los datos sociodemográficos.

En general, se recibieron 330 cuestionarios del CEBQ contestados por parte de los padres de familia y un total de 387 niños con autorización contestaron el cuestionario de

Alimentación y Afrontamiento al Estrés y Emociones (EADES) en su salón de clases durante la jornada escolar.

En total, el 84.5% de la muestra adulta fueron mujeres y el 10.9% fueron hombres, quienes contentaron los cuestionarios CEBQ y PPA. La edad promedio de los padres fue de 36.8 años con una DE de 7.8. La mitad de la muestra (56.7%) reportó encontrarse casada, siguiendo con el 9.7% de padres solteros, 6.7% en unión libre 6.1% divorciados, y el restante no proporcionó el dato. En lo que respecta a su educación, 32.4% de los padres había concluido la licenciatura, el 29.4% el bachillerato, el 17.9% la secundaria y el 3% la primaria únicamente. Se solicitó a los padres participantes reportar el gasto semanal en alimentos para determinar el nivel de ingresos. De acuerdo con el sistema de deciles de ingresos en México el decil I es el más pobre y el X el más rico. El 62.4% de los participantes señaló gastar entre 2000-6000 pesos al mes, eso quiere decir que la mayoría están entre el decil II de ingreso y el decil más rico, entonces, el panorama de hogares de acuerdo con su ingreso representado en la muestra se ajusta al panorama nacional.

En lo que respecta a la muestra infantil, el 52.2% fueron niñas y el 47.8% niños. El rango de edad de los niños participantes fue de 8 a 12 años. Se obtuvo previamente al día de la aplicación del cuestionario EADES el peso y talla durante la jornada escolar el peso y talla de los niños utilizando la báscula OMRON 201408-0189F y se les solicitó a los niños quitarse los zapatos y prendas como suéteres o sudaderas. Para obtener la altura se utilizó el tallímetro portátil ADE MZ10042 y se checó la posición y postura de cada participante. El IMC fue obtenido por medio de la Calculadora del percentil del IMC en niños y adolescentes en su versión métrica de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2017). En la muestra, el 58.7% de los niños se encontró en su peso saludable, el 35.9% presentó sobrepeso y obesidad y el 1% bajo peso. En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de la muestra adulta y en la tabla 2 los de la muestra infantil.

El protocolo de investigación fue aprobado por parte del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UMSNH. Una vez aprobado, se acudió a dos escuelas primarias de la ciudad de Morelia, Michoacán para exponer el presente proyecto ante los directivos y solicitar su autorización.

Criterios de inclusión y exclusión

Este estudio contempló criterios de inclusión y exclusión tanto para los padres participantes como para los niños. El único requisito para la participación de los padres fue que supieran leer y escribir y para los niños que estuvieran cursando por lo menos el tercer grado de la educación primaria, supieran leer y escribir y no tuvieran dificultades cognitivas y de lenguaje expresados por su profesor o profesora del grado escolar en el que se encontraban. Posterior a su aplicación, fueron eliminados aquellos cuestionarios que tenían más del 5% de omisiones de respuesta y aquellos que fueron claramente identificados con un patrón de respuesta homogéneo durante todo el cuestionario.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los padres

	Media	DE	Mín	Máx
Edad	36.8	7.8	22	81
IMC-Madre	25.98	3.8	16.99	39.33
IMC-Padre	27.27	3.9	12.35	42.21
Integrantes en la familia	4.4	1.2	2	12
Sexo	Mujeres = 279 (84.5%) Hombres = 36 (10.9%) Perdidos = 15 (4.5%)			
Ocupación	Trab. Act. Elementales = 129 (39.1%) Profesionistas y técnicos = 86 (26.1%) Comerciantes, ventas = 26 (7.9%) Trab. Aux. en Act. Adm. = 19 (5.8%) Trab. serv. personales y vigilancia = 12 (3.6%) Estudiantes 4 (1.2%) Operadores de maquinaria, choferes 4 (1.2%) Trab. Artesanales 2 (0.6%) Funcionarios, directores 1 (0.9%) Perdidos = 29 (12.5%)			

Datos sociodemográficos de los padres (continuación)

Edo. Civil	Solteros(as) = 32 (9.7%) Casados(as) = 187 (56.7%) Divorciados(as) = 20 (6.1%) Viudos(as) = 6 (1.8%) Separados(as) = 9 (2.7%) Unión libre = 22 (6.7%) Perdidos = 54 (16.4%)
Gasto semanal en alimentos	Menos de 500.00 = 23 (7.0%) 500.00 – 1500.00 = 206 (62.4%) 1500.00 – 2000.00 = 34 (10.3%) Más de 2000.00 = 17 (5.2%) Perdidos = 50 (15.2%)
Escolaridad	Sin estudios / Primaria trunca = 3 (0.9%) Primaria = 10 (3.0%) Secundaria = 59 (17.9%) Bachillerato = 97 (29.4%) Licenciatura = 107 (32.4%) Posgrado = 9 (2.7%) Perdidos = 45 (13.6%)

Tabla 2

Datos sociodemográficos de los niños

	Media	DE	Mín	Máx
Edad	10.36	1.22	8	13.1
IMC-N	19.28	3.72	12.6	33.0
Sexo	Mujeres = 202 (52.2%) Hombres = 185 (47.8%)			
Estado actual de salud	Bajo peso = 4 (1%) Peso saludable = 227 (58.7%) Sobrepeso = 80 (20.7%) Obesidad = 59 (15.2%) Perdidos = 17 (4.4%)			

Validación psicométrica de la escala CEBQ

El CEBQ es un cuestionario creado por Wardle, Guthrie, Sanderson y Rapoport (2001) para evaluar el comportamiento de la ingesta en niños británicos de a partir de los 2 años a través de las respuestas del principal proveedor de cuidados de los mismos. Las características del cuestionario consisten en 35 ítems que integran 8 escalas: respuesta de saciedad, lentitud para comer, alimentación melindrosa, respuesta ante los alimentos, disfrute por la comida, deseo por bebidas y, finalmente, sobre-ingesta y sub-ingesta

emocional. El diseño de la prueba es una escala tipo Likert de 5 niveles en donde 1 es nunca y 5 es siempre. El cuestionario ha mostrado una buena consistencia interna con coeficientes de alfa de Cronbach que van de .72 a .91.

Actualmente el CEBQ ha sido adaptado en prácticamente en todos los continentes. En Europa, se ha adaptado en Portugal (Viana, Sinde y Saxton, 2008), Holanda (Sleddens, Kremers y Thijs, 2008) y Suecia (Svensson, Lundborg, Cao, Nowicka, Marcus y Sobko, 2011). En Asia, los países que han adaptado el instrumento son China (Cao, Svensson, Marcus, Zhang, Zhang y Sobko, 2012), Malasia (Loh, Moy, Zaharan y Mohamed, 2013) y recientemente en India (Dasgupta, Bhattacharyya, Paul y Bandyopadhyay, 2017). En Oceanía, Australia adaptó el cuestionario en tres distintos grupos étnicos (Mallan, Liu, Mehta, Daniels, Magarey y Battistutta, 2013). En Norteamérica, ya se encuentra adaptado en Canadá (Spence, Carson, Casey y Boule, 2011) y Estados Unidos de América (Domoff, Miller, Kaciroti y Lumeng, 2015; Sparks y Radnitz, 2012). Por último, en Latinoamérica únicamente se ha adaptado en Chile (Santos et al., 2011).

Las aplicaciones que ha tenido el cuestionario CEBQ han servido a diversos propósitos, tales como examinar las asociaciones de las diversas subescalas con el IMC (Powers, Chamberlin, Schaick, Sherman y Whitaker, 2006; Viana et al., 2008); comparar el apetito entre los hijos de padres en peso saludable y con obesidad (Powers et al., 2006; Wardle, Guthrie, Sanderson, Birch y Plomin, 2001) y; descubrir la continuidad y estabilidad en los comportamientos alimentarios de los niños a través del tiempo (Ashcroft et al., 2008).

La versión original del CEBQ fue previamente traducida y adaptada buscando la equivalencia del lenguaje y cultural. Se realizó una evaluación con cinco jueces expertos, quienes además de ser bilingües tenían experiencia en el campo de estudio y con el tipo de población para la cual se adaptaron los instrumentos. Se obtuvo un acuerdo inter-jueces mayor al 85% en ambos casos, quienes estuvieron de acuerdo en que los ítems del

instrumento traducido eran equivalentes y representaban satisfactoriamente al cuestionario en su versión original.

Los análisis realizados en este proceso fueron: a) análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión por reactivo; b) análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de pruebas *t* de Student y tablas de contingencia, respectivamente; c) análisis de consistencia interna por medio del Alpha de Cronbach por factor y escala total, y; d) análisis factorial exploratorio, por el método de componentes principales con rotación varimax cuyos resultados se presentan a continuación:

Resultados de la adaptación del CEBQ

Análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de pruebas t de Student y Cross Tabs CEBQ

Se comprobó el poder de discriminación y la direccionalidad en los patrones de respuesta para todos los reactivos de la traducción y adaptación del instrumento, excepto en el caso de los ítems 2, 6, 18 y 31 los cuales no discriminaron a través de la prueba *t* para grupos extremos, con una significancia bilateral mayor a $p > .05$ por lo que se excluyeron del análisis de confiabilidad.

Análisis de consistencia interna

Se realizó el análisis de confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach. Se obtuvo un alfa de la escala total de .856. La tabla de estadísticos-total elemento mostraron que, si se eliminaban el ítem 27, se elevaba el alfa a .860 con un total de 30 elementos. Por lo que también se eliminó el ítem para los siguientes análisis. No obstante, se determinó eliminar también el ítem 15 de la escala debido a que el peso factorial al que pertenecía dicho reactivo era muy bajo y al eliminarlo se elevaba el alfa del factor de .198 a .680 y el

alfa total de la prueba igualmente mejoró de .860 a .861. La confiabilidad por factor se muestra en la tabla 3.

Tabla 3.

Análisis de confiabilidad por factor del CEBQ

Factor	Alfa de Cronbach
Respuesta ante los alimentos (RAA)	.849
Ingesta emocional (IE)	.750
Deseo por bebidas dulces (DBD)	.863
Respuesta de saciedad (RS)	.771
Alimentación melindrosa (AM)	.712
Disfrute del alimento (DA)	.733
Lentitud para comer (LPC)	.680

Análisis factorial exploratorio del CEBQ

Se ejecutó el análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales con rotación varimax. Los factores convergieron en 10 iteraciones, obteniendo 7 factores que explican el 60.75% de la varianza total. El número de factores se seleccionaron a través del valor propio, tal como se muestra en la tabla 4 y el punto de corte de Cattell.

Una vez eliminado el ítem 15, se corrió nuevamente el análisis y los factores convergieron en 11 iteraciones, obteniendo 7 factores que explican el 63.4% de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el Alpha de Cronbach de .861 de los 29 ítems. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvo un puntaje de .844 que indica una alta adecuación muestral para el análisis factorial, mientras que la Prueba de Esfericidad de Bartlett obtuvo un valor de Chi-cuadrada de 3547.707, con un nivel de significancia $p < .001$, lo que indica que el modelo factorial es apropiado. Todos los ítems, con excepción de los reactivos 3 y 13 cargaron relativamente como se esperaba comparado con lo obtenido por las autoras de la prueba original.

