



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL Y LA INGESTA
EMOCIONAL EN PREADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD**

T E S I S

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

SOFÍA GUADALUPE RODRÍGUEZ PAZ

DIRECTOR: DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

REVISORA: DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

SINODALES

DRA. MARÍA SANTOS BECERRIL PÉREZ

DRA. ROCÍO IVONNE DE LA VEGA MORALES

DRA. CLAUDIA MARGARITA RAFFUL LOERA

Ciudad Universitaria, Cd. de México, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi familia, por todo su amor y apoyo.

“Life is not easy for any of us. But what of that? We must have perseverance and above all confidence in ourselves. We must believe that we are gifted for something and that this thing must be attained.”

— **Marie Curie**

AGRADECIMIENTOS

Mi sincera gratitud al **Dr. José Alfredo**, mi mentor, a quien le debo la oportunidad de llevar a cabo este trabajo. Gracias por recibirme, por su entera disposición, paciencia y dedicación. Le agradezco profundamente su guía y siempre amable apoyo, sus enseñanzas y la formación académica, profesional y personal que me ha dado para continuar mi camino. Gracias por inspirarme con su profesionalismo y calidad humana. Es un honor para mi haber contado con su dirección.

A mis compañeras/os del seminario de tesis: Cada una/o aportó valiosas contribuciones y por ello, les estoy agradecida.

A mi revisora la **Dra. Angélica** y mis sinodales la **Dra. María, Dra. Ivonne y Dra. Claudia**, les estoy profundamente agradecida por el tiempo que dedicaron a las correcciones de mi trabajo, por su paciencia y las valiosas aportaciones que me brindaron. Gracias porque aún sin conocernos personalmente, siempre me apoyaron en todo. Es un honor para mi haber contado con su acompañamiento en este camino, les admiro a cada una.

Mi más sincero agradecimiento a los directores, directoras, docentes, alumnos, alumnas, padres, madres y cuidadores, pertenecientes a las nueve escuelas primarias que me permitieron entrar para realizar la presente investigación. Un agradecimiento especial a las directoras: *Selene Sánchez, Elizabeth Bustillo, María del Socorro Ortega, Sandra García, María Gregoria Rodríguez, Bertha Isabel López y Ruth González*, y a los directores: *Álvaro de la Peña y Atuani Durán*. A las maestras: *Yesica Sánchez, Ivonne, Gabriela y Olga*. Sin su confianza en mí, nada de esto podría haberse logrado. A ustedes debo este trabajo, les estaré siempre agradecida.

DEDICATORIA

Mi más profundo agradecimiento a la mujer más fuerte que conozco en mi vida, mi madre, *María Eugenia*. Sin su apoyo e infinito amor, ningún miembro de mi familia podría acercarse a sus metas. Gracias por ser el pilar de nuestra pequeña familia. Gracias por todo mamá.

A mi padre, *Raúl*, le agradezco su dedicación y devoción por cada uno de nosotros. Un amor que, a su manera, nos ha fortalecido.

Eterno agradecimiento a los mejores hermanos que me pudieron tocar, a quienes debo todo lo que soy. Gracias *Iván*, por tu amor, comprensión, enseñanza, apoyo, paciencia y seguridad; sin ti, nada hubiera sido posible, gracias por ser nuestro vivo ejemplo de resiliencia. Gracias *Mari*, por siempre estar dispuesta a escucharme y por las interminables horas de apoyo y amor que me has dado, gracias por compartir siempre lo que sabes y por tu entrega que ha sido digna de admirar e imitar. Gracias *Juan*, por inculcarme disciplina y

enseñarme que uno siempre logra lo que se propone, cuando se trabaja arduamente por ello, gracias por todas tus enseñanzas, por todo tu amor y apoyo. Les admiro a cada uno.

A *Juan Robles*, gracias por tu amor e interminable apoyo, por creer siempre en mí e impulsarme a crecer, por toda la fuerza y energía que me das. Gracias por ser mi compañero en este y muchos otros viajes que emprenderemos juntos. Gracias por estar en mi vida. *Te amo.*

A mi mejor amigo *Marco*, a quien admiro por ser él mismo y demostrarme que el cielo es el único límite, gracias por todo tu cariño y apoyo. A mis amigas *Caro, Abi y Kenia* quienes me ofrecen siempre su cariño y apoyo, con quienes he compartido tantas risas y enseñanzas; gracias por siempre escucharme y brindarme consejo, las quiero a cada una por lo especiales que son para mí.

De ustedes aprendí que la amistad real y apoyo incondicional es siempre un ingrediente necesario en la vida. Gracias por el crecimiento en nuestros años universitarios.

A mis colegas y amigas de la Clínica de Obesidad del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”: *Jessi, Kary, Are, Grace, Vane y Chio*. Gracias por todo lo que aprendí con ustedes y por su amistad. Son las profesionistas que más admiro por su compromiso con la Psicología y por su calidad humana. Las quiero y las llevo siempre en mí.

A mi mejor amiga *Angélica*, gracias por tu apoyo y tu escucha, gracias por todos los años que hemos ñoñeado juntas. A mis amigas *Andrea y Melissa*, mi amigo *Arturo* y mis amigas *Areli, Daniela e Ina*. Gracias por su sincera amistad a través de los años, me ha fortalecido y enseñado el significado sincero de ser *amigos* (por cierto, gracias por siempre estar dispuestos a contestarme un cuestionario). A cada uno, los quiero y los llevo siempre conmigo.

A *Erika*, mi terapeuta, quien estuvo conmigo en este proceso, apoyándome y alentándome a recorrer el intrincado camino que este trabajo trajo consigo. Muchas gracias por acompañarme en mi crecimiento.

Gracias porque sin el apoyo de todos ustedes, y los que me faltó mencionar, no hubiese sido posible realizar este trabajo, que busca aportar sólo un grano de arena al saber de la Psicología.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO 1. OBESIDAD.....	11
1.1 Definición y prevalencia.....	11
1.2 Causas de la obesidad infantil.....	14
1.3 Medición de la obesidad.....	15
1.4 Consecuencias de la obesidad infantil.....	18
1.4.1 Repercusiones físicas.....	18
1.4.2 Repercusiones psicológicas.....	20
CAPÍTULO 2. REGULACIÓN Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL	24
2.1 ¿Qué son las emociones?	24
2.2 Regulación emocional	26
2.3 El desarrollo de la regulación emocional en la infancia y la adolescencia.....	29
2.4 Desregulación emocional	34
2.4.1 El papel de la desregulación emocional en la psicopatología.....	37
CAPÍTULO 3. DESREGULACIÓN EMOCIONAL E INGESTA EMOCIONAL: SU RELACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	39
3.1 Desregulación emocional: relación con el sobrepeso y la obesidad	39
3.2 Ingesta emocional: relación con el sobrepeso y la obesidad	46
3.2.1 Ingesta emocional en adultos y adolescentes	48
3.2.2 Ingesta emocional en niños/as.....	49
MÉTODO.....	56
Planteamiento del problema.....	56
<i>Pregunta de investigación</i>	57
<i>Objetivo general</i>	58
<i>Objetivos específicos</i>	58
<i>Hipótesis</i>	58
Participantes	59
<i>Criterios de inclusión</i>	61
Preadolescentes.....	61
Padres.....	61
<i>Criterios de exclusión</i>	61

Preadolescentes.....	61
Padres.....	61
<i>Criterios de eliminación.....</i>	<i>62</i>
Preadolescentes.....	62
Padres.....	62
<i>Consideraciones éticas.....</i>	<i>62</i>
Diseño y tipo de estudio	64
Instrumentos	64
<i>Instrumentos que respondieron los preadolescentes de ambos sexos</i>	<i>64</i>
<i>Instrumentos que respondieron los padres, madres y cuidadores.....</i>	<i>65</i>
<i>Medición antropométrica.....</i>	<i>66</i>
Definición conceptual de variables	66
Definición operacional de variables	67
Procedimiento	67
Análisis de datos	70
RESULTADOS	73
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	79
REFERENCIAS	91
ANEXO A.....	114
ANEXO C	118
ANEXO D	119
ANEXO E.....	121
ANEXO F	122

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue estudiar la posible relación entre la obesidad y el sobrepeso con los constructos desregulación emocional e ingesta emocional en una muestra de 400 preadolescentes (227 mujeres y 173 hombres, de entre nueve y 12 años de edad) y sus padres, provenientes de la Ciudad de México. Los participantes se clasificaron en los grupos de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad de acuerdo con su IMC, acorde con los criterios establecidos por la OMS. Completaron la Escala de Desregulación Emocional versión corta (EDS-short) y el Instrumento por Viñetas para Evaluar Riesgo de Ingesta Emocional, mientras que los padres respondieron el Cuestionario de la Conducta Alimentaria de los Niños (CEBQ) y la EDS-short versión parental. El ANOVA no mostró diferencias en la desregulación emocional entre los grupos de IMC de acuerdo con ninguno de los informantes. Con respecto a la ingesta emocional, los padres de niños/as con sobrepeso y obesidad reportaron un nivel significativamente mayor que el grupo con peso normal ($p < .001$), sin embargo, no se observaron diferencias según la percepción de los preadolescentes. Finalmente, la correlación de Pearson entre ambos informantes fue moderada para la desregulación emocional y nula en el caso de la ingesta emocional. La desregulación emocional no se relaciona con la obesidad ni con el sobrepeso, sin embargo, en una de sus manifestaciones, la ingesta emocional, es mayor en los preadolescentes con sobrepeso y obesidad, en comparación con sus pares con peso normal.