Tabla 4

Estructura factorial del CEQB

	Factor						
	RAA	IE	DBD	RS	AM	DA	LPC
29. Si lo dejara, mi hijo(a) comería demasiado	.801						
5. Si dependiera de él(ella), mi hijo(a) comería casi todo el tiempo	.745						
35. Si pudiera, mi hijo(a) siempre tendría comida en la boca	.742						
34. Mi hijo(a) siempre está pidiendo comida	.656						
33. Mi hijo(a) come más cuando está preocupado(a)		.719					
16. Mi hijo(a) come más cuando está molesto (a)		.689					
14. Mi hijo(a) come más cuando está ansioso (a)		.683					
25. Mi hijo(a) come más cuando está feliz		.584					
24. Mi hijo(a) come más cuando se encuentra aburrido(a)		.513					
20. Mi hijo(a) come menos cuando está cansado(a)		.501					
10. Mi hijo(a) siempre está pidiendo un refresco o jugo			.855				
17. Si pudiera, mi hijo(a) siempre estaría tomándose un refresco o jugo			.850				
32. Si pudiera, mi hijo(a) tomaría refresco o jugo todo el día			.828				
28. Mi hijo(a) se llena antes de terminar su comida				.780			
22. Mi hijo(a) se llena fácilmente cuando come				.704			
23. Mi hijo(a) deja alimento en su plato al final de una comida				.628			
4. Mi hijo(a) decide si le gusta o no la comida, incluso sin probarla					.796		
9. Mi hijo(a) rechaza alimentos nuevos al principio					.756		
26. Es difícil complacer a mi hijo (a) con las comidas					.595		
3. Mi hijo(a) no come si ha ingerido algún bocadillo antes					.452		
1. Mi hijo(a) espera ansiosamente la hora de la comida						.786	
13. Mi hijo(a) tiene mucho apetito						.671	
8. Mi hijo(a) se muestra interesado(a) por la comida						.556	
19. Mi hijo(a) come lentamente							.819
7. Mi hijo(a) tarda más de 30 minutos para terminar sus alimentos							.814
30. Mi hijo(a) tarda comiendo cada vez más y más							.527

Nota: RAA, respuesta ante los alimentos. IE, ingesta emocional. DBD, deseo por bebidas dulces. RS, respuesta de saciedad. AM, alimentación melindrosa. DA, disfrute del alimento. LPC, lentitud para comer.

Validación psicométrica de la escala EADES

El cuestionario Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress (EADES) es un instrumento creado por Ozier y sus colaboradores (2007). Es un cuestionario desarrollado para evaluar el manejo del estrés y las emociones en relación a la comida y la alimentación en mujeres adultas. En su versión original, el EADES se compone de 54 ítems y el diseño del mismo lo conforma una escala tipo Likert, donde 1 significa completamente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Se compone de tres factores que explican el 43.5% de la varianza y obtuvo un alfa de Cronbach de .949.

El EADES en su origen fue diseñado para ser contestado por estudiantes universitarios. Actualmente, en México también se ha adaptado con una población de estudiantes universitarios. En ambas adaptaciones se encontró que las subescalas se encuentran asociadas con el IMC. La presente validación se realizó con el propósito de que el cuestionario fuese adecuado para ser contestado por los niños.

La versión original del EADES fue previamente traducido y adaptado, buscando la equivalencia del lenguaje y cultural, especialmente para ser apropiado para los niños. Se realizó una evaluación con cinco jueces expertos, quienes además de ser bilingües tenían experiencia en el campo de estudio y con el tipo de población para la cual se adaptó el instrumento. Se obtuvo un acuerdo inter-jueces mayor al 85% en ambos casos, quienes estuvieron de acuerdo en que los ítems del instrumento traducido eran equivalentes y representaban satisfactoriamente al cuestionario en su versión original.

Los análisis realizados en este proceso fueron: a) análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión por reactivo; b) análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de pruebas *t* de Student y tablas de contingencia, respectivamente; c) análisis de consistencia interna por medio del Alpha de Cronbach por

factor y escala total, y; d) análisis factorial exploratorio, por el método de componentes principales con rotación varimax cuyos resultados se presentan a continuación:

Resultados de la adaptación del EADES

Análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de pruebas t de Student y Cross Tabs EADES

Se comprobó el poder de discriminación y la direccionalidad en los patrones de respuesta para todos los reactivos de la traducción y adaptación del instrumento. Mediante el análisis de discriminación de reactivos por medio de la prueba *t* de Student se encontró que los ítems 6 y 16 tenían una significancia bilateral mayor a $p > .05$, lo cual indica que no discriminaban, por lo que se excluyeron del análisis de confiabilidad.

Análisis de consistencia interna

Se realizó el análisis de confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach. Se obtuvo un alfa de la escala total de .810. La tabla de estadísticos-total elemento no mostró que eliminando algún ítem se elevaba el alfa. Por lo que se conservaron los 44 ítems en total para los siguientes análisis. La confiabilidad por factor se muestra en la tabla 5.

Tabla 5.

Análisis de confiabilidad por factor del EADES

Factor	Alfa de Cronbach
Afrontamiento de estrés y emociones en relación a la ingesta (AEERI)	.874
Ingesta emocional (IE)	.791
Afrontamiento ante el estrés (AE)	.661
Pérdida de control en la ingesta (PCI)	.620

Análisis factorial exploratorio del EADES

Se ejecutó el análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales con rotación varimax. Los factores convergieron en 12 iteraciones, obteniendo 5 factores que explican el 39.2% de la varianza. El número de factores se seleccionaron a través del valor propio, tal como se muestran en la tabla 6.

La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvo un puntaje de 0.847 que indica una alta adecuación muestral para el análisis factorial, mientras que la Prueba de Esfericidad de Bartlett obtuvo un valor de Chi-cuadrada de 4177.757, con un nivel de significancia $p < .001$, lo que indica que el modelo factorial es apropiado.

Tabla 6

Estructura factorial del EADES

Ítem	Factor			
	AEERI	IE	AE	PCI
21. Estoy seguro/a de que puedo controlar mi manera de comer, cuando me siento triste	.799			
25. Estoy seguro/a de que puedo controlar mi manera de comer, cuando me siento enojado/a conmigo mismo/a	.768			
29. Estoy seguro/a de que puedo controlar mi manera de comer, cuando me siento molesto/a	.766			
33. Estoy seguro/a de que puedo controlar mi manera de comer, cuando las cosas no me salen como yo quiero	.713			
17. Estoy seguro/a de que puedo controlar mi manera de comer, cuando me siento enojado/a	.711			
14. Estoy seguro/a de que puedo controlar mi manera de comer, cuando me siento cansado/a	.678			
40. Estoy seguro/a de que puedo controlar mi manera de comer, cuando me siento preocupado/a	.632			
42. Estoy seguro/a de que puedo controlar mi manera de comer, cuando me siento satisfecho/a (lleno/a)	.544			
37. Como cuando estoy enojado/a		.789		
43. Como cuando me siento preocupado/a		.766		
38. Como cuando me siento triste		.749		
34. Cuando no sé qué me pasa como para sentirme mejor		.632		
23. Como para no pensar en mis problemas		.541		
12. Como cuando estoy enojado conmigo mismo/a		.473		
31. Como cuando las cosas no me salen como yo quiero		.464		
41. No me estresan los retos		.427		

Estructura factorial del EADES (continuación)

Ítem	Factor			
	AEERI	IE	AE	PCI
28. Intento arreglar los problemas que pasan en mi vida			.671	
20. Intento pensar positivo en los momentos difíciles			.576	
09. Evalúo las cosas buenas y malas de una situación antes de hacer algo			.575	
45. Cuando tengo un problema trato de analizarlo para entenderlo mejor			.430	
07. Intento encontrar varias soluciones a mis problemas			.422	
08. Como de más cuando estoy con mis amigos o mi familia				.663
11. Me consiento con comida				.619
30. Me siento sin control cuando estoy comiendo				.499
44. Como, aunque ya me sienta lleno/a				.471
13. Siento que debo hacer felices a los demás				
22. Controlo mis emociones				
15. Cuando tengo problemas mis amigos me ayudan				

Nota: AEERI, afrontamiento de estrés y emociones en relación a la ingesta. IE, ingesta emocional. AE, afrontamiento ante el estrés. PCI, pérdida de control en la ingesta.

Fase 2. Estudio correlacional

Objetivos de fase II

1. Evaluar qué tipo de ingesta (emocional o no emocional) presentan los niños.
2. Evaluar las prácticas parentales de alimentación infantil.
3. Evaluar el IMC de los niños para determinar si se encuentran en un peso saludable, sobrepeso u obesidad.
4. Determinar si existe una relación entre la ingesta emocional, las prácticas parentales de alimentación infantil y el IMC de los niños(as) participantes.

Hipótesis

Los niños que presentarán sobrepeso y obesidad tendrán mayores puntuaciones en ingesta emocional en comparación con los niños con peso saludable.

El IMC de los niños correlacionará positivamente con la ingesta emocional.

Las prácticas parentales de alimentación infantil se encuentran asociadas con el tipo de ingesta (emocional y no emocional) de sus hijos.

El IMC de los padres correlaciona positivamente con el IMC de sus hijos.

Participantes

Los participantes fueron 144 diadas de padres e hijos provenientes de una escuela primaria de la ciudad de Morelia, Michoacán (Tabla 7). La mayor parte de la muestra parental la conformaron mujeres con el 83.3% (120) y el 10.4% (15) de la muestra fueron hombres, quienes contestaron el cuestionario impreso en casa, mismo que fue entregado y regresado por sus hijos en un sobre sellado, mismo que incluyó el consentimiento informado. La edad promedio de los padres fue de 38.7 años con una DE de 7.2. De la muestra de infantes, el 53.5% (77) fueron niñas y el restante 46.5% (67) fueron niños. Los niños participantes tenían edades que comprendían entre los 8 y 12 años, siendo la edad promedio de 10.2 años con una DE de 1.1. Durante la jornada laboral de los niños se realizaron las aplicaciones del cuestionario y las evaluaciones de su peso y talla.

Se incluyeron solamente las diadas de padres-hijos que contestaron todos los cuestionarios (con menos del 5% de omisiones en las respuestas) y se excluyeron los casos en donde no fueron respondidos todos los cuestionarios. Los criterios de inclusión para los niños fueron que estos se encontraran dentro del rango de 8 a 12 años y que supieran leer y escribir, además de contar con el consentimiento de sus padres. Los criterios de exclusión fueron que no podían participar aquellos niños que tuvieran alguna dificultad cognitiva o de lenguaje reportada por sus profesores, no supieran leer y escribir o se encontraran fuera del rango de edad. El único criterio de inclusión para los padres fue que supieran leer y escribir. Este estudio recibió aprobación por parte del comité de ética de la universidad y por el personal directivo de la institución.

Tabla 7

Características sociodemográficas de los participantes

Sexo	Adultos M = 83.3 H = 10.4	Niños M = 53.5 H = 46.5			
Edad	Adultos Niños (as)	Media 38.7 10.2	DE 7.2 1.1	Máx 81 12	Mín 27 8
No. Integrantes		4.2	1.0	6	2
IMC	Madre Padre Perdidos (4) Hijo(a)	25.8 27.2 19.1	3.5 3.6 3.8	38.5 42.2 31.7	17.6 20.6 13.2
Gasto semanal en alimentos	Menos de 500.00 = 8 (5.6%) 500.00 – 1500.00 = 90 (62.5%) 1500.00 – 2000.00 = 18 (12.5%) Más de 2000.00 = 9 (6.3%) Perdidos = 19 (13.2%)				
Edo. Civil	Solteros(as) = 10 (6.9%) Casados(as) = 87 (60.4%) Divorciados(as) = 10 (6.9%) Viudos(as) = 2 (1.4%) Separados(as) = 2 (1.4%) Unión libre = 8 (5.6%) Perdidos = 25 (17.4%)	Escolaridad	Primaria = 2 (1.4%) Secundaria = 8 (5.6%) Bachillerato = 42 (29.2%) Licenciatura = 62 (43.1%) Posgrado = 7 (4.9%) Perdidos = 23 (16%)		
Principal responsable	Madre = 100 (69.4%) Abuela = 9 (6.3%) Madre y padre = 12 (8.3%) Padre = 9 (6.3%) Madre y abuela = 3 (2.1%) Otro familiar = 2 (1.4%) Perdidos = 9 (6.3%)				
Ocupación	Trab. Act. Elementales = 42 (29.2%) Profesionistas y técnicos = 52 (36.1%) Comerciantes, empleados en ventas = 16 (11.1%) Trab. Aux. en Act. Administrativas = 4 (2.8%) Trab. en servicios personales y vigilancia 6 (4.2%) Estudiantes 1 (0.7%) Operadores de maquinaria, choferes 1 (0.7%) Funcionarios, directores 1 (0.7%) Perdidos 21 (14.6%)				

Nota: En relación a la ocupación, se utilizó el catálogo del Sistema Nacional de Clasificaciones (SINCO, 2011) para determinar la estructura ocupacional de la muestra adulta. Por otra parte, para determinar el nivel de ingresos de las familias, se solicitó a los padres participantes reportar el gasto semanal en alimentos en sus hogares, debido a que el dato es indicativo del nivel de ingresos y es más fácil de reportar para aquellas personas que no tienen un salario fijo (Smith, 2002).

Instrumentos

- *Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)*. Es un reporte multidimensional para padres que evalúa ocho estilos de alimentación precursores de obesidad y de desórdenes alimenticios en niños de 2 a 12 años. En su versión validada para niños mexicanos, el cuestionario tiene el formato de una escala Likert compuesta de 29 ítems con 4 opciones de respuesta, donde 1 es igual a nunca; 2 rara vez; 3 frecuentemente y; 4 Siempre. El análisis factorial exploratorio demostró que el instrumento se compone de siete subescalas que explican el 63.4% de la varianza obteniendo un alfa de Cronbach de .861.
- *Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire (EADES)*. Es un cuestionario que evalúa el manejo del estrés y las emociones en relación a la comida y la alimentación en niños. En su versión validada para niños mexicanos, el formato de la escala es tipo Likert que va del 1 al 4 en donde el niño indica qué tan de acuerdo está con las afirmaciones que se le presentan, donde 1 es para nada de acuerdo, 2 un poco, 3 bastante y 4 muchísimo. Se compone de 44 ítems. El análisis factorial exploratorio mostró que el instrumento se compone de cinco factores que explican el 39.2% de la varianza y se obtuvo un alfa de Cronbach de .810.
- *Children Feeding Questionnaire (CFQ)* desarrollado por Birch, Fisher, Grimm-Thomas (2001). Es un cuestionario de auto-reporte que evalúa creencias, actitudes y prácticas alrededor de la alimentación infantil. El instrumento validado y adaptado para la población mexicana (Navarro-Contreras y Reyes-Lagunes, 2016), cuenta con un formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que va del 5 (mucho) al 1 (nunca). La escala se compone de 33 ítems y el análisis factorial exploratorio mostró

que el cuestionario se conforma por 8 factores que explican el 59.99% de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alfa de Cronbach .858.

Cuestionario de datos sociodemográficos. Distintas variables fueron evaluadas en el anexo que incluyó el CEBQ. Para los padres, las características demográficas que se solicitaron fueron: sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, número de integrantes en la familia, peso y talla de ambos padres, el gasto semanal en alimentos en el hogar y se les pidió señalar quién es el responsable principal de darle de comer a su hijo(a). Los datos requeridos de los niños fueron su fecha de nacimiento para calcular su edad exacta al momento de tomar el peso y talla.

Antropometría. Se evaluó durante la jornada escolar el peso y talla de los niños. Para calcular su peso se utilizó la báscula OMRON 201408-0189F y se les solicitó a los niños quitarse los zapatos y prendas como suéteres o sudaderas. Para obtener la altura se utilizó el tallímetro portátil ADE MZ10042. Para el cálculo de la altura, se checó la posición y postura de cada participante. El IMC fue obtenido por medio de la Calculadora del percentil del IMC en niños y adolescentes en su versión métrica de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2017).

Resultados

Para analizar la relación entre las prácticas parentales de alimentación, la ingesta emocional, la pérdida de control ante el consumo de alimentos en niños, además del IMC, se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson, cuyos resultados se muestran en la Tabla 8. Por otra parte, para saber si existen diferencias significativas en el IMC de los niños con ingesta emocional en comparación de los niños sin ingesta emocional se realizó una prueba T para muestras independientes.

De acuerdo con los resultados obtenidos, únicamente dos variables correlacionaron con la ingesta emocional de los niños. La percepción que tiene la madre sobre el peso de su hijo correlacionó positivamente con la ingesta emocional y con el IMC, aunque las correlaciones son bajas, son significativas. Así también, la preocupación de la madre por el peso del niño correlacionó significativamente con la ingesta emocional y el IMC del niño.

Tabla 8

Correlaciones. Prácticas parentales de alimentación, ingesta emocional e IMC de hijo, madre y padre.

	PPN	M	PC	PPM	R	RD	P	RP	IE (CEBQ)	IE (EADES)	IMC-N	IMC-M
M	-.089											
PC	-.153	.249**										
PPM	.448**	-.014	-.019									
R	.258**	.207*	.295**	.095								
RD	.139	.139	.496**	.084	.352**							
P	.253**	.142	.133	.165	.481**	.366**						
RP	-.047	.053	-.005	-.126	-.107	-.082	-.019					
IE (CEBQ)	.178*	-.143	.036	.065	.139	.171	.251**	-.096				
IE (EADES)	-.005	-.062	.018	-.114	-.114	-.083	.070	-.143	.070			
IMC-N	.251*	-.041	-.328*	.035	.194*	.065	.389**	-.010	.144	-.104		
IMC-M	.007	-.104	.029	.246**	-.081	.022	.112	.001	.075	-.091	.225*	1
IMC-P	.136	-.033	-.271**	.081	-.106	-.138	.023	-.104	.029	-.013	.107	.154

Nota: PNN, peso percibido del niño(a). M, monitoreo. PC, presión para comer. PPM, peso percibido de la madre. R, restricción. RD, restricción como método de disciplina. P, preocupación por el peso del niño(a). RP, responsabilidad percibida. IE-CEBQ, ingesta emocional del cuestionario del comportamiento alimentario de los niños. IE-EADES, ingesta emocional del cuestionario de ingesta y afrontamiento de estrés y emociones. IMC-N, índice de masa corporal del niño. IMC-M, índice de masa corporal de la madre. IMC-P, índice de masa corporal del padre.

*p<0.05, **p<0.01

Tal como se esperaba, las prácticas parentales de monitoreo y la responsabilidad percibida correlacionaron de manera negativa con la ingesta emocional. No obstante, las correlaciones son muy bajas y no fueron significativas.

En relación al IMC del niño, se encontró que la presión que ejerce la madre para comer correlacionó negativa y significativamente con el IMC del mismo y asimismo con el IMC del padre. Además, la percepción del peso de la madre correlacionó positiva y de manera significativa con su IMC. La restricción de alimentos correlacionó positiva y significativamente con el IMC del niño. No obstante, dichas variables no correlacionaron con la ingesta emocional. Finalmente, como se puede observar, el IMC del niño correlacionó de manera positiva con el IMC de ambos padres, aunque únicamente fue de manera significativa en relación al IMC de la madre.

En cuanto a la diferencia entre los niños con ingesta emocional y los que no la tienen, tal como se observa en la tabla 9, se encontró que sí hay diferencias significativas en el IMC, obteniéndose una $t(138) = -3.995$ con una $p > .000$. Por lo tanto, aquellos niños que reportaron tener mayores puntuaciones en la subescala de ingesta emocional tenían un mayor IMC en comparación de sus pares con puntuaciones menores en dicha escala.

Tabla 9

<i>Prueba t para igualdad de medias</i>					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia
IMC-N	-3.995	138	.000	-6.44963	1.61450

Otros hallazgos encontrados en la presente investigación fueron la relación de las prácticas parentales de alimentación con otros comportamientos alimentarios de los niños que evalúa el CEBQ (tabla 10). Asimismo, la escala que fue aplicada a los niños arrojó

algunas correlaciones interesantes que merece la pena mencionar (tabla 11). De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que el peso percibido del niño correlaciona positiva y significativamente con su respuesta ante los alimentos, así como también con el disfrute por los mismos, es decir, los padres que identifican en sus hijos una mayor sensibilidad a las señales externas de los alimentos, así como un mayor gusto por la comida también los perciben con un mayor peso. Por otra parte, el peso percibido del niño correlacionó negativa y significativamente con la lentitud para comer.

La presión para comer fue la práctica parental que más se relacionó con el comportamiento alimentario de los niños. Se encontró que existe una relación positiva y significativa entre esta práctica y el deseo por bebidas dulces de los niños, así como también con la respuesta de saciedad, la alimentación melindrosa y la lentitud para comer. De manera contraria, se encontró que la presión para comer de los padres se correlaciona de manera negativa y significativamente con el disfrute por los alimentos.

En cuanto a la restricción de alimentos, se encontró que esta práctica parental se correlaciona de manera positiva y significativa con la respuesta ante los alimentos de los niños. Así también, la preocupación por el peso del niño se asocia positiva y significativamente con la respuesta ante los alimentos y el disfrute de los mismos.

Finalmente, el IMC del niño correlacionó de manera positiva y significativa con la respuesta ante los alimentos. Además, el IMC se encuentra relacionado de forma negativa y significativa con la respuesta de saciedad y con la lentitud para comer. Vale la pena señalar, que no se encontraron ningún tipo de relación entre el monitoreo, el peso percibido de la madre, la restricción como método de disciplina y la responsabilidad percibida con los comportamientos alimentarios de los niños.

Tabla 10

Correlaciones. Prácticas parentales de alimentación, CEBQ e IMC.

	PPN	M	PC	PPM	R	RD	P	RP	IMC-N
RAA	.321**	.044	-.110	.099	.305**	.156	.375**	-.073	.386**
DBD	.003	.056	.205*	.038	.127	.038	.077	.004	-.019
RS	-.068	.092	.311**	.161	-.005	.119	-.047	.071	-.176*
AM	-.064	-.018	.240**	.063	-.081	.006	-.116	-.083	-.087
DA	.219*	.006	-.224**	-.060	.076	-.086	.237**	.046	.086
LPC	-.189*	.105	.391**	-.032	.043	.050	.037	.112	-.281**

Nota: PPN, peso percibido del niño(a). M, monitoreo. PC, presión para comer. PPM, peso percibido de la madre. R, restricción. RD, restricción como método de disciplina. P, preocupación por el peso del niño(a). RP, responsabilidad percibida. IMC-N, índice de masa corporal del niño. RAA, respuesta ante los alimentos. DBD, deseo por bebidas dulces. RS, respuesta de saciedad. AM, alimentación melindrosa. DA, disfrute por los alimentos. LPC, lentitud para comer.