Palabras clave: desregulación emocional, ingesta emocional, obesidad, sobrepeso, preadolescentes.

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the possible relationship between obesity and overweight, with emotional dysregulation and emotional eating constructs in a sample of 400 preadolescents (227 girls and 173 boys, between 9 and 12 years old) and their parents from Mexico City. Participants were classified into the underweight, normal weight, overweight and obesity groups according to their BMI, under the criteria established by the WHO. They completed the Emotional Dysregulation Scale, short form (EDS-short) and the Buffet Instrument to Assess Risk of Emotional Eating, while their parents answered the Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) and the EDS-short, parental version. ANOVA showed no difference between BMI groups in relation to emotional dysregulation according to none of the informants. Regarding emotional eating, parents of overweight and obese preadolescent reported a significantly higher level of it than the normal weight group ($p < .001$), but no differences were observed in children's report. Finally, the magnitude of Pearson's correlation between both informants was moderate for emotional dysregulation and there was no relationship for emotional eating. Emotional dysregulation is not related to obesity or overweight, however, in one of its manifestations, emotional eating, is greater in overweight and obese preadolescents compared to their normal weight peers.

Keywords: emotional dysregulation, emotional eating, obesity, overweight, preadolescents.

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil se considera uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Su prevalencia se ha incrementado de manera alarmante en los últimos años y México ocupa el primer lugar de la lista de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2019). Es por ello que la investigación científica dedica grandes esfuerzos para comprender las causas y consecuencias de este fenómeno. Sin embargo, los planteamientos puramente médicos resultan insuficientes, lo que hace necesario la inclusión de otras disciplinas.

Las consecuencias de este padecimiento repercuten en la salud física y psicológica, considerándose un factor de riesgo para la obesidad adulta y el desarrollo de patrones disfuncionales de conducta alimentaria (como la bulimia, la anorexia o el trastorno por atracón) (Cena et al., 2017; De Giuseppe et al., 2019). El capítulo uno del presente escrito versa sobre la problemática de la obesidad infantil, brindando un panorama sobre su etiología y sus efectos en la salud.

La obesidad infantil es una problemática compleja en la que se involucran, entre otros factores, los componentes psicológicos. Las investigaciones muestran un creciente interés sobre el papel que tienen los aspectos afectivos en la conducta de ingesta. Se reconoce que las emociones influyen en la conducta de comer, tanto en las situaciones bajo las que se consumen los alimentos, como en la elección y cantidad de los mismos (Macht, 2008). Sin embargo, la dificultad en la regulación de las emociones (o desregulación emocional) conlleva diversos problemas, pues compromete las habilidades de experiencia y expresión emocional de los individuos, lo que interfiere con el despliegue de conductas adaptadas dirigidas por objetivos (Beauchaine y Cicchetti, 2019). Diversos estudios han señalado que existen diferencias significativas en el nivel de desregulación emocional

entre niños con obesidad y sus pares con peso normal, siendo los primeros quienes exhiben mayores dificultades para manejar el afecto negativo (Kelly et al., 2016; Pace et al., 2019; Percinel et al., 2018). Por tal motivo, el capítulo dos se centra en uno de los elementos medulares de la psicopatología: la desregulación emocional. Se aborda el tema de las emociones, su regulación y su desarrollo durante la infancia y la adolescencia.

Sin embargo, las investigaciones que relacionan la desregulación emocional con el Índice de Masa Corporal (IMC) en niños/as resultan escasas y arrojan resultados poco consistentes (Hughes et al., 2015). Algunos autores concluyen que una forma en la que se relacionan las dificultades de regulación emocional con la obesidad infantil es por el empleo de la *ingesta emocional*. Esta conducta parece aumentarse conforme se incrementa el IMC. No obstante, en esta línea de investigación los resultados tampoco son concluyentes (Braet et al., 2008; Jalo et al., 2019; van Strien y Oosterveld, 2008) existiendo diferencias de acuerdo con el informante de la conducta (padres o niños/as) (Braet et al., 2007; Croker et al., 2011; Jalo et al., 2019; Santos et al., 2011). En el capítulo tres, se hace una detallada revisión de la conducta de ingesta emocional, su presencia en distintos grupos etarios y su relación con la obesidad.

A la luz de la revisión de literatura anterior, se observa que los resultados inconsistentes en las investigaciones sobre las habilidades regulatorias de las emociones en niños/as con obesidad conducen a conclusiones precipitadas acerca del funcionamiento emocional de esta población. Por otro lado, en cuanto a la conducta de ingesta emocional, se observó que los resultados pueden depender del informante, lo que genera incertidumbre acerca de la prevalencia de esta conducta en población infantil con relación a su estatus corporal. Por consiguiente, la presente investigación tuvo como propósito indagar la posible relación entre la obesidad y el sobrepeso con las variables

desregulación emocional e ingesta emocional, en población de mujeres y hombres preadolescentes mexicanos.

Este estudio resulta relevante ya que permite generar conocimiento acerca de la relación entre la obesidad y el sobrepeso con el contexto afectivo de los niños/as de población mexicana. Sus resultados se insertan en una línea de investigación cuyos hallazgos fueron contradictorios. La importancia de esta investigación también radica en brindar información empírica sobre algunas variables psicológicas que influyen en la conducta de ingesta y, por ende, subrayar la importancia de la creación y el mantenimiento de hábitos alimentarios saludables provistos por los padres y cuidadores desde edades tempranas.

CAPÍTULO 1. OBESIDAD

1.1 Definición y prevalencia

La definición actual de obesidad y sobrepeso en las diferentes etapas de la vida y con la que mayoría de los autores coincide, es la que propone la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020a) que corresponde a “una acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo que puede ser perjudicial para la salud”. Desde 1997, esta organización ha considerado la obesidad como una enfermedad, debido a su carácter epidémico y a su repercusión somática, psicológica y socioeconómica (Ciangura et al., 2010). Por su parte, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad [SEEDO], reconoce a la obesidad como una enfermedad crónica multifactorial que se caracteriza por el exceso de grasa corporal, causada por la interacción entre un genotipo y su ambiente (Arrizabalaga et al., 2003).

La trascendencia de entender más a fondo las causas y las repercusiones de esta enfermedad, tiene que ver con la creciente evidencia de las consecuencias que generan en las personas, pues se ha demostrado que la obesidad disminuye la longevidad, la calidad de vida y la productividad económica, al considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades crónicas asociadas como la diabetes, el cáncer y diferentes tipos de padecimientos cardiovasculares (OMS, 2020a). Asimismo, la actual emergencia sanitaria provocada por el COVID-19 ha puesto de manifiesto las repercusiones que tiene para los individuos el padecer obesidad, puesto que esta condición incrementa las complicaciones y la mortalidad en las personas infectadas por el SARS-CoV-2 (Kassir, 2020; Petrakis et al., 2020; Simonnet et al., 2020).

De acuerdo con la OMS (2017), la obesidad cobra un mínimo de 2.8 millones de vidas cada año alrededor del mundo. Las cifras más recientes reportadas por esta organización datan del 2016 (OMS, 2020b), las cuales señalaron la existencia de más de 1900 millones de adultos de 18 años o más, quienes padecían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones tenían obesidad.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] (2017) reportó que para 2015, 19% de la población adulta padecía obesidad. Las cifras más bajas se encontraban en países orientales como Corea y Japón, mientras que las más altas las encabezaron países como México, Estados Unidos y Chile, donde la obesidad se ha incrementado rápidamente desde la década de los noventa del siglo pasado. De acuerdo con las proyecciones realizadas por la OCDE (2017), para el año 2030 se prevé que la obesidad alcance una alta prevalencia en Estados Unidos, México e Inglaterra, donde 47%, 39% y 35% de la población, respectivamente, padecerá esta enfermedad.

En México, durante los últimos 30 años, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una epidemia que afecta a 72.5% de adultos, es decir, a siete de cada diez, según las cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 [ENSANUT MC] (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2016). De acuerdo con la distribución por sexo, se observó que las mujeres presentaron una mayor prevalencia en obesidad (38.6%) en comparación con los hombres (27.7%), siendo la categoría de obesidad mórbida 2.4 veces más alta en mujeres que en hombres. Recientemente, el informe de resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 [ENSANUT 2018] (INSP, 2019) reveló que el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad aumentó (75.2%), observándose diferencias por sexo donde: 36.6% de las mujeres

presentaron sobrepeso y 40.2% obesidad, mientras que 42.5% de los hombres mostraron sobrepeso y 30.5% obesidad.