*p<0.05, **p<0.01

En lo referente al conjunto de subescalas del comportamiento alimentario definidas como aproximativas hacia los alimentos (Wardle et al., 2001) y el IMC de los niños, se encontró una asociación positiva y significativa, dichas subescalas son la respuesta ante los alimentos, disfrute de la comida, ingesta emocional y deseo por bebidas dulces. Y, de manera opuesta, se encontró una asociación negativa y significativa con las subescalas definidas como evitativas hacia los alimentos, las cuales son la respuesta de saciedad, alimentación melindrosa y lentitud para comer.

Tabla 11

Correlaciones. Evitación y aproximación hacia la comida e IMC

IMC-N	Evitación hacia la comida	Aproximación hacia la comida
	-.254**	.226**

Nota: *p<0.05, **p<0.01

Tal como se observa en la tabla 12, la ingesta emocional que reportan tener los niños correlacionó positiva y significativamente con la pérdida de control ante los alimentos. Así también se observa que el afrontamiento ante el estrés y emociones relacionadas a la

ingesta correlacionó negativa y significativamente con la ingesta emocional. Además, esta última variable correlacionó de manera negativa y significativa con la pérdida de control ante los alimentos.

Tabla 12

Correlaciones entre factores de la escala EADES y el IMC de los niños

	AEEI	IE	AE	PCAA
IE	-.313**			
AE	.349**	.050		
PCAA	-.383**	.637**	-.003	
IMC-N	-.121	-.104	-.211*	-.101

Nota: AEEI, afrontamiento de estrés y emociones en relación a la ingesta. IE, ingesta emocional. AE, afrontamiento de estrés. PCAA, pérdida de control ante los alimentos. IMC-N, índice de masa corporal del niño.

Como se esperaba, la variable de afrontamiento del estrés y emociones relacionadas a la ingesta correlacionó positiva y significativamente con el afrontamiento ante el estrés, es decir, que los niños que tienden a manejar mejor su estrés no recurren principalmente a los alimentos para abordar esta y otras emociones negativas.

Por otra parte, se encontró que el afrontamiento del estrés y emociones relacionadas a la ingesta se asoció de manera negativa y significativa con la pérdida de control ante los alimentos. En otras palabras, los niños que reportan tener un mejor afrontamiento tienen mayor control en el consumo de los alimentos. Finalmente, en relación al IMC del niño, únicamente se encontró una asociación negativa y significativa con el afrontamiento al estrés.

Discusión

Ingesta emocional y prácticas parentales de alimentación e IMC

La primera pregunta planteada de este estudio fue saber cuáles son las prácticas parentales de alimentación que más se asocian con la ingesta emocional de los niños. Los resultados obtenidos revelaron que la restricción de alimentos y la ingesta emocional se asociaban. Sin embargo, esta asociación resultó contradictoria, ya que por una parte la restricción se asoció positivamente con la ingesta emocional reportada por las madres, y, por otra parte, esta variable correlacionó de manera negativa con la ingesta emocional reportada por los niños, no obstante, son correlaciones muy bajas y no fueron significativas. Estos resultados fueron más significativos en otras investigaciones en las que se reporta una asociación más fuerte entre la restricción y el control parental en los alimentos y la ingesta emocional de los niños (Farrow et al., 2015; Jansen et al., 2012; Kröller et al., 2013; Van Strien, y Bazelier, 2007).

En lo referido a la restricción como método de disciplina no se encontró ninguna asociación con la ingesta emocional de los niños. Sin embargo, esta práctica se ha encontrado asociada a la ingesta emocional en estudios previos (Rodgers et al., 2013; Steinsbekk, Belsky, y Wichstrøm, 2016). Incluso, Wardle, Sanderson, Guthrie, Rapoport y Plomin (2002) encontraron además, que las madres que tienden a usar este tipo de práctica con sus hijos también reportaron tener una ingesta emocional y tendían a utilizar los alimentos para manejar las emociones en sus hijos.

Como se esperaba, dado en estudios previos (Jansen et al., 2012; Rogers et al, 2013), la práctica de monitoreo se encuentra asociada negativamente con la ingesta emocional de los niños. No obstante, en la presente investigación la relación encontrada fue muy baja y no significativa. Por otra parte, este resultado difiere de lo encontrado por

Kröller et al. (2013), quien reportó una correlación positiva entre el monitoreo y la ingesta emocional de los niños.

Finalmente, pero de manera importante, se encontró que la percepción y la preocupación de los padres por el peso de sus hijos se encuentran asociadas con la ingesta emocional de los niños. Además, ambas variables se encuentran asociadas positiva y significativamente con el IMC de los niños. Para el conocimiento de la autora de la presente investigación, estos resultados que demuestran la relación entre la percepción y la preocupación de los padres por el peso de sus hijos y la ingesta emocional de los niños son los primeros en reportarse. Valdría la pena estudiar en futuras investigaciones si la percepción y la preocupación de los padres sobre el peso de sus hijos, impactan en la manera en la que se perciben así mismos los niños y ver si esto les genera preocupaciones respecto a su propio peso, que pudieran estar favoreciendo la aparición de la ingesta emocional. Lo anterior, debido a que se ha observado que aquellos niños que tienen preocupaciones sobre su imagen corporal, pueden presentar alteraciones en su conducta alimentaria (Ricciardelli y McCabe, 2001).

Ingesta emocional y pérdida de control ante los alimentos

Un resultado interesante en este estudio, fue la asociación encontrada entre la pérdida de control ante los alimentos y la ingesta emocional reportada por los niños, siendo esta relación positiva y significativa. Este hallazgo concuerda con los resultados obtenidos por Goossens, Braet, Van Vlierberghe y Mels (2008) quienes reportaron que la ingesta emocional se relaciona con la pérdida de control en el consumo de alimentos en una muestra de niños y adolescentes.

No obstante, la pérdida de control ante los alimentos la comparten también las personas que desarrollaron bulimia nerviosa y el trastorno de atracones (DSM-V), y una

investigación reportó que también es una sensación encontrada en personas adultas con obesidad (Goldschmidt et al., 2012). Además, en un estudio longitudinal realizado por Tanofsky-Kraff et al. (2011) mostró que aquellos niños que reportaron tener pérdida de control ante los alimentos fueron significativamente más propensos a desarrollar parcial o completamente el trastorno por atracones, en comparación de aquellos niños que no reportaban perder el control. Así también, los niños con esta sensación de descontrol en el consumo de alimentos reportaron tener mayores síntomas de ansiedad. Por lo tanto, los niños que presenten pérdida de control en el consumo podrían beneficiarse de una intervención clínica oportuna que les permita desarrollar su capacidad de autorregulación alimentaria.

En lo que respecta a la pérdida de control ante los alimentos y el IMC de los niños, en el presente estudio no se encontró una asociación. Sin embargo, en el estudio longitudinal de Tanofsky-Kraff, Yanovski, Schvey, Olsen, Gustafson y Yanovski (2009) se comprobó que la sensación de pérdida de control ante los alimentos es predictora de aumento de peso en los niños. Por lo que el tratamiento de la ingesta emocional no sólo podría ayudar a prevenir la aparición de algún trastorno de la alimentación, sino que también podría prevenir la aparición de obesidad.

Prácticas parentales de alimentación y su impacto en el comportamiento alimentario de los niños.

Dentro de los resultados obtenidos al analizar las correlaciones de los otros comportamientos alimentarios como la respuesta ante los alimentos, el deseo por bebidas dulces, la respuesta de saciedad, la alimentación melindrosa, la lentitud para comer, el disfrute por los alimentos y el afrontamiento de estrés y emociones en relación a la ingesta, con las prácticas parentales de alimentación, se encontraron asociaciones que merece la pena mencionar.

Una de las asociaciones encontradas fue la práctica parental de restricción con la respuesta ante los alimentos de los niños, siendo esta correlación positiva y significativa. Estos resultados son similares con los reportados por otras investigaciones (Jasen et al., 2012; Steinsbekk et al., 2016) en donde se observó la misma relación.

Así también, se encontró una asociación negativa y significativa con la restricción y el afrontamiento del estrés y emociones en relación a la ingesta. Esto concuerda con lo observado por Birch (1998) en su investigación, en donde los niños de cuyos padres expresaron ser más controladores en la alimentación de sus hijos sobre qué comer, cuándo y en qué cantidades mostraron tener una regulación en su alimentación más débil. Asimismo, lo anterior ha sido reportado por Kröller y sus colaboradores (2013) quienes además sugieren que estas prácticas son un importante factor familiar para la transmisión de la ingesta emocional. Además, Loth y sus colaboradores (2013), señalan que hay evidencia acumulada de los efectos perjudiciales de controlar las prácticas de alimentación sobre la capacidad de los niños de autorregular la ingesta energética.

En lo referente a la práctica parental de presionar para comer, se obtuvieron correlaciones positivas y significativas con el deseo por bebidas dulces, la respuesta de saciedad, la alimentación melindrosa y la lentitud para comer. Por el contrario, la presión para comer correlacionó negativa y significativamente con el disfrute por los alimentos de los niños. Lo anterior, corresponde de la misma manera a lo que obtuvieron Jasen y sus colaboradores (2012) en su estudio.

Finalmente, en lo que respecta a la percepción y preocupación por el peso del niño se encontró que estas dos variables están relacionadas de manera positiva y significativa con la respuesta ante los alimentos y el disfrute de los mismos. De acuerdo con Musher-Eizenman, Holub, Hauser y Young (2007), los padres que muestran mayor preocupación por el peso de sus hijos tienen actitudes anti-obesidad que están estrechamente

relacionadas con la restricción alimentaria, es posible que esto sea lo que provoque que los niños tengan una mayor respuesta ante los alimentos. Sin embargo, los hallazgos de los autores mencionados no han registrado una relación entre la percepción y preocupación por el peso con el disfrute de los alimentos, como es el caso de la presente investigación.

IMC y su relación con las prácticas parentales de alimentación y el comportamiento alimentario

Respondiendo a la segunda pregunta planteada en este estudio, referente a si hay diferencias en el IMC de los niños que tienen ingesta emocional en comparación con sus compañeros, se encontró que sí existen diferencias significativas. Aquellos niños que presentaron puntuaciones más altas en ingesta emocional presentaron un mayor IMC que sus compañeros con menores puntuaciones. Este resultado ha sido reportado en investigaciones previas donde los niños con sobrepeso reportaban mayores puntuaciones en ingesta emocional en comparación con sus pares en peso saludable (Braet y van Strien, 1997; Braet et al., 2008; Webber et al., 2010).

En relación a las prácticas parentales de alimentación y el IMC de los niños. Se encontró que la restricción está asociada de manera positiva y significativa con el IMC de los niños. Estos resultados coinciden con estudios previos (Musher et al., 2007; Fisher y Birch, 1999), en donde se sugiere que la restricción de alimentos hace que los niños centren su atención en los mismos y esto alienta el deseo por consumirlos.