Los problemas sociales que se asocian con la obesidad cobran más relevancia si se estudian a la luz del desarrollo a lo largo de la vida. De acuerdo con las últimas cifras de la OMS en 2016 (OMS, 2017), 41 millones de niños/as menores de cinco años, y más de 340 millones de niños/as y adolescentes de edades entre los cinco y 19 años, presentaron sobrepeso u obesidad, observándose un aumento en los niveles de en la infancia y la adolescencia en todo el mundo. Entre el año 2000 y el 2016, la proporción de personas entre cinco y 19 años con sobrepeso se duplicó, pasando de una de cada diez, a casi una de cada cinco.

Particularmente en México, de acuerdo con los datos de la ENSANUT 2018 (INSP, 2019) en población infantil de cinco a 11 años se reportó una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad [SP+O] del 35.6%, mayor en regiones urbanas que en las zonas rurales (37.9% vs. 29.7%). De acuerdo con los datos de distribución el 18.1% de niños y niñas en estas edades presentaron sobrepeso y 17.5% obesidad. Para la población de 12 a 19 años la situación referente al sobrepeso y obesidad se agrava, alcanzando el 38.4% (39.7% localizados en zonas urbanas y 34.6% en ambientes rurales). El 14.1% de las mujeres presentaron sobrepeso y 27.0% obesidad, mientras que en los hombres se observó que el 15.1% mostraron sobrepeso y 20.7% obesidad. Según datos del UNICEF (2016), en México, uno de cada 20 niños/as menores de cinco años y uno de cada tres entre los seis y 19 años padece sobrepeso u obesidad. Estas cifras han colocado a México en el primer lugar en obesidad infantil en el mundo, por lo que los avances en el estudio de esta problemática, así como el desarrollo de intervenciones oportunas para frenar su acelerado crecimiento, son temas urgentes.

1.2 Causas de la obesidad infantil

Se reconoce que la causa principal de la obesidad es el desequilibrio energético que existe entre las calorías consumidas y las gastadas (OMS, 2020b). Desequilibrio que ocurre debido a la presencia de diversos factores de riesgo, como la predisposición genética, los ambientes obesogénicos, los malos hábitos de alimentación, el aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico, el descenso en la actividad física y el incremento de una vida sedentaria (Albataineh et al., 2019; Davidson y Birch, 2001; Kumar y Kelly, 2017; Speiser et al., 2005).

Durante el crecimiento, los infantes van adquiriendo patrones de alimentación moldeados por su entorno. Las personas cercanas y los encargados de su cuidado, como los padres, familiares o profesores, desempeñan un importante papel en la estructuración de hábitos dietéticos (Rivera et al., 2018). El desarrollo patológico del incremento de peso se encuentra fuertemente relacionado con los hábitos nutricionales, pero sobre todo, con un estilo de vida caracterizado por un ambiente obesogénico, además de hábitos que fomentan la reducción de la actividad física y el sueño, que favorecen el ocio pasivo, incrementan el sedentarismo y aumentan el número de ocasiones asociadas con la comida, además del consumo excesivo de alimentos hipercalóricos y su preferencia sobre alimentos que aportan mayores nutrientes (Amigo et al., 2007).

Pérez y Cruz (2018) argumentan que la obesidad y el sobrepeso en México se explican, al menos en parte, por la transición nutricional experimentada en el país, puesto que se incrementó la disponibilidad a bajo costo de los alimentos procesados, compuestos por altas cantidades de grasas, azúcares y sal; el aumento en el consumo de comida rápida en comparación con la preparada en casa; el aumento a la exposición de publicidad sobre alimentos industrializados y a los productos que facilitan las tareas

cotidianas, lo que supone una disminución del gasto energético y la falta de activación física de la población en general.

Por otra parte, a nivel individual es importante considerar no sólo los aspectos ecológicos sino psicológicos, pues pueden fungir como factores potencialmente importantes en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Se reconocen como factores de riesgo los problemas emocionales (como depresión, ansiedad, baja autoestima), la insatisfacción corporal y el uso ineficiente de estrategias de afrontamiento, entre otros (García, 2018).

Con respecto a los factores biológicos, se ha demostrado que la susceptibilidad genética determina de manera importante el desarrollo futuro de la obesidad. El papel de los genes identificados en la obesidad puede dividirse en dos tipos. La obesidad poligénica, que se refiere a la combinación de polimorfismos que favorecen el aumento de peso (Frelut, 2009) y la obesidad monogénica, que se origina por la alteración de un único gen, ya sea por deficiencia, delección o mutación que tiene por consecuencia el desarrollo de una obesidad grave que se asocia a una serie de síntomas endócrinos (Frelut, 2009; Martos-Moreno y Argente, 2011).

De tal forma que son los factores de riesgo como la genética, la influencia ambiental, los estilos de crianza y los aspectos conductuales y emocionales relacionados con la alimentación y la actividad física, los que determinan la acumulación excesiva de energía en forma de tejido adiposo.

1.3 Medición de la obesidad

Los métodos diagnósticos utilizados para determinar la obesidad en adultos y niños/as son aproximativos debido a que la grasa es subcutánea, por lo que en la práctica clínica y en los estudios epidemiológicos se recurre a la antropometría que permite la medición de

las dimensiones físicas del cuerpo humano en diferentes edades y su comparación con estándares de referencia (Kaufer-Horwitz y Toussaint, 2008). Los distintos parámetros que se incluyen dentro de esta categoría son el índice de Quetelet, la circunferencia de distintas regiones (típicamente el brazo, cintura y cadera), los pliegues subcutáneos, la masa total y la subcutánea, así como otros métodos de análisis de composición corporal y técnicas de imagen que ayudan a evaluar la distribución de los adipocitos (Frelut, 2009).

El denominado Índice de Quetelet o Índice de Masa corporal (IMC), es un método universalmente aceptado para determinar la obesidad en el adulto. Se define como el peso medido en kilogramos, dividido entre la altura al cuadrado expresada en metros ($IMC = kg/m^2$). En función del IMC, se pueden establecer distintas categorías de sobrepeso y obesidad (Tabla 1). La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad [SEEDO], propone una clasificación con cuatro niveles de obesidad, especificando el diagnóstico de obesidad mórbida (tipo III: 40,0 - 49,9) y obesidad extrema (tipo IV: >50) (Arrizabalaga et al., 2003).

Tabla 1

Clasificación de la obesidad de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud

Condición según el peso	Grado de obesidad	IMC (kg/m^2)
Bajo peso		<18,5
Normo peso		18,5 - 24,9
Sobrepeso		25 -29,9
	Grado I	30 – 34,9
Obesidad	Grado II	35 -39,9
	Grado III	>40

Nota. Tomado de Álvarez et al. (2016).

El IMC es el parámetro utilizado en la mayoría de los estudios epidemiológicos por diferentes sociedades científicas, dada su reproductibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de las poblaciones estudiadas. Sin embargo, desde hace ya algunos años, múltiples estudios sugieren que los riesgos para la salud asociados con la obesidad no sólo dependen de la adiposidad total sino de su distribución, es decir, donde se encuentra depositada la grasa (Guglielmi y Sbraccia, 2018). En función de la cantidad de grasa corporal, se puede definir como sujetos con obesidad a aquellos que presentan porcentajes de grasa por encima de los valores considerados como normales, a saber: del 12 al 20% en varones y del 20 al 30% en mujeres adultas (Monereo et al., 2012).

En lo que respecta a los niños/as y adolescentes, el IMC es un indicador recomendado en diferentes países para evaluar el sobrepeso y obesidad, y es aceptado para realizar comparaciones internacionales (Kaufer-Horwitz y Toussaint, 2008). De acuerdo con Kaufer-Horwitz y Toussaint (2008), la recomendación del uso del IMC como parámetro de evaluación se basa en la correlación positiva que tiene éste con la adiposidad en distintas etapas de la vida, así como la posibilidad de asociar riesgos de enfermedades crónicas de acuerdo con los cambios del infante durante distintas edades. Además, este índice correlaciona de manera importante con el IMC en la edad adulta. Sin embargo, se debe considerar que la obtención del IMC puede verse afectada por distintos elementos, entre ellos las variaciones en el contenido de agua corporal, de masa ósea o de tejido muscular.

Definir el sobrepeso y la obesidad en niños/as resulta más complejo que en el adulto, pues en la etapa infantil el IMC cambia frecuentemente y es dependiente de la edad. De la misma forma que en los adultos, el IMC se obtiene mediante la fórmula $\text{peso}/\text{talla}^2$, es decir, dividiendo el peso (en kilogramos) entre el cuadrado de la estatura (en metros). El

valor obtenido debe extrapolarse a gráficas percentilares o de desviación estándar. Para este propósito se utilizan las tablas clasificatorias establecidas internacionalmente para edades entre los dos y 18 años, donde se ubica el IMC en el percentil recomendado, basado en el sexo y la edad del niño/a (Apovian, 2016).

La clasificación de los niños/as y adolescentes de acuerdo con su IMC, propuesto por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la OMS (de Onis et al., 2007), se realiza de la siguiente manera: los niños/as por debajo del percentil cinco se clasifican con bajo peso; entre el percentil cinco y 85 se definen con peso normal; entre el percentil 85 y 95 con sobrepeso; y con percentil ≥ 95 con obesidad.

Por otro lado, las curvas de crecimiento establecidas por la OMS desde el año 2007 permiten identificar casos de obesidad a partir del puntaje Z del IMC. En el caso de los preescolares, cuando los puntajes Z se encuentran por arriba de dos desviaciones estándar (o más) por encima de la media, se dice que tienen sobrepeso u obesidad. Para escolares y adolescentes, los puntajes Z por arriba de una y hasta dos desviaciones estándar indican sobrepeso y más de dos desviaciones indican obesidad (de Onis et al., 2007).

1.4 Consecuencias de la obesidad infantil

1.4.1 Repercusiones físicas

En niños/as y adolescentes, la obesidad tiene consecuencias inmediatas en la salud, a saber: valores anormales de lípidos, presión arterial y glucosa; problemas ortopédicos, neurológicos, pulmonares, endócrinos y hepáticos, sobre todo cuando se trata de obesidad mórbida (Kumar y Kelly, 2017; Raimann, 2011; Rivera et al., 2018)

En los últimos años, la obesidad infantil se ha asociado con la aparición de alteraciones metabólicas que anteriormente sólo se presentaban en la edad adulta, observándose una

alta probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2, dislipidemias, alteración del metabolismo de la glucosa e hipertensión en edades más tempranas (Kumar y Kelly, 2017; Liria, 2012; Sahoo et al., 2015). Asimismo, se pueden presentar comorbilidades respiratorias, principalmente la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS), en la que los niños/as con obesidad tienen de cuatro a seis veces más posibilidades de tenerla (Aguilar et al., 2013; Raimann, 2011).

Dentro de las alteraciones gastrointestinales, se observa una alta prevalencia en el desarrollo de esteatosis hepática, también denominada Hígado Graso No Alcohólico (HGNA), que engloba un amplio espectro de alteraciones que va desde una simple esteatosis hasta una cirrosis hepática, principalmente en aquellos casos diagnosticados con obesidad mórbida (Gujarro De Armas et al., 2015). Las alteraciones ortopédicas son otras de las afecciones vinculadas con el IMC elevado, derivadas del peso excesivo que tienen que soportar las articulaciones. Dentro de estas complicaciones se encuentran trastornos como el Genu valgum, la epifisiolisis de la cabeza femoral, el pie plano y la Tibia vara (enfermedad de Blount) (Taylor, 2006). Finalmente, respecto a las consecuencias que implican al sistema nervioso central, la obesidad infantil se ha relacionado con el síndrome de pseudotumor cerebral, también llamado hipertensión intracraneal idiopática, que incluye síntomas como dolor de cabeza, vómito y pérdida de la visión (Brara et al., 2012).

A largo plazo, la obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de padecer obesidad en edades posteriores, discapacidad en la edad adulta y muerte prematura (OMS, 2020b). Aunque la mayoría de los padecimientos médicos vinculados con la obesidad infantil son prevenibles y pueden desaparecer cuando el niño/a alcanza un peso saludable, algunos de estos continúan generando consecuencias negativas durante la

adultez (Sahoo et al., 2015). Debido a las múltiples afecciones físicas provocadas por esta enfermedad, la obesidad infantil aumenta la demanda de servicios de salud, afectando el desarrollo económico y social de la población (Ortega-Cortés, 2014). Por estas razones resulta urgente actuar para su prevención y control.

1.4.2 Repercusiones psicológicas

Es ampliamente reconocido que la obesidad es una enfermedad multifactorial y que además de las consecuencias médicas, las investigaciones reportan repercusiones sociales, económicas y, por supuesto, psicológicas (Ortega, 2018; Ortega-Cortés, 2014; Puder y Munsch, 2010; Pulgarón, 2013; Rankin et al., 2016; Sagar y Gupta, 2018; Torres, 2018).

La obesidad infantil se asocia con deficiencias en el funcionamiento escolar y dificultad en el desarrollo de habilidades sociales que repercuten en la convivencia con otros (Gibson, 2011; Sahoo et al., 2015). Ghosh et al. (2019) señalan que los niños/as con sobrepeso y obesidad se enfrentan a la discriminación, la marginación social, el aislamiento y el acoso, lo que puede disminuir su autoconfianza y autoestima, limitando el éxito escolar.

En población infantil con obesidad, puede presentarse el *estigma asociado con el peso*, el cual hace referencia a las creencias y actitudes negativas que tiene la sociedad sobre un individuo que tiene sobrepeso u obesidad (Pont et al., 2017). En el caso de los niños/as que tienen un exceso de grasa corporal se les puede asociar con estereotipos, como ser perezosos, lentos, tener falta de motivación, voluntad y disciplina, siendo tratados con prejuicios, discriminación y rechazo social (Pont et al., 2017; Sahoo et al., 2015). No sólo son estigmatizados por sus pares, quienes suelen excluirlos de actividades físicas, sino que además lo son por sus padres y otros miembros de la familia, los profesores y los

profesionales de la salud, por lo que experimentan victimización, burlas e intimidación (Pont et al., 2017). Además, se ha demostrado que existe una diferencia en relación con el sexo, siendo las niñas con mayor IMC quienes reciben más burlas e intimidación verbal y física debido a su peso (Tang-Péronard y Heitmann, 2008). Por otro lado, Ortega (2018) señala que, aunque los niños/as con obesidad o sobrepeso pueden ser víctimas de acoso escolar, también pueden ser más propensos a comportarse como agresores. Como consecuencia de estas conductas, podrían presentar dificultades para tener amigos, así como mostrar tendencia al aislamiento, lo que podría aumentar sus niveles de ansiedad, depresión, sentimientos de soledad y baja autoestima.

Es así como dentro de las repercusiones psicológicas, existe una línea de investigación que relaciona la obesidad y los problemas afectivos. Si bien los estudios aún son escasos, algunos han encontrado una asociación entre la obesidad infantil y los niveles de ansiedad. Por ejemplo, Lim et al. (2015) evaluaron la presencia de síntomas ansiosos en una muestra de niños/as con sobrepeso y obesidad de edades entre los siete y 12 años a través de la subescala de ansiedad del *Child Behavior Checklist (CBCL)*. Los resultados, revelaron una asociación entre el estatus de obesidad y sobrepeso con la presencia elevada de síntomas de ansiedad en comparación con sus pares de peso normal. Los autores señalaron que los niños/as que presentan ansiedad podrían ser más susceptibles a las consecuencias sociales percibidas en relación con su peso, experimentando mayor insatisfacción con su imagen corporal.

Por otro lado, también se ha observado una relación entre la obesidad y la depresión. En una revisión sistemática con metaanálisis realizada por Sutaria et al. en 2019, se reportó una asociación significativa entre la depresión y la obesidad solo en niñas con obesidad. No se encontró el mismo resultado en el caso de las niñas con sobrepeso ni en

sus pares varones. Los resultados sobre la asociación de estas variables aún resultan poco claros.

Además de la ansiedad y la depresión, se propone que los niños/as con obesidad y sobrepeso presentan niveles bajos de autoestima, aunque los hallazgos también son inconsistentes. Ortega (2018) señala que los niños/as con sobrepeso u obesidad se autoevalúan negativamente y presentan una tendencia a percibir que sus capacidades están disminuidas e infravaloradas. Sin embargo, en diferentes estudios se observa que la fuerza en la asociación entre la baja autoestima y la obesidad es moderada (Sagar y Gupta, 2018). La mayoría de los estudios que reportaron estos resultados, evaluaron a niños/as con obesidad severa, siendo menos probable encontrar baja autoestima en niños/as con sobrepeso y obesidad provenientes de población general (Hill, 2017). Lo anterior puede explicarse al comprender que la autoestima es una construcción multidimensional que se conceptualiza como una evaluación global, por lo que pueden ignorarse, durante la evaluación, diversos aspectos del autoconcepto que darían información sobre sus distintos dominios conductuales. Así, en los estudios que miden los diferentes componentes de la autoestima, el peso se asocia más consistentemente con la apariencia física (satisfacción corporal) y las subescalas relacionadas con las habilidades deportivas o atléticas, siendo los niños/as con obesidad quienes informan niveles más bajos de estos aspectos en comparación con niños/as de peso saludable (Cornette, 2011).