Así también, el IMC se encontró correlacionado positiva y significativamente con la percepción y la preocupación sobre el peso del niño. Adicionalmente a lo expresado por Musher y sus colaboradores (2007), quienes sugieren que los padres con mayor preocupación por el peso de sus hijos tienden a restringir más a sus hijos, es importante que para futuras investigaciones se exploren si además de la restricción, los padres que

perciben a sus hijos con mayor peso y se encuentren preocupados por el estado de salud de sus hijos realicen otros comportamientos que afecte la relación que los niños mantienen con los alimentos y su consumo.

De manera contraria, la presión que ejercen los padres para hacer comer a sus hijos se encuentra asociada de manera negativa y significativa con el IMC de los niños. Estos resultados son esperados debido a que estudios que anteceden al presente (Jasen et al., 2012; Kröller et al., 2013; Wardle et al., 2001; Webber et al., 2009), quienes reportaron el mismo tipo de relación entre la presión para comer y el IMC de los niños. Además, tanto lo encontrado en el presente estudio como en las investigaciones que se mencionan, los padres que reportaron presionar a sus hijos a comer también tienen mayores puntuaciones en las subescalas de alimentación melindrosa, de saciedad y comen con mayor lentitud.

Finalmente, el IMC de los niños correlacionan positivamente con el IMC de ambos padres, aunque solamente la asociación fue significativa respecto al IMC de la madre. Esta relación ha sido reportada de la misma manera en investigaciones previas (Birch y Davison, 2001; Johannsen, Johannsen y Specker, 2006; Kröller et al., 2013; Musher et al., 2015). Este hallazgo confirma los resultados del estudio de Whitaker y sus colaboradores (2010), quienes encuentran que los niños que tienen padres con sobrepeso y obesidad tienen un mayor riesgo de desarrollar obesidad en comparación de aquellos niños que tienen padres con peso saludable.

Conclusiones

En el presente estudio las variables que más se asocian a la ingesta emocional de los niños son la percepción y la preocupación de los padres por el peso de sus hijos. Así también, estas variables tienen un impacto en otros comportamientos de la alimentación de los niños, tales como la respuesta ante los alimentos y el disfrute de los mismos. Es decir, que la percepción y la preocupación respecto al peso está relacionada con las subescalas llamadas aproximativas por los alimentos, las cuales refieren una mayor susceptibilidad al aumento de peso. Esto último concuerda con la relación encontrada entre estas dos variables y el IMC de los niños.

En lo que respecta a lo reportado por los niños, la pérdida de control ante los alimentos es una sensación que está fuertemente ligada a la ingesta emocional. Por lo que el fortalecimiento de un adecuado autocontrol en el consumo de los alimentos es una pieza fundamental para el tratamiento de la ingesta emocional.

Los estudios de la ingesta emocional en adolescentes y en adultos han demostrado que la ingesta emocional dificulta el mantenimiento de un peso saludable, y al ser una conducta alimentaria perdurable en el tiempo (Ashcroft, Semmler, Carnell, Van Jaarsveld y Wardle, 2008), es precursor de dificultades más complicadas para manejar y tratar, como es el caso de un trastorno en la alimentación. Es por ello que la prevención y tratamiento de la ingesta emocional es importante para sumar soluciones al problema actual de sobrepeso y obesidad infantil por medio de estrategias que les permitan a los niños manejar sus emociones de una manera más saludable y fortalecer el autocontrol para el consumo de alimentos. Y concordando con lo propuesto por Loth et al. (2013) es necesario que los padres sean educados y empoderados para alentar la moderación en lugar del restringir los alimentos en sus hijos.

Los bebés y niños pequeños pueden responder al contenido de energía de los alimentos para regular su ingesta de alimentos, pero esta capacidad de respuesta puede modificarse mediante prácticas de alimentación infantil que intentan controlar la ingesta del niño, limitando así las oportunidades para que el niño tenga autocontrol (Birch, 1998). A medida que los niños crecen y tienen mayor influencia acerca de la elección de los alimentos que consumen, será cada vez más importante crear un ambiente en el hogar como “zona de alimentos saludables” que minimice las oportunidades para la expresión de antojos que puedan facilitar el aumento excesivo de peso (Ashcroft, Semmler, Carnell, van Jaarsveld y Wardle, 2008). Tal como lo señaló Satter (1986), una relación de alimentación adecuada apoya las tareas de desarrollo del niño y le facilita a aprender a discriminar señales de alimentación y responder adecuadamente a ellas.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones del presente estudio es que el cuestionario de PPA empleado no considera todas las prácticas parentales de alimentación que se han abordado en la literatura. En este caso, la práctica parental de alimentación emocional se ha reportado que tiene una correlación significativa con la ingesta emocional de los niños (Braden et al., 2014) y el cuestionario utilizado no evalúa el uso de la comida para manejar las emociones. Por lo que sería importante elaborar un cuestionario que aborde un mayor número de prácticas parentales. Especialmente, porque hay evidencia que ciertas prácticas favorecen una mejor relación con los alimentos que otras (Musher et al., 2015).

Otra de las limitaciones que merece la pena señalar es que el dato del IMC de los padres fue obtenido por el auto-reporte de peso y talla de los mismos y no fue evaluado de manera directa. Además, dicho dato fue omitido en un número considerable de casos,

especialmente en el caso de los padres, por lo que esto puede influir en los resultados de las asociaciones encontradas al respecto.

Consideraciones éticas

En consideración al Código Ético del Psicólogo (SMP, 2007) que establece la Sociedad Mexicana de Psicología, y al Ethical Research Involving Children de la CONDUSEF (Graham, Powell, Taylor, Anderson y Fitzgerald, 2013) se atendieron diversos aspectos para cada uno de los momentos de la investigación.

- a) Se sometió a evaluación el presente proyecto ante el Comité de Ética de la institución académica perteneciente al programa de estudios de posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- b) Posterior a su aprobación, se acudió a dos escuelas primarias de la ciudad de Morelia y se realizó la exposición del proyecto a las autoridades de las instituciones. Dentro de la presentación se les explicó a dichas autoridades en qué consistía la participación tanto de los niños como la de sus padres.
- c) Antes de iniciar con las evaluaciones, se acudió a cada uno de los salones de las primarias para dar a conocer a los niños la invitación de ellos y la de sus padres. Se cuidó durante la presentación el uso de lenguaje apropiado para el claro entendimiento de los niños y se contestó a cada una de sus preguntas y dudas sobre su participación y la de sus padres. Una vez externalizado su consentimiento, se les entregó un sobre que contenía el consentimiento informado para los papás y el cuestionario CEBQ.

- d) Respetando y cumpliendo con el derecho de la confidencialidad de los participantes, únicamente se devolverán los resultados a los padres de familia que los solicitaron.
- e) Una vez entregado el consentimiento, se respetó y defendió el derecho del niño al disentiimiento, es decir, se le concedió su deseo de negarse a participar y retirarse en cualquier momento de la investigación dando prioridad a este derecho por encima de los deseos de sus padres u otras personas.
- f) Atendiendo la obligación por parte del investigador a retribuir y compensar a los participantes de su estudio, se les obsequió a los niños el lápiz con el que contestaron el cuestionario y se hizo un reconocimiento verbal resaltando la importancia que tuvo su contribución en el estudio. Así también se les entregó las autoridades de la institución educativa tres balones de básquetbol y tres de fútbol para las clases de educación física de los niños.

Referencias

- Aguado-Aguilar, L. (2005). *Emoción, afecto y motivación*. Madrid, España: Alianza editorial.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Andrews, R., Lowe, R., & Clair, A. (2011). The relationship between basic need satisfaction and emotional eating in obesity. *Australian Journal of Psychology*, 63, 207-213. doi:10.1111/j.1742-9536.2011.00021.x
- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American psychologist*, 38(11), 1145-1160.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Ashcroft, J., Semmler, C., Carnell, S., Van Jaarsveld, C. H. M., & Wardle, J. (2008). Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *European journal of clinical nutrition*, 62(8), 985. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602855
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24(2), 247. doi: 10.1037/0012-1649.24.2.247
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*, 4(1p2), 1. doi:10.1037/h0030372

- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral cortex*, 10(3), 295-307. doi: 10.1093/cercor/10.3.295
- Bellamy, L., Casas, J. P., Hingorani, A. D., & Williams, D. (2009). Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 373(9677), 1773-1779. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60731-5
- Birch, L. L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *The Journal of nutrition*, 128(2), 407S-410S. doi: 10.1093/jn/128.2.407S
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201-210. doi: 10.1006/appe.2001.0398
- Blissett, J., Haycraft, E., & Farrow, C. (2010). Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices. *The American journal of clinical nutrition*, 92(2), 359-365. doi: 10.3945/ajcn.2010.29375.
- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C. B., Rydell, S. A., Zucker, N., & Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite*, 80, 35-40. doi:10.1016/j.appet.2014.04.017
- Braet, C., Claus, L., Goossens, L., Moens, E., Van Vlierberghe, L., & Soetens, B. (2008). Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *Journal of health psychology*, 13(6), 733-743.
- Braet, C., O'Malley, G., Weghuber, D., Vania, A., Erhardt, É., Nowicka, P., ... & Ardelt-Gattinger, E. (2014). The assessment of eating behaviour in children who are obese: a psychological

approach. A position paper from the European childhood obesity group. *Obesity facts*, 7(3), 153-164. doi:10.1159/000362391

Braet, C., & Van Strien, T. (1997). Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 863-873. doi:10.1016/S0005-7967(97)00045-4

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, Anorexia and the Person Within*. New York, NY: Basic Books.

Buckroyd, J., & Rother, S. (2007). *Therapeutic groups for obese women: a group leader's handbook*. West Sussex, Inglaterra: John Wiley & Sons.

Bush, H. E., Rossy, L., Mintz, L. B., & Schopp, L. (2014). Eat for life: a work site feasibility study of a novel mindfulness-based intuitive eating intervention. *American Journal of Health Promotion*, 28(6), 380-388. doi: 10.4278/ajhp.120404-QUAN-186

Bustamante, E. E., Williams, C. F., & Davis, C. L. (2016). Physical Activity Interventions for Neurocognitive and Academic Performance in Overweight and Obese Youth: A Systematic Review. *Pediatric clinics of North America*, 63(3), 459-480. doi: 10.1016/j.pcl.2016.02.004

Cairns, G., Angus, K., Hastings, G., & Caraher, M. (2013). Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary. *Appetite*, 62, 209-215. doi: 10.1016/j.appet.2012.04.017

Calogiuri, G., & Chroni, S. (2014). The impact of the natural environment on the promotion of active living: An integrative systematic review. *BMC public health*, 14(1), 1. doi: 10.1186/1471-2458-14-873

Cao, Y. T., Svensson, V., Marcus, C., Zhang, J., Zhang, J. D., & Sobko, T. (2012). Eating behaviour patterns in Chinese children aged 12-18 months and association with relative weight-

factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 5. doi: 10.1186/1479-5868-9-5

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Defining Childhood Obesity*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/obesity/childhood/defining.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Calculadora del percentil del IMC en niños y adolescentes: Versión métrica*. Recuperado de <https://nccd.cdc.gov/dnpabmi/ui/es/Calculator.aspx?CalculatorType=Metric>

Cespedes, E. M., Hu, F. B., Redline, S., Rosner, B., Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., & Taveras, E. M. (2016). Chronic insufficient sleep and diet quality: Contributors to childhood obesity. *Obesity*, 24(1), 184-190. doi: 10.1002/oby.21196

Chahal, H., Fung, C., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2013). Availability and night-time use of electronic entertainment and communication devices are associated with short sleep duration and obesity among Canadian children. *Pediatric obesity*, 8(1), 42-51. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00085.x

Chu, S. Y., Callaghan, W. M., Kim, S. Y., Schmid, C. H., Lau, J., England, L. J., & Dietz, P. M. (2007). Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetes care*, 30(8), 2070-2076. doi: 10.2337/dc06-2559a.