Asimismo, uno de los aspectos psicológicos asociados consistentemente con la obesidad, es la insatisfacción corporal, que se refiere a la discrepancia entre la autoimagen percibida por el individuo y la internalización de una imagen corporal idealizada, caracterizada por la búsqueda de la delgadez (Nieman y LeBlanc, 2012). Su

importancia en la salud mental en niños/as con obesidad se relaciona con la elevada preocupación que exhiben especialmente las niñas con mayor IMC por su peso corporal y apariencia física (Sagar y Gupta, 2018). De tal forma, los problemas afectivos pueden no manifestarse en todos los niños/as con obesidad o sobrepeso. Al respecto, Contreras-Valdez et al. (2016), en una investigación realizada con una muestra de niñas mexicanas, reportaron que la obesidad y el sobrepeso solo se relacionó con la baja autoestima y la depresión cuando los niveles reportados de insatisfacción corporal fueron elevados. Dado lo anterior, teniendo como fuerte predictor un alto grado de insatisfacción corporal, la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios como la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón (Gibson, 2011; Rankin et al., 2016).

De acuerdo con lo señalado, si el IMC no influye de forma contundente en los problemas afectivos, resulta necesario, dentro de esta línea de investigación, indagar acerca del papel de otras variables que subyacen a los desórdenes emocionales en interacción con el IMC, como lo es la desregulación emocional.

CAPÍTULO 2. REGULACIÓN Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL

2.1 ¿Qué son las emociones?

Entender qué es una emoción resulta una empresa particularmente compleja, dado que su definición es resultado de múltiples y variadas aproximaciones a su conceptualización. En una revisión teórica de los principales paradigmas que han abordado las emociones, Gómez y Calleja (2016) señalan que la mayoría de los autores han conceptualizado a las emociones como fenómenos con componentes fisiológicos, psicológicos y conductuales, que tienen bases evolutivas, ya que se desarrollan y se vuelven más complejas conforme la persona crece; son adaptativas, ya que ayudan a la supervivencia; y son funcionales, debido a que dependen del entorno y permiten a su vez modificarlo. Las emociones requieren de una interpretación de los elicitadores (objetos, personas o situaciones) que preparan al individuo a realizar determinadas acciones y comunicar su estado a quienes le rodean.

El conocimiento sobre las emociones se ha desarrollado a partir de diversos enfoques, a saber: el biológico, que las considera un patrón observable y limitado de respuestas desencadenadas por la interpretación de una situación u objeto como amenazante para el bienestar y la supervivencia; el funcionalista, que las describe como resultado de la experiencia subjetiva del individuo a partir de los cambios fisiológicos que se generan en su cuerpo; el construccionista, el cual considera que la emoción es resultado de una serie de procesos coordinados (como la apreciación, la conciencia y la experiencia emocional); y la perspectiva apreciativa, la de mayor influencia en la actualidad, que considera que las emociones son el resultado de una interpretación o análisis cognitivo de un evento significativo para el individuo (Gómez y Calleja, 2016). Es posible afirmar que las definiciones de la emoción, desde la perspectiva biológica hasta la apreciativa, no son excluyentes, sino complementarias y facilitan un estudio más preciso.

De acuerdo con la perspectiva apreciativa, Gross (2014) señaló que las emociones se refieren a una gran variedad de respuestas, que tienen que ver con su propia naturaleza multifacética y pueden variar en su intensidad, duración, frecuencia y tipo. Las emociones son reacciones afectivas innatas que tienen los individuos ante eventos psicológicamente relevantes y debe entenderse que éstas no son buenas ni malas por sí mismas. Así, mientras que algunas personas podrían catalogar como desreguladas o inapropiadas las reacciones emocionales de un individuo ante un estímulo, para él podrían parecer necesarias y eficaces (Stifter y Augustine, 2019). Por tanto, las emociones requieren la coordinación de diversos sistemas de respuesta (cognitivos, conductuales y fisiológicos) para orientar la conducta al logro de metas u objetivos y son relevantes para comunicar necesidades, así como influir en las interacciones sociales (Reyes y Tena, 2016).

Las emociones pueden ser útiles o perjudiciales según el contexto en el que se presenten. Una de las explicaciones más aceptadas sobre el proceso de la generación de emociones es el *modelo modal de la emoción*, descrito por Gross (1998, como se citó en Gross y Jazaieri, 2014). Este modelo es una secuencia que involucra cuatro elementos principales: (1) una situación psicológicamente relevante (externa o interna), (2) la atención a la situación emocionalmente relevante, (3) la evaluación e interpretación de dicha situación, que involucra la familiaridad con ésta y la relevancia con los objetivos (metas) activos, (4) y las respuestas emocionales (Gross y Jazaieri, 2014). Los autores Werner y Gross (2010) señalaron que una vez que la emoción es atendida, las situaciones se valoran por su relación con los objetivos o propósitos actuales, los cuales se conforman de los propios valores, el entorno cultural, las características de las situaciones, las normas sociales, la etapa de desarrollo de la vida y la personalidad.

Una característica de las emociones es su maleabilidad, es decir, una vez iniciadas, las respuestas emocionales pueden no seguir necesariamente un curso fijo e inevitable. Por ejemplo, un estudiante que no obtuvo una nota aprobatoria en un examen puede reaccionar con enojo. Si bien, es posible que esta emoción disminuya después de un tiempo, debido al curso natural de su evolución, la manera en la que reacciona ante el enojo puede llevar al estudiante a aminorarlo y obtener resultados funcionales, por ejemplo, mediante una respiración profunda que disminuya la actividad fisiológica y le permita pensar con mayor claridad y evitar, en lo posible, alguna reacción impulsiva que propicie consecuencias desfavorables. La maleabilidad, como propiedad de las emociones, da lugar al desarrollo de la regulación emocional.

2.2 Regulación emocional

La regulación emocional puede definirse como los esfuerzos que las personas realizan para modular sus experiencias y expresiones emocionales (Gross, 2002). La definición conjunta de Gross y Thompson (2007) permite tener una visión más comprensible del constructo, debido a que posee una mayor flexibilidad y globalidad. De acuerdo con esta, la regulación emocional consiste en los esfuerzos que hace el individuo, de manera consciente o inconsciente, para influenciar la intensidad y duración de sus emociones en el momento en el que surgen, así como la experiencia que conllevan y su expresión.

Para Gross (2014, 2015), la característica principal del proceso regulatorio es la activación de un objetivo (meta, propósito, necesidad) que sirva para influir en la trayectoria emocional, es decir, la regulación hace alusión a los procesos que se emplean para disminuir, mantener o aumentar uno o más aspectos de la emoción. Los procesos regulatorios pueden tener como objetivo las emociones consideradas tanto positivas (felicidad, alegría, satisfacción, interés, etc.) como negativas (ira, miedo, tristeza, disgusto,

etc.), lo que sugiere que las estrategias de regulación emocional no se emplean únicamente para modificar el afecto negativo, sino que también pueden alterar la intensidad, persistencia y labilidad de las emociones positivas (Werner y Gross, 2010).

Se han señalado tres procesos básicos para regular las emociones: a) los mecanismos autorregulatorios de la emoción misma, b) la movilización o detención de las conductas de acuerdo con la valencia e intensidad de las emociones y c) las estrategias de regulación emocional, que modifican la emoción que se experimenta (Gómez y Calleja, 2016). De tal manera que el proceso regulatorio incluye la capacidad para modular la respuesta fisiológica, es decir, la propia reacción emocional; el despliegue de estrategias efectivas de afrontamiento ante tales reacciones para dar una respuesta acorde al contexto; y la organización de las estrategias para lograr objetivos a nivel social o individual (Thompson, 2014).

Para comprender las generalidades de un constructo de tal complejidad se han propuesto distintas aproximaciones. No obstante, la propuesta de James Gross en 1998 es la referencia principal dentro de la comunidad científica. Gross propuso el *modelo procesual de la regulación emocional*, en el que se describen cinco grupos de estrategias que se distinguen a partir de cuándo tienen su principal impacto en el proceso generador de emociones, ya sea antes de la respuesta (enfocadas en el antecedente), o después de esta (enfocadas en la respuesta). Este marco conceptual ha permitido el entendimiento de la regulación emocional y su relación con la psicopatología, logrando además la identificación de las estrategias específicas asociadas con ella, esclareciendo un foco terapéutico. A continuación, se describen tales estrategias, donde las primeras cuatro familias se encuentran enfocadas en el antecedente. El último grupo de estrategias

ocurren al final del proceso de la generación de emociones, es decir, se centran en las respuestas:

- 1) **Selección de la situación:** se refiere a la elección de entrar o no en una situación que potencialmente podría generar una emoción, es decir, involucra elegir entre acercarse o evitar a ciertas personas o lugares.
- 2) **Modificación de la situación:** esta estrategia se refiere a las acciones que se ejercen sobre la situación para modificar su impacto emocional. Implica específicamente la modificación de los entornos físicos.
- 3) **Despliegue atencional:** se refiere a dirigir la atención a una situación dada con el propósito de influir en la propia experiencia emocional. Las situaciones tienen diversos elementos, por lo que el despliegue atencional puede ser utilizado para elegir los aspectos de la situación en los cuales enfocarse, lo que ocurre en el caso de la distracción. Constituye una de las primeras formas de regulación emocional que aparecen durante el desarrollo biológico.
- 4) **Cambio cognitivo:** se refiere a la modificación de cómo el individuo evalúa una situación para alterar su significado emocional, ya sea cambiando la forma en cómo se piensa sobre la situación o sobre la capacidad que se tiene para manejar las demandas de ésta. El cambio cognitivo se puede aplicar tanto a una situación externa como a una interna.
- 5) **Modulación de la respuesta:** hace referencia a los intentos de influir directamente en los componentes experienciales, conductuales o fisiológicos de la respuesta emocional, por ejemplo, realizar ejercicio físico o implementar técnicas de relajación (como la respiración profunda).

En un intento por manejar las emociones, cada estrategia de regulación puede ser empleada de manera adaptativa o desadaptativa dependiendo del individuo, la emoción y el contexto. Werner y Gross (2010) señalan que una regulación emocional adaptada requiere una modulación flexible y sensible al contexto para lograr los propios objetivos.

Es relevante señalar que la regulación emocional ocurre en contextos sociales, modelados por influencias sociales más grandes, lo que aumenta la complejidad de su entendimiento (Werner y Gross, 2010). De tal manera, la regulación puede ser intrínseca o extrínseca. Gross (2015) se refiere a la regulación emocional intrínseca como el interés que tiene un individuo para regular sus propias emociones y su estudio se ha enfocado particularmente en los adultos. Mientras que la regulación emocional extrínseca hace referencia al interés que tiene un individuo para regular las emociones de otras personas y ha tenido un interés central en la literatura del desarrollo, así como en las interacciones entre padres e hijos.

2.3 El desarrollo de la regulación emocional en la infancia y la adolescencia

Los seres humanos aprenden a regular sus emociones en un progreso gradual y continuo. Durante la infancia y la adolescencia, la adquisición de habilidades para modular las respuestas emocionales está estrechamente relacionada con la maduración de los sistemas neurofisiológicos y las estructuras biológicas que permiten a los individuos alcanzar diferentes niveles de organización en dimensiones fisiológicas, cognitivas y conductuales. Además de la maduración biológica, se ha demostrado que el contexto sociocultural y especialmente el entorno familiar son factores clave en el desarrollo de las habilidades de regulación emocional (Sabatier et al., 2017).

Sabatier et al. (2017) proporcionaron una visión general sobre los estudios acerca del desarrollo de la regulación emocional en niños/as y adolescentes, desde la

perspectiva de la psicología del desarrollo, basada en investigaciones publicadas entre los años 2001 y 2016. Acorde con su revisión, los autores muestran un resumen de las características principales del proceso regulatorio dividido en rangos de edades, desde la infancia temprana hasta la adolescencia (Tabla 2).

Tabla 2

Desarrollo de la regulación emocional en la infancia y la adolescencia

Edad (años)	Características
1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="456 722 1442 1024">- Los padres y cuidadores están directamente involucrados en la modulación de las respuestas emocionales de los niños. Son responsables de identificar y monitorear continuamente las necesidades emocionales del bebé, calmar sus estados de estrés, mantener rutinas estables y ofrecer ayuda en situaciones difíciles. <li data-bbox="456 1058 1442 1360">- Durante el segundo año de vida el desarrollo del lenguaje se presenta como una herramienta que le permite al niño nombrar estados internos, solicitar ayuda de otros y modificar su entorno a voluntad. Hay avances importantes en el desarrollo de la conciencia de los demás, por lo que las emociones comienzan a tener una dimensión social. <li data-bbox="456 1394 1442 1562">- Para el tercer año, hay un aprendizaje significativo de autorregulación basado en el reconocimiento de las emociones básicas de los demás, lo que les permite responder con empatía y regular su comportamiento.

Edad (años)	Características
4-6	<ul style="list-style-type: none">- Los niños pueden establecer diferencias entre experiencias emocionales reales como recuerdos y experiencias virtuales, como deseos y expectativas.- Esta información sobre sus emociones (reales o virtuales) permite a los niños de seis años ser plenamente conscientes de que pueden lidiar con las emociones negativas, como la tristeza o el miedo, mediante el uso de ciertos tipos de estrategias de distracción como jugar, cantar y dibujar, entre otros.
7-8	<ul style="list-style-type: none">- Ocurre un cambio importante a nivel cognitivo: los niños pueden pensar de forma menos egocéntrica, lo que les permite darse cuenta de que hay diferentes puntos de vista para cada situación, así como comprender que los eventos producen reacciones emocionales diferenciales en cada persona.- Reconocen que frente a ciertas situaciones es más conveniente ocultar sus sentimientos y son capaces de manejar sus emociones incluso hasta expresar una emoción diferente a la que realmente sienten.- Ante una situación problemática, recurren a estrategias basadas en el apoyo social de padres, amigos y maestros cuando se sienten ansiosos y preocupados.- Al experimentar enojo o sentirse agredidos, los niños pueden verbalizar su malestar y usar estrategias verbales para favorecer la conciliación antes de recurrir a la agresión física hacia los demás.

Edad (años)	Características
9-10	<ul style="list-style-type: none">- Comienzan a exhibir respuestas y comportamientos de regulación emocional de maneras socialmente apropiadas, influenciadas por las expectativas culturales.- Los niños de nueve años se dan cuenta que las emociones positivas, como la alegría, son bien recibidas en los entornos sociales, mientras que las emociones negativas, como la ira y la tristeza, se asocian con comportamientos vergonzosos que deben mantenerse bajo control.- Para los diez años, el proceso de regulación emocional evoluciona y permite el desarrollo de habilidades internas. Los niños utilizan estrategias cognitivas que involucran el pensamiento para modificar sus sentimientos, como la reevaluación.- Las respuestas emocionales de los preadolescentes incluyen culpar a otros, culparse a sí mismos, rumiar mentalmente, así como pensamientos catastróficos. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la reevaluación, la aceptación de la situación, la planificación y la distracción.
11-13	<ul style="list-style-type: none">- Las circunstancias sociales, específicamente la presencia de pares, generan altos niveles de estrés entre los jóvenes. Las situaciones que los exponen a la posibilidad de ser evaluados negativamente por sus pares causan una disminución en su capacidad de autorregulación, además de mostrar menor asertividad y exhibir estrategias limitadas de toma de decisiones.

Edad (años)	Características
14-16	<ul style="list-style-type: none"> - Los jóvenes comprenden los puntos de vista de los demás y al hacer decisiones comienzan a tomar en cuenta las consecuencias de sus propias acciones. - Una conquista regulatoria es el refinamiento de varias estrategias cognitivas, como la perspectiva y la regulación del comportamiento teniendo en cuenta la posición e intereses de los demás. - Comienzan a observarse diferencias de género con respecto a la regulación emocional. Durante estas edades se intensifican los procesos de identificación de género y estos procesos causan comportamientos culturales más estereotipados.
17-19	<ul style="list-style-type: none"> - Los sistemas neurofisiológicos y biológicos alcanzan la madurez, lo que permite a los individuos tener mayores niveles de organización y control en dimensiones fisiológicas, cognitivas y conductuales. - Este periodo se relaciona con una mayor capacidad para responder a la presión de grupo, así como con un comportamiento más responsable y moderado.

Se puede observar que el curso de la regulación de las emociones es acumulativo, de manera que se desarrollan nuevas habilidades con el tiempo para construir un conjunto más amplio, en lugar de reemplazar las anteriores a medida que los jóvenes avanzan hacia la adolescencia y la edad adulta. Asimismo, pasa de depender de procesos automáticos, en la primera infancia, a procesos controlados en la niñez y la adolescencia. También progresa desde la dependencia, principalmente de los cuidadores para corregular o guiar en la regulación, hacia una mayor autonomía. Finalmente, se vuelve

más diferenciada al ingresar a la adolescencia e involucra herramientas cognitivas cada vez más complejas, lo que coincide con el desarrollo de las habilidades de lenguaje y las funciones ejecutivas (Compas et al., 2017).