Conner, M., & Armitage, C. J. (2008). *The Social Psychology of food*. New York, NY: Open University Press.

Corstorphine, E. (2008). Addressing Emotions in the Eating Disorders: Schema Mode Work. En En Buckroyd, J. & Rother, S. (Eds.), *Psychological Responses to Eating Disorders and Obesity* (pp. 85-99). Inglaterra: John Wiley & Sons, Ltd.

- Dasgupta, A., Bhattacharyya, A., Paul, B., & Bandyopadhyay, L. (2017). Influencers of childhood over nutrition: a cross sectional study among primary school children in Kolkata, West Bengal, India. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 4(4), 1434-1438. doi: 10.18203/2349-3291.ijcp20172681
- Decelis, A., Jago, R., & Fox, K. R. (2014). Physical activity, screen time and obesity status in a nationally representative sample of Maltese youth with international comparisons. *BMC public health*, 14(1), 1-11. doi: 10.1186/1471-2458-14-664
- Dodds, A., & Chamberlain, K. (2016). The problematic messages of nutritional discourse: A case-based critical media analysis. *Appetite*, 108, 42-50. doi: 0.1016/j.appet.2016.09.021
- Domoff, S., E., Miller, A., L., Kaciroti, N., & Lumeng, J. (2015). Validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in a low-income preschool-aged sample in the United States. *Appetite*, 95, 415-420. doi:10.1016/j.appet.2015.08.002
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Resultados nacionales*. Recuperado de http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Resultados por entidad federativa*. Michoacán. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/Michoacan-OCT.pdf>
- Esherick, J. (2015). *Emotions and Eating*. Pensilvania, Estados Unidos de América: Mason Crest.
- Farpour-Lambert, N. J., Baker, J. L., Hassapidou, M., Holm, J. C., Nowicka, P., O'Malley, G., & Weiss, R. (2015). Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care—a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obesity facts*, 8(5), 342-349. doi:10.1159/000441483

- Farrow, C. V., Haycraft, E., & Blissett, J. M. (2015). Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating—a longitudinal experimental design. *The American journal of clinical nutrition*, 101(5), 908-913. doi: 10.3945/ajcn.114.103713
- Fiese, B. H., Bost, K. K., McBride, B. A., & Donovan, S. M. (2013). Childhood obesity prevention from cell to society. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 24(8), 375-377. doi: 10.1016/j.tem.2013.01.009
- Fleisch, A. F., Wright, R. O., & Baccarelli, A. A. (2012). Environmental epigenetics: a role in endocrine disease?. *Journal of molecular endocrinology*, 49(2), R61-R67. doi: 10.1530/JME-12-0066
- Flores, M. M., Cortés, M. L., & Góngora, E. A. (2008). *Familia, crianza y personalidad: Una perspectiva etnopsicológica*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). Salud y nutrición. Recuperado de <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
- Frijda, N. H. (1993). The place of appraisal in emotion. *Cognition & Emotion*, 7(3-4), 357-387. doi:10.1080/02699939308409193
- Galka, M. (03 de enero de 2017). How the world got fat: a visualisation of global obesity over 40 years. *The Guardian*. Recuperado de <https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2017/jan/03/using-data-visualisations-to-help-explain-the-global-obesity-explosion>
- Garfinkel-Castro, A., Kim, K., Hamidi, S., & Ewing, R. (2017). Obesity and the built environment at different urban scales: examining the literature. *Nutrition Reviews*, 75(1), 51-61. doi: 10.1093/nutrit/nuw037

- Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. y Fitzgerald, R. (2013). Investigación ética con niños. Florencia: Centro de Investigaciones de UNICEF -Innocenti.
- Goleman, D. (Ed.). (2015). *La salud emocional: conversaciones con el Dalai Lama sobre la salud, las emociones y la mente*. Barcelona, España: Kairós.
- Goldschmidt, A. B., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Grange, D., ... & Mitchell, J. E. (2012). Momentary affect surrounding loss of control and overeating in obese adults with and without binge eating disorder. *Obesity*, 20(6), 1206-1211. 10.1038/oby.2011.286
- Goodspeed Grant, P. (2008). Food for the Soul: Social and Emotional Origins of Comfort Eating in the Morbidly Obese. En Buckroyd, J. & Rother, S. (Eds.), *Psychological Responses to Eating Disorders and Obesity* (121-137). Inglaterra: John Wiley & Sons, Ltd.
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 68-78. doi: 10.1002/erv.892
- Hart, C. N., Carskadon, M. A., Considine, R. V., Fava, J. L., Lawton, J., Raynor, H. A., ... & Wing, R. (2013). Changes in children's sleep duration on food intake, weight, and leptin. *Pediatrics*, 132(6), e1473-e1480. doi: 10.1542/peds.2013-1274
- Hartwell, H. J., Edwards, J. S. A., & Brown, L. (2013). The relationship between emotions and food consumption (macronutrient) in a foodservice college setting –a preliminary study. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 64(3), 261-268. doi:10.3109/09637486.2012.734288
- Heise, D. R. (1987). Affect control theory: Concepts and model. *Journal of Mathematical Sociology*, 13(1-2), 1-3. doi:10.1080/0022250X.1987.9990025

- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... & Neubauer, D. N. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40-43. doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010
- Jansen, P. W., Roza, S. J., Jaddoe, V. W., Mackenbach, J. D., Raat, H., Hofman, A., ... & Tiemeier, H. (2012). Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 130. doi: 10.1186/1479-5868-9-130
- Johannsen, D. L., Johannsen, N. M., & Specker, B. L. (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity*, 14(3), 431-439. doi: 10.1038/oby.2006.57
- Joiner Jr, T. E., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of abnormal Psychology*, 106(1), 145.
- Jones, R. A., Hinkley, T., Okely, A. D., & Salmon, J. (2013). Tracking physical activity and sedentary behavior in childhood: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 44(6), 651-658. doi: 10.1016/j.amepre.2013.03.001
- Juster, R. P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.10.002
- Kemp, E., Bui, M., & Grier, S. (2011). Eating Their Feelings: Examining Emotional Eating in At-Risk Groups in the United States. *Springer Science+Business Media*, 34, 211-229. doi:10.1007/s10603-010-9149-y

- Kemper, T. D. (1987). How many emotions are there? Wedding the social and the autonomic components. *American journal of Sociology*, 263-289.
- Kidwell, B., Hasford, J., Hardesty, D., & Childers, T. (2012). Becoming a Mindful Eater: Improving Food Choices through Emotional Ability Training. *Advances in Consumer Research*, 40, 621-625.
- Kolb, B., Taylor, L., Stein, N. L., Leventhal, B., & Trabasso, T. (1990). *Psychological and biological approaches to emotion*. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kostenius, C., & Öhring, K. (2008). The meaning of stress from schoolchildren's perspective. *Stress and Health*, 24(4), 287-293. doi:10.1002/smi.1180
- Kröller, K., Jahnke, D., & Warschburger, P. (2013). Are maternal weight, eating and feeding practices associated with emotional eating in childhood?. *Appetite*, 65, 25-30. doi:10.1016/j.appet.2012.11.032
- Lau, B. W. K. (2002). Does the stress in childhood and adolescence matter? A psychological perspective. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 122(4), 238-244.
- Laurson, K. R., Lee, J. A., Gentile, D. A., Walsh, D. A., & Eisenmann, J. C. (2014). Concurrent associations between physical activity, screen time, and sleep duration with childhood obesity. *ISRN obesity*, 2014, 1-6. doi: 10.1155/2014/204540
- Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M. E., del Consuelo Velázquez-Alva, M., & Salinas-Ávila, J. (2015). Características psicométricas del Cuestionario sobre Conducta Alimentaria Relacionada a Emociones y Estrés (EADES) y obesidad en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Nutrición Hospitalaria*, 31(6), 2437-2444. doi:10.3305/nh.2015.31.6.8960

- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Nueva York: Springer Publishing Company Paperback.
- LeBlanc, A. G., Katzmarzyk, P. T., Barreira, T. V., Broyles, S. T., Chaput, J. P., Church, T. S., ... & Kurpad, A. (2015). Correlates of total sedentary time and screen time in 9–11-year-old children around the world: the international study of childhood obesity, lifestyle and the environment. *PloS one*, 10(6), 1-20. doi: 10.1371/journal.pone.0129622
- Lissner, L., Lanfer, A., Gwozdz, W., Olafsdottir, S., Eiben, G., Moreno, L. A., ... & Kourides, Y. (2012). Television habits in relation to overweight, diet and taste preferences in European children: the IDEFICS study. *European journal of epidemiology*, 27(9), 705-715. doi: 10.1007/s10654-012-9718-2
- Loh, D. A., Moy, F. M., Zaharan, N. L., & Mohamed, Z. (2013). Eating behaviour among multi-ethnic adolescents in a middle-income country as measured by the self-reported Children's Eating Behaviour Questionnaire. *PloS one*, 8(12), e82885. doi: 10.1371/journal.pone.0082885
- Loth, K. A., MacLehose, R. F., Fulkerson, J. A., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Food-related parenting practices and adolescent weight status: a population-based study. *Pediatrics*, 131(5), e1443-e1450.
- Maccoby, E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. En E. Hetherington (Eds.), *Socialization, Personality, and Social Development*. Nueva York: John Wiley.
- Macht, M. (2007). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11. doi: 10.1016/j.appet.2007.07.002
- Mallan, K. M., Liu, W. H., Mehta, R. J., Daniels, L. A., Magarey, A., & Battistutta, D. (2013). Maternal report of young children's eating styles. Validation of the Children's Eating Behaviour

Questionnaire in three ethnically diverse Australian samples. *Appetite*, 64, 48-55. doi: 10.1016/j.appet.2013.01.003

Marcelli, D., & Cohen, D. (2006). Psicopatología de la esfera oroalimentaria. En Elsevier (Eds.), *Psicopatología del niño*. (pp. 123-132). Barcelona, España: Masson.

Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Estacio, E. V. (2011). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. Los Ángeles, California: SAGE.

Marín, J. R., & López, M. D. C. N. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis.

Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Hauser, J. C., & Young, K. M. (2007). The relationship between parents' anti-fat attitudes and restrictive feeding. *Obesity*, 15(8), 2095-2102. doi: 10.1038/oby.2007.249

Navarro-Contreras, G., & Reyes-Lagunes, I. (2016). Validación psicométrica de la adaptación mexicana del Child Feeding Questionnaire. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2337-2349.