2.4 Desregulación emocional

Una adecuada regulación emocional permite al individuo hacer frente a las demandas ambientales, sin embargo, no siempre sucede así, pues la regulación emocional también puede no presentarse o hacerlo de formas desadaptadas. Lo anterior se denomina desregulación emocional y se manifiesta de diversas formas, por ejemplo, cuando la respuesta emocional no cambia de la forma deseada; cuando los costos a largo plazo superan los beneficios de los cambios ocurridos a corto plazo en la emoción; cuando las estrategias no se implementan de forma eficiente porque son inflexibles e insensibles al contexto o están en disonancia con los objetivos personales a largo plazo; o cuando las emociones que surgen como una respuesta primaria se suprimen o se resisten, dando paso al surgimiento de una emoción secundaria desadaptativa (por ejemplo, la culpa) (Werner y Gross, 2010).

Como en la mayoría de los procesos psicológicos, existe una gran variedad de autores que han intentado definir la desregulación emocional convergiendo en algunos aspectos. Bradley et al. (2011) la conceptualizan como las deficiencias en la regulación emocional con tendencia a que las emociones se descontrolen, cambien rápidamente, se expresen en formas intensas y no modificadas o abrumen tanto la capacidad de afrontamiento como de razonamiento. Por su parte, Cole et al. (2013) la describen como un constructo compuesto por los intentos ineficaces de regulación emocional, que involucra a la interferencia de las emociones para lograr comportamientos adecuados, la expresión de emociones fuera de contexto y las variaciones emocionales que ocurren demasiado

abruptas o muy lentas. Más recientemente, Beauchaine y Cicchetti (2019) la definen como un patrón de experiencia o expresión emocional que interfiere con la conducta adaptada dirigida por objetivos.

James Gross, autor del *modelo procesual de la regulación emocional*, ha planteado uno de los acercamientos teóricos más reconocidos sobre la desregulación emocional. De acuerdo con su explicación, dicho proceso comprende tanto los fallos en la regulación emocional (por ejemplo, no emplear la regulación cuando sería bueno hacerlo), como una mala regulación emocional (es decir, cuando se utiliza una forma de regulación que no es adaptativa en función de la situación) (Gross y Jazaieri, 2014).

De acuerdo con la descripción de Gross y Jazaieri (2014), existen tres problemáticas generales que se presentan en la desregulación emocional. Una de ellas tiene que ver con el déficit en la conciencia emocional. Esta dificultad puede presentarse cuando las personas exhiben una conciencia exagerada de las emociones, como suele ocurrir en el trastorno de pánico o cuando los individuos parecen no tener conciencia sobre ellas, como sucede en algunas personas que padecen bulimia o anorexia. Otra problemática proviene de las dificultades en los propósitos de la regulación emocional, es decir, no considerar adecuadamente las preocupaciones a corto y largo plazo. Y en tercer lugar se encuentran las dificultades en las estrategias de regulación emocional, incluyéndose las dificultades tanto en su elección como en su implementación. De esto último, se reconoce el uso del alcohol, cigarros, drogas ilegales e incluso los alimentos para modificar la experiencia emocional una vez que ya se presentó.

Una de las ventajas que ofrece la propuesta de Gross es que permite comprender las estrategias desadaptativas específicas de la desregulación emocional y su relación con la psicopatología. Este modelo postula que la regulación ocurre en cuatro etapas y pueden

surgir dificultades en cada una, lo que daría lugar a diferentes formas de desregulación emocional. De tal manera, en la etapa uno puede existir un fallo en la identificación de las emociones; en la dos, presentarse inconvenientes en la selección de una estrategia adecuada; en la tres, mostrarse problemas en la implementación de la estrategia seleccionada; y en la cuatro, ocurrir dificultades en la monitorización de la estrategia elegida (Sheppes et al., 2015).

Por otro lado, la aproximación teórica de Gratz y Roemer (2004) es otro marco conceptual que permite entender la desregulación emocional como la ausencia o déficit en cualquiera de las cuatro habilidades que componen la construcción multidimensional de la regulación emocional, a saber: a) conciencia y comprensión de las emociones; b) aceptación de las emociones; c) capacidad para manejar los comportamientos impulsivos, así como comportarse de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimentan emociones negativas; y d) habilidad para utilizar estrategias de regulación emocional apropiadas para cada situación de manera flexible, para modular las respuestas emocionales como se desee, con el fin de cumplir con los objetivos individuales y las demandas situacionales.

Recientemente, D'Agostino et al. (2017) realizaron una revisión bibliográfica sobre la definición de la desregulación emocional incluyendo artículos publicados en el año 2003 hasta el 2016, donde describen el problema de su conceptualización y su asociación con algunos trastornos mentales. Las autoras de este trabajo explican cinco dimensiones superpuestas de la desregulación emocional, no mutuamente excluyentes, que se han identificado en múltiples trabajos, que son: la disminución de la conciencia emocional, una inadecuada reactividad emocional, una intensa experiencia y expresión de emociones, rigidez emocional y dificultades en la reevaluación cognitiva.

La desregulación emocional puede dar paso a múltiples problemáticas emocionales y sociales, pudiéndose identificar como uno de los mecanismos por los cuales se desarrolla la psicopatología.

2.4.1 El papel de la desregulación emocional en la psicopatología

En los últimos años, el estudio de los trastornos mentales ha revelado que la desregulación emocional es un elemento implicado en diferentes tipos de psicopatología, por ejemplo, en el caso de los trastornos afectivos (Aldao et al., 2016; Sloan et al., 2017), de personalidad (Chapman, 2019; Hall et al., 2018; Stepp et al., 2014) o de la conducta alimentaria (Brockmeyer et al., 2014; Fairburn et al., 2003). Además, el papel medular de la desregulación emocional en los problemas psicológicos también se observa durante la infancia y la adolescencia, constituyendo un potencial factor de riesgo para el desarrollo de síntomas de ansiedad (McLaughlin et al., 2011; Schneider et al., 2018) y depresión (Gonçalves et al., 2019). Asimismo se asocia con déficits en la competencia social (Calkins y Perry, 2016) y se observa como un factor mediador entre el maltrato infantil y las conductas autolesivas (Titelius et al., 2018) y la conducta alimentaria disfuncional (Racine y Wildes, 2015).

De tal manera que, los problemas relacionados con las emociones o con la regulación emocional caracterizan a más del 75% de las categorías diagnósticas de la psicopatología en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Werner y Gross, 2010). Una explicación sólida de los hallazgos anteriores es la teoría del transdiagnóstico, originalmente desarrollada por Fairburn et al. (2003) en el contexto de los trastornos alimentarios, la cual argumenta que los trastornos tradicionales son variaciones menores de dimensiones subyacentes o problemas centrales. Esta teoría, basada en la perspectiva dimensional de la psicopatología (sin excluir por completo a la categorial, ya que supone

la existencia necesaria de un sistema diagnóstico), argumenta que los tratamientos psicológicos de los llamados trastornos mentales deben dirigirse precisamente a esas dimensiones medulares (Hernández-Guzmán et al., 2019; Sandín et al., 2012).

Existen algunos tratamientos psicológicos basados en evidencia que han ofrecido apoyo a la teoría del transdiagnóstico, así como al papel medular de la desregulación emocional en la psicopatología. Algunos de ellos que se han enfocado en mejorar las habilidades de regulación emocional de los individuos, han logrado disminuir los síntomas de trastornos de ansiedad y depresión (Barlow et al., 2017, 2018), trastornos de personalidad (Hall et al., 2018; Neacsiu et al., 2010; Sauer-Zavala et al., 2016) y trastornos alimentarios (Thompson-Brenner et al., 2016, 2019).

El cuerpo de literatura que demuestra la importancia de las emociones y su regulación ha revelado que los déficits en los procesos regulatorios pueden mermar el funcionamiento de los individuos, de cualquier edad, en múltiples áreas de la vida. De tal forma, uno de los aspectos en los que se ha demostrado la influencia de la regulación emocional y sus déficits es en el campo de la conducta alimentaria. Se ha señalado que el comportamiento de ingesta se modifica cuando las personas aprenden a lidiar con las emociones a través de los alimentos, lo que puede incidir de forma adversa en el estatus corporal (Macht, 2008). A continuación, se describe el papel de la desregulación emocional en el comportamiento alimentario en su asociación con el peso.

CAPÍTULO 3. DESREGULACIÓN EMOCIONAL E INGESTA EMOCIONAL: SU RELACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

3.1 Desregulación emocional: relación con el sobrepeso y la obesidad

La evidencia que muestra cómo las emociones influyen en la salud física ha aumentado en los últimos años (DeSteno et al., 2013; Epel et al., 2016). Dentro de las múltiples condiciones de salud en las que ha señalado que la desregulación emocional juega un papel importante, se encuentra la obesidad y el sobrepeso. Sin embargo, los hallazgos en esta área aún son inconsistentes y, en consecuencia, no está suficientemente claro en qué medida existen alteraciones del procesamiento emocional en las personas con sobrepeso y obesidad.