National Organization of Rare Disorders (2004). *Froelich's Syndrome*. Recuperado de <http://rarediseases.org/rare-diseases/froelichs-syndrome/>

Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... & Abraham, J. P. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766-781. doi:10.1080/10640260902848543

Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B., & Spruijt-Metz, D. (2009). Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eating Disorders*, 17(3), 211-224. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859040/#R19>

- National Organization of Rare Disorders (2004). *Froelich's Syndrome*. Recuperado de <http://rarediseases.org/rare-diseases/froelichs-syndrome/>
- Ortony, A., & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological review*, 97(3), 315.
- Ozier, A. D., Kendrick, O. W., Knol, L. L., Leeper, J. D., Perko, M., & Burnham, J. (2007). The eating and appraisal due to emotions and stress (EADES) questionnaire: development and validation. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(4), 619-628. doi: 10.1016/j.jada.2007.01.004
- Paiva, T. (2017). Childhood Sleep and Medical Disorders. En S. Nevšimalová & O. Bruni (Eds.), *Sleep Disorders in Children* (pp. 405-415). doi: 10.1007/978-3-319-28640-2_18
- Palmero, F. (2003). La emoción desde el modelo cognitivista. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(14), 2. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/avillj3022401105/texto.html>
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (Ed.). (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. México: Mc Graw Hill.
- Park, M. H., Falconer, C., Viner, R. M., & Kinra, S. (2012). The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obesity Reviews*, 13(11), 985-1000. doi. 10.1111/j.1467-789X.2012.01015.x
- Pérez-Nieto, M. Á., & Redondo-Delgado, M. M. (2006). Procesos de valoración y emoción: características, desarrollo, clasificación y estado actual. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(22), 8. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero22/revisio/num22revisio.pdf>
- Pinel, J. P. J. (Ed.). (2007). *Biopsicología*. México, DF: Pearson Addison Wesley.

- Pinto, M., Seclén, S., & Cabello, E. (2010). Diabetes tipo 2 en niños: Reporte de caso. *Revista Medica Herediana*, 21(2), 103-106. Recuperado de <http://perurevista.com/index.php/medica/article/view/4469>
- Powers, S. W., Chamberlin, L. A., Schaick, K. B., Sherman, S. N., & Whitaker, R. C. (2006). Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and child BMI in low-income African-American preschoolers. *Obesity*, 14(11), 2026-2033. doi: 10.1038/oby.2006.237
- Plutchik, R. (1982). A psychoevolutionary theory of emotions. *Social Science Information*, 21, 529-553. Recuperado de <http://ssi.sagepub.com/content/21/4-5/529>
- Pulgaron, E. R. (2013). Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clinical therapeutics*, 35(1), A18-A32. doi: 10.1016/j.clinthera.2012.12.014
- Reeve, J. (Ed.). (2010). *Motivación y Emoción*. México, DF: McGraw Hill.
- Reidl-Martínez, L. M. (2005). *Celos Y Envidia: Emociones Humanas*. México, DF: UNAM.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 21(3), 325-344. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00051-3
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., Massey, R., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., Skouteris, H., & Gibbons, K. (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 24. doi: 10.1186/1479-5868-10-24
- Ross, C. C. (2016). *The Emotional Eating Workbook: A Proven-Effective, Step-by-Step Guide to End Your Battle with Food and Satisfy Your Soul*. New Harbinger Publications.
- Roth, G. (2003). *Breaking free from emotional eating*. Nueva York, NY: Penguin Group.

- Salomon, K., & Jin, A. (2013). Diathesis-stress model. En M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 591-592). New York, NY: Springer.
- Saltzman, J. A., Pineros-Leano, M., Liechty, J. M., Bost, K. K., & Fiese, B. H. (2016). Eating, feeding, and feeling: emotional responsiveness mediates longitudinal associations between maternal binge eating, feeding practices, and child weight. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 89. doi: 10.1186/s12966-016-0415-5
- Santos, J. L., Ho-Urriola, J. A., González, A., Smalley, S. V., Domínguez-Vásquez, P., Cataldo, R., ... & Hodgson, M. I. (2011). Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutrition journal*, 10(1), 108. doi: 10.1186/1475-2891-10-108
- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. *Advances in experimental social psychology*, 1, 49-80.
- Scherer, K. R., & Ekman, P. (2009). *Approaches to emotion*. Nueva York, NY: Psychology Press.
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Rivera-Dommarco, J., & Hernández-Ávila, M. (2016). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). *Informe final de resultados*. Recuperado de <https://www.insp.mx/ensanut/medio-camino-16.html>.
- Shanahan, D. F., Franco, L., Lin, B. B., Gaston, K. J., & Fuller, R. A. (2016). The Benefits of Natural Environments for Physical Activity. *Sports Medicine*, 1-7. doi: 10.1007/s40279-016-0502-4
- Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D., & O'connor, C. (1987). Emotion knowledge: further exploration of a prototype approach. *Journal of personality and social psychology*, 52(6), 1061-1086.
- Sleddens, E. F., Kremers, S. P., & Thijs, C. (2008). The Children's Eating Behaviour Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6–7. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 49. doi: 10.1186/1479-5868-5-49

- Smith, L. C. (junio, 2002). The use of household expenditure surveys for the assessment of food insecurity. *Proceedings of the Food and Agriculture Organization of the United Nations*, Roma, Italia. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/005/Y4249E/y4249e08.htm>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (Ed.). (2007). *Código ético del psicólogo*. México, DF: Trillas.
- Sparks, M. A., & Radnitz, C. L. (2012). Confirmatory factor analysis of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in a low-income sample. *Eating behaviors*, 13(3), 267-270. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.03.002
- Spence, J. C., Carson, V., Casey, L., & Boule, N. (2011). Examining behavioural susceptibility to obesity among Canadian pre-school children: The role of eating behaviours. *Pediatric Obesity*, 6(2). doi: 10.3109/17477166.2010.512087
- Steinsbekk, S., Belsky, J., & Wichstrøm, L. (2016). Parental feeding and child eating: an investigation of reciprocal effects. *Child development*, 87(5), 1538-1549. doi: 10.1111/cdev.12546
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21(2), 131. doi: 10.1037/0278-6133.21.2.131
- Sridhar, S. B., Darbinian, J., Ehrlich, S. F., Markman, M. A., Gunderson, E. P., Ferrara, A., & Hedderson, M. M. (2014). Maternal gestational weight gain and offspring risk for childhood overweight or obesity. *American journal of obstetrics and gynecology*, 211(3), 259-e1. doi: 10.1016/j.ajog.2014.02.030
- Svensson, V., Lundborg, L., Cao, Y., Nowicka, P., Marcus, C., & Sobko, T. (2011). Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight-factorial validation of the Children's Eating Behaviour

Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 134.
doi: 10.1186/1479-5868-8-134

Tanofsky-Kraff, M., Ranzenhofer, L. M., Yanovski, S. Z., Schvey, N. A., Faith, M., Gustafson, J., & Yanovski, J. A. (2008). Psychometric properties of a new questionnaire to assess eating in the absence of hunger in children and adolescents. *Appetite*, 51(1), 148-155. doi: 10.1016/j.appet.2008.01.001

Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Olsen, C., Roza, C. A., Wolkoff, L. E., Columbo, K. M., ... & Yanovski, J. A. (2011). A prospective study of pediatric loss of control eating and psychological outcomes. *Journal of abnormal psychology*, 120(1), 108. doi: 10.1037/a0021406

Tanofsky-Kraff, M., Theim, K. R., Yanovski, S. Z., Bassett, A. M., Burns, N. P., Ranzenhofer, L. M., ... & Yanovski, J. A. (2007). Validation of the emotional eating scale adapted for use in children and adolescents (EES-C). *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 232-240. doi: 10.1002/eat.20362

Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Schvey, N. A., Olsen, C. H., Gustafson, J., & Yanovski, J. A. (2009). A prospective study of loss of control eating for body weight gain in children at high risk for adult obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 26-30. doi: 10.1002/eat.20580

Tschann, J. M., Gregorich, S. E., Penilla, C., Pasch, L. A., de Groat, C. L., Flores, E., ... & Butte, N. F. (2013). Parental feeding practices in Mexican American families: initial test of an expanded measure. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 6.

- Topham, G. L., Hubbs-Tait, L., Rutledge, J. M., Page, M. C., Kennedy, T. S., Shriver, L. H., & Harrist, A. W. (2011). Parenting styles, parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite*, 56(2), 261-264. doi: 10.1016/j.appet.2011.01.007
- Tribole, E., & Resch, E. (1995). *Intuitive eating: a recovery book for the chronic dieter: rediscover the pleasures of eating and rebuild your body image*. Nueva York, NY: St. Martin's Press.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. (2012). *¿Cuáles son las causas del sobrepeso y obesidad?* Recuperado de <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/obe/causes>
- Valladares-Salgado, A., Suárez-Sánchez, F., Burguete-Garcia, A., & Cruz, M. (2014). Epigenética de la obesidad infantil y de la diabetes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(Supl 1), S88-S93.
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Review article relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public health nutrition*, 17(08), 1757-1766. doi: 10.1017/S1368980013002139
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A. & Defares, P. B. (1986), The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 295–315. doi: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T
- van Strien, T., & Oosterveld, P. (2008). The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7-to 12-year-old children. *International journal of eating disorders*, 41(1), 72-81. doi: 10.1002/eat.20424

- Vandewalle, J., Moens, E., & Braet, C. (2013). Comprehending emotional eating in obese youngsters: the role of parental rejection and emotion regulation. *International Journal of Obesity*, 38, 525-530. doi:10.1038/ijo.2013.233
- Vargas, L. A. (Julio-Septiembre 2010a). ¿Para qué sirven los estudios antropológicos sobre alimentación y nutrición? *Diario de Campo*, 1(1), 66-71.
- Vargas, L. A. (Noviembre-Diciembre 2010b). La comida como obsequio, una tradición mexicana. *Cuadernos de Nutrición*, 33(6), 234-237.
- Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers, S. P., ... & Power, T. G. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutrition reviews*, 74(2), 98-117. doi: 10.1093/nutrit/nuv061
- Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 15.
- Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. C. (2008). Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *British Journal of Nutrition*, 100(2), 445-450. doi: 10.1017/S0007114508894391
- Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: responding to the global epidemic. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 510. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.510
- Wardle, J., Guthrie, C., Sanderson, S., Birch, L., & Plomin, R. (2001). Food and activity preferences in children of lean and obese parents. *International journal of obesity*, 25(7), 971. doi: 10.1038/sj.ijo.0801661
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963-970. doi: 10.1017/S0021963001007727

- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C. A., Rapoport, L., & Plomin, R. (2002). Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity*, 10(6), 453-462. doi: 10.1038/oby.2002.63
- Webber, L., Hill, C., Cooke, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2010). Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European journal of clinical nutrition*, 64(3), 259. doi: 10.1038/ejcn.2009.146
- Webber, L., Hill, C., Saxton, J., Van Jaarsveld, C. H. M., & Wardle, J. (2009). Eating behaviour and weight in children. *International Journal of Obesity*, 33(1), 21-28. doi:10.1038/ijo.2008.219
- Weiner, B. (1982). The Emotional Consequences of Causal Attributions. En M. S. Clark & S. T. Fiske (Eds.), *Affect and Cognition, 17th Annual Carnegie Mellon Symposium on Cognition* (294-331). Nueva York, NY: Psychology Press Taylor & Francis Group.
- Wilson, R. L., & Wilson, R. (2015). *Understanding emotional development: providing insight into human lives*. Nueva York, NY: Routledge.
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf
- World Health Organization. (2010). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2014). *10 facts on obesity*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>

World Health Organization. (2015). *Obesity*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

World Health Organization. (2016). *What is overweight and obesity?* Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/

Zeitler, P., Fu, J., Tandon, N., Nadeau, K., Urakami, T., Barrett, T., & Maahs, D. (2015). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. *Compendium. Pediatr Diabetes*, 16(5), 392-392.

Zhu, H., Cai, T., Chen, G., & Zhang, B. (2013). Validation of the emotional eating scale among Chinese undergraduates. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 41(1), 123-134. doi: 10.2224/sbp.2013.41.1.123

Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, Estados Unidos: American Psychological Association.

Anexos

Cuestionario EADES, versión para niñas

EADES

Folio: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Alumno: _____ Grado: _____

Grupo: _____

Edad: _____ Sexo: (H) (M) Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Responde las siguientes preguntas tachando la opción que vaya de acuerdo con lo que tú haces y piensas de la comida y la alimentación. Como te estamos preguntando tu opinión y experiencia personal, en este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Es importante que contestes todas y cada una de las preguntas siguientes.

	Para nada 1	Un poco 2	Bastante 3	Muchísimo 4
1. Mi familia me ayuda cuando tengo problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estoy segura de que puedo controlar mi manera de comer, cuando me siento feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Como de más cuando me siento estresada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Generalmente encuentro cómo solucionar mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puedo resolver mis propios problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Generalmente me siento insegura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Intento encontrar varias soluciones a mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Como de más cuando estoy con mis amigos o mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Evalúo las cosas buenas y malas de una situación antes de hacer algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario EADES, versión para niños

EADES

Folio: _____

Nombre de la Escuela:

Nombre del Alumno: _____ Grado: _____

Grupo: _____

Edad: _____ Sexo: (H) (M) Fecha de nacimiento: _ Día _ Mes _ Año _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Responde las siguientes preguntas tachando la opción que vaya de acuerdo con lo que tú haces y piensas de la comida y la alimentación. Como te estamos preguntando tu opinión y experiencia personal, en este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Es importante que contestes todas y cada una de las preguntas siguientes.

	Para nada 1	Un poco 2	Bastante 3	Muchísimo 4
1. Mi familia me ayuda cuando tengo problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estoy seguro de que puedo controlar mi manera de comer, cuando me siento feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Como de más cuando me siento estresado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Generalmente encuentro cómo solucionar mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puedo resolver mis propios problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Generalmente me siento inseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Intento encontrar varias soluciones a mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Como de más cuando estoy con mis amigos o mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Evalúo las cosas buenas y malas de una situación antes de hacer algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me preocupa lo que la gente piense de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario CEBQ para padres

CEBQ

No. Folio _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (H) (M)

Ciudad: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
 Número de integrantes en el hogar: _____ ¿Quién es el principal responsable de darle de comer a su hijo(a): _____

Peso mamá: _____ Estatura Mamá: _____

Peso Papá: _____ Estatura Papá: _____

Gasto semanal en alimentos (en su hogar): a) Menos de 500 b) 500-1500 c) 1500-2000 d) Más de 2000

Estimado(a) madre/padre de familia, a continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre conductas que los niños (as) pueden tener con relación a su alimentación. Responda marcando con una X la opción de respuesta que más se acerque a lo que hace su hijo(a). Recuerde que no hay respuesta buenas ni malas, lo que nos interesa es conocer el comportamiento general de los niños(as) con respecto a la alimentación. Por favor, no deje ningún renglón sin contestar. Sus respuestas son de suma importancia para poder mejorar las estrategias que las mamás/papás utilizan para alimentar a sus hijos(as)

¿QUÉ TAN A MENUDO SU HIJO (A) PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS?	Nunca	Rara vez	Frecuente mente	Siempre
1. Mi hijo(a) espera ansiosamente la hora de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi hijo(a) disfruta de una gran variedad de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mi hijo(a) no come si ha ingerido algún bocadillo antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi hijo(a) decide si le gusta o no la comida, incluso sin probarla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si dependiera de él(ella), mi hijo(a) comería casi todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi hijo(a) disfruta comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi hijo(a) tarda más de 30 minutos para terminar sus alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mi hijo(a) se muestra interesado(a) por la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mi hijo(a) rechaza alimentos nuevos al principio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mi hijo(a) siempre está pidiendo un refresco o jugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi hijo(a) hace un huequito para comer su comida favorita, incluso cuando ya está lleno(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ejemplo de solicitud para las instituciones

Morelia, Michoacán a 30 de marzo de 2017.

C. JVM

Directora de la Escuela Primaria Urbana Federal...

Presente

De la manera más atenta, le solicito el acceso a la institución a su digno cargo para realizar dos evaluaciones a sus alumnos y la aplicación de un par de cuestionarios a sus padres, con la finalidad de recuperar información que será utilizada para el proyecto de investigación **“Ingesta emocional en niños y su relación con las prácticas parentales de alimentación”** investigación a cargo de la Psic. María Paulina Guzmán Bedolla y supervisada por la Dra. Gabriela Navarro Contreras, perteneciente al programa de Maestría en Psicología de la UMSNH. Dicho proyecto ha sido aprobado por el Consejo de Investigación Científica de la misma institución.

El objetivo de esta petición es que se me permita evaluar a los alumnos de 3°, 4°, 5° y 6° en cuanto a su alimentación y sus emociones respondiendo a un cuestionario con una duración aproximada de 30-45 min, además de evaluar su talla y peso para calcular su IMC con una duración aproximada de 2 min por alumno. Así también, se le enviará a cada padre/madre de familia un sobre con un par de cuestionarios que evalúan el comportamiento alimenticio de sus hijos.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para la institución ni para los padres de familia y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias del centro educativo. De igual manera, se entregará a cada padre/madre de familia un consentimiento informado solicitando su autorización para participar en la investigación mencionada. Además, la información obtenida será estrictamente utilizada de manera confidencial y su uso será exclusivo para fines de la investigación.

Sin otro particular y esperando una respuesta favorable a la petición, me despido.

Atentamente

Psic. María Paulina Guzmán Bedolla

Dra. Gabriela Navarro Contreras

Carta de consentimiento informado

Morelia, Michoacán a ____ de _____ del 2017

Estimado(a) papá/mamá:

Por medio de la presente, se le invita a participar en una investigación en psicología sobre “Emociones, alimentación y obesidad infantil”. La investigación es realizada por la Psic. María Paulina Guzmán Bedolla, estudiante de la Maestría en Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Dicho estudio ha sido aprobado por el Consejo de Investigación Científica de la misma institución.

El objetivo de la investigación es conocer cómo se relacionan las emociones y el estrés, con la alimentación y la obesidad infantil. Este interés parte de la inquietud de poder generar estrategias que ayuden a los padres con la alimentación de sus hijos(as).

El apoyo que se solicita a los papás es, **únicamente**, contestar un par de cuestionarios sobre aspectos relacionados con la alimentación de su hijo(a), mismos que han sido anexados en el presente sobre, para que usted pueda contestarlos en casa. Dichos cuestionarios puede entregarlos por medio de su hijo(a) el próximo **lunes 8 de mayo** cuando asista al salón de clases.

Finalmente, si usted lo desea, los resultados de dichos cuestionarios le serán entregados por medio de correo electrónico tras concluir el estudio. Su participación no conlleva ningún riesgo ni recibe otro beneficio que la satisfacción de contribuir al avance del conocimiento científico, en temas relacionados con la psicología de la alimentación. Además, usted tiene el derecho de retirar su consentimiento para la participación en cualquier momento. Es importante señalar que la colaboración de usted no generará ningún costo, ni a usted ni a la institución. Cabe señalar que la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si está de acuerdo en participar en la investigación, de forma voluntaria, por favor ponga su nombre y firma a continuación.

Nombre y firma del padre/madre o tutor

Nombre de su hijo(a): _____

Grado y grupo: _____

Fecha de nacimiento del niño(a): _____ (día-mes-año)

Dudas sobre este estudio y solicitud de resultados, por favor comunicarse vía correo electrónico a paulina.guzman.bedolla@gmail.com

Solicitud de permiso para adaptación del CEBQ

Dr. Saskia Sanderson

Senior Research Associate in the Cancer Research UK Health Behavior Research Centre at University College London

October 25th 2016.

Dear Dr. Saskia Sanderson:

I am a second year student of the MS in Psychology of the Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (México). For my research thesis, I am developing a project that includes the evaluation of parental feeding style and emotional eating.

In Mexico, we do not have a standardized instrument to measure parental feeding style that includes questions related to emotional eating. Therefore, I write in order to ask for your permission to translate, adapt, and validate the Children's Eating Behavior Questionnaire. It is important to notice that the purpose of this adaptation is strictly academic, and no merchandising or profiting is intended. The original instrument will be duly cited and referenced, and a copy of the final publication can be sent to you.

If you agree with this request, please be so kind to confirm to the emails below (I am also providing the mail address of my department, but be aware that the Mexican mail might not be as efficient as the British one).

In case you are not the only holder of the rights of this questionnaire, please do let me know who else I need to contact. In case you have any doubts, please do not hesitate to contact me.

Thank you in advance for your time and for considering this request.

Sincerely,



María Paulina Guzmán Bedolla
2nd year, MS Psychology student

paulina.guzman.bedolla@gmail.com

www.mp-psicologia.umich.mx

Department mail address:

Maestría en Psicología, UMSNH

Artilleros de 1847 438, Chapultepec Sur, 58260 Morelia, Mich. México



Erwin Rogelio Villuendas González
Professor and MS Head



Facultad de Psicología
DIVISIÓN DE POSGRADO

Autorización para adaptar el CEBQ



Paulina Guzmán <Paulina.guzman.bedolla@gmail.com>

Permission to use CEBQ

Sanderson, Saskia <saskia.sanderson@ucl.ac.uk >

November 2016 at 21 06:32

To: Paulina Guzmán <Paulina.guzman.bedolla@gmail.com>

Dear Paulina

Thank you for your message. It is absolutely fine for you to use the CEBQ in your research. Good luck with your project.

Warm wishes

Saskia

Saskia C. Sanderson, PhD
Senior Research Social Scientist
Clinical Genetics Department
Great Ormond Street Hospital
London, UK
and
Senior Research Associate
Health Behaviour Research Centre
University College London (UCL)
Twitter: @SCSanderson

From: Paulina Guzmán <Paulina.guzman.bedolla@gmail.com>

Sent: 07 November 2016 15:13:19

To: Sanderson, Saskia

Subject: Fwd: Permission to use CEBQ

[Quoted text hidden]

Autorización para adaptar el EADES



Paulina Guzmán <paulina.guzman.bedolla@gmail.com>

Permission to use EADES

Amy Ozier <aozier@niu.edu>
To: Paulina Guzmán <paulina.guzman.bedolla@gmail.com>

September 2016 at 28 04:42

Hi Paulina:

Wow - what an interesting thesis. Thank you for the signed contract. I am sure you realize that this instrument was validated in the adult population and not child population. Thus, is your thesis research specifically to validate the EADES in the child population? If so, it would appear that you would need to not only translate into Spanish, but also adjust terminology to lower readability by quite a bit.

God bless,

Amy

Amy D. Ozier PhD, RD, LDN

Northern Illinois University

Graduate Facilitator of the Certificate in Eating Disorders and Obesity Program

<http://chhs.niu.edu/nutrition/eatingdisorders/index.shtml>

Eating Disorders and Obesity Certificate - NIU - Nutrition ...
chhs.niu.edu

Eating Disorders and Obesity Certificate. The Certificate of Graduate Study in Eating Disorders and Obesity is the only 12 credit program in the nation utilizing the ...