Diversos estudios señalan que los adultos con obesidad muestran mayores puntajes de alexitimia, rasgo que se compone de dificultades para identificar y describir las emociones propias y las de los demás, así como un estilo de pensamiento orientado a detalles externos. Asimismo, las personas con obesidad con trastorno por atracón exhiben niveles más bajos de conciencia emocional y mayores dificultades en el uso de estrategias efectivas de regulación emocional, tales como la reevaluación y la aceptación cognitiva, empleando en mayor proporción la supresión emocional (Fernandes et al., 2018).

Por otra parte, Willem et al. (2019) señalan que, además de presentar mayores dificultades en la regulación y menor conciencia emocional, los individuos con obesidad se caracterizan por un déficit en la conciencia interoceptiva, es decir, se muestran menos atentos a sus sensaciones corporales y estados emocionales. Los autores sugieren que el mejor reconocimiento de los mensajes o señales corporales aumentaría la eficacia en la conciencia emocional, lo que permitiría una regulación eficaz.

Otros estudios han revelado que los individuos con obesidad exhiben mayores dificultades para identificar sus estados emocionales y una mayor tendencia a reaccionar precipitadamente a los estados negativos, lo que exacerba el uso de la sobrealimentación como estrategia para regular sus emociones, generando un aumento en el IMC (Casagrande et al., 2019; Pink et al., 2019). Adicionalmente, las investigaciones en esta área, apuntan a que el uso de la ingesta por emociones se incrementa cuando las personas emplean, primordialmente, la supresión emocional (Evers et al., 2010; Görlach et al., 2016).

Es así como las estrategias limitadas de regulación emocional, junto con la falta de claridad para distinguir los estados emocionales, se encuentran implicadas en la ingesta de alimentos. Se presume que los individuos con obesidad emplean la ingesta alimentaria como un intento por regular o calmar sus emociones, lo que se considera una estrategia desadaptativa (Gianini et al., 2013).

La relación entre la regulación emocional y la obesidad también se ha estudiado en menores de edad. Las investigaciones sobre el tema en esta población se pueden dividir en dos grandes grupos, el primero constituye los estudios en niños/as preescolares y, el segundo, en población de preadolescentes y adolescentes. De esta forma, serán descritos en las siguientes secciones.

Los resultados de los estudios en población preescolar son divergentes. Algunos señalan que la desregulación emocional no muestra asociación con la obesidad en los niños/as, como en el caso de la investigación dirigida por Hughes et al. (2015). En una muestra de 187 diadas de padres y niños/as preescolares de cinco años, los autores se propusieron indagar sobre la posible relación entre el funcionamiento ejecutivo, la regulación emocional, la autorregulación alimentaria y el peso. Para evaluar la regulación

emocional emplearon dos tareas de laboratorio (*demora de la gratificación* y *demora del regalo*), además de incluir el reporte parental y las medidas de autorregulación de la ingesta. Encontraron que los puntajes obtenidos en las tareas de regulación emocional no tuvieron relación con el IMC de los niños/as, y el desempeño en las tareas no predijo el aumento de peso. Concluyeron que, por tratarse de un grupo de niños/as muy pequeños, probablemente los padres hayan tomado la mayor parte de las decisiones sobre su alimentación, por lo que las habilidades de regulación emocional de estos podrían no ser un factor relevante en la explicación de la obesidad infantil. Los investigadores sugieren que el sobrepeso y obesidad se explica en mayor medida por el ambiente, la alimentación en el hogar y la actividad física.

Por el contrario, otros estudios han subrayado la importancia de las dificultades en la regulación emocional en el desarrollo de la obesidad durante la infancia temprana. Graziano et al. (2010) condujeron una investigación prospectiva, evaluando la regulación emocional en niños/as de dos años y realizando un seguimiento a los cinco años. Los niños/as se sometieron a dos tareas de frustración, una de *demora de la gratificación* y otra de atención, además de incluir el reporte parental sobre regulación emocional. Se encontró que los participantes con pobres habilidades de regulación emocional y de control inhibitorio, y con una mayor sensibilidad por la recompensa, tenían más probabilidades de ser clasificados con riesgo de sobrepeso u obesidad a los cinco años. Además, sugirieron que son las habilidades de autorregulación (cognitivas, conductuales y emocionales) las que predicen un aumento en el IMC de los niños/as.

De igual manera, los resultados del estudio de Power et al. (2016) mostraron que las estrategias de regulación emocional durante una tarea de *demora de la gratificación* estaban relacionadas con el peso en una muestra de 185 niños y niñas de cuatro y cinco

años. Los preescolares con niveles más altos de autorregulación en la tarea (es decir, aquellos que exhibieron tiempos de espera más largos) también mostraron más conductas de exclusión, restricción de movimiento y distracción. Los niños que restringieron el movimiento tenían menor IMC, y los niños que estaban más enfocados en la recompensa (por ejemplo, tocándola) tuvieron puntajes z más altos de IMC. Los hallazgos de este estudio permitieron identificar las estrategias emocionales regulatorias que influyen en mayor medida en el peso, sin embargo, una limitación fue centrar el estudio en prácticas de afrontamiento observables, siendo posible que utilizaran tácticas de regulación cognitivas, lo cual resulta difícil de evaluar en estas edades.

La ingesta de alimentos como forma de regulación ha sido analizada desde la perspectiva del aprendizaje, denotando que son los padres quienes estarían utilizando los alimentos como un medio para aliviar los estados emocionales de sus hijos/as. Al respecto, Blissett et al. (2010) realizaron un estudio con 25 diadas de madres y niños/as de entre tres y cinco años con el objetivo de medir la cantidad de comida que ingerían frente a una situación en la que experimentaban estados emocionales negativos. Durante el desempeño de la tarea, tenían a su alcance juguetes y alimentos distribuidos en tazones. Las autoras reportaron que los niños/as cuyas madres les ofrecían alimentos para regular las emociones negativas comieron más (especialmente alimentos altos en densidad energética como galletas y chocolates) en ausencia de hambre, en comparación de aquellos a quienes sus madres no les proporcionaban alimentos para aliviar su malestar.

Por otro lado, en lo que respecta a los estudios que incluyen población tanto preadolescente como adolescente, se puede anticipar que son escasos, lo que dificulta la

comprensión de la relación desregulación emocional y la obesidad en estas edades del desarrollo vital.

Algunos estudios concuerdan en que los déficits regulatorios se asocian con la obesidad solo cuando intervienen otras variables. Sirva de ejemplo el caso de Kelly et al. (2016), quienes condujeron una investigación que tuvo como objetivo examinar las asociaciones entre la alimentación sin control (*loss-of-control eating*) autoinformada, la desregulación emocional, la masa corporal y la ingesta objetiva (la que puede ser observada en un ambiente controlado) en una población de jóvenes con edades entre los ocho y los 17 años. Para evaluar la desregulación emocional de los participantes, les administraron dos tareas experimentales de alimentación y emplearon una medida de informe parental. Los jóvenes que reportaron alimentación fuera de control tuvieron una desregulación emocional más alta informada por los padres. Asimismo, la desregulación emocional se asoció con una mayor ingesta de energía y con un IMC más alto. De acuerdo con su explicación, los jóvenes que tienden a utilizar estrategias ineficaces para el manejo de las emociones negativas son más propensos, tanto al consumo excesivo de energía, como a la alimentación fuera de control, ya que estos comportamientos ofrecen medios útiles a corto plazo para hacer frente a los estados afectivos adversos, de tal manera que estos patrones de alimentación son los que a su vez promueven la ganancia excesiva de peso a lo largo del tiempo. Además, los autores encontraron que los problemas de desregulación emocional se presentaron en mayor medida en niñas y jóvenes con sobrepeso u obesidad en comparación con sus pares varones. Sugieren que esto tiene relación con algunos síntomas internalizados presentes en las mujeres con respecto a una mayor preocupación por el peso y la figura corporal, más que con una mayor ingestión de alimentos.

De igual forma, Pace et al. (2019) investigaron las diferencias entre niños/as con obesidad y con peso normal (entre los seis y los 12 años) con respecto a las variables regulación emocional, afecto negativo y estilos parentales maternos. Se administraron cuestionarios a sus madres, quienes informaron que los niños/as con obesidad tenían mayores niveles de afecto negativo, así como niveles elevados de labilidad emocional y menores niveles de regulación emocional. De acuerdo con los autores, los niños/as con obesidad a menudo exhiben dificultades para manejar y regular el afecto negativo, lo cual predice la conducta alimentaria de riesgo. Sin embargo, Pace et al. (2019) reconocen que existen muchas otras variables que pueden estar relacionadas con la obesidad del niño/a, por ejemplo: variables socioeconómicas, salud mental de los padres, tamaño de la familia, IMC de los padres, entre otras.

Por su parte Aparicio et al. (2016) llevaron a cabo una revisión de literatura sobre el papel de la regulación emocional en la obesidad infantil que incluyó el análisis de estudios observacionales y experimentales cuyos informantes fueron tanto niños/as como padres. Encontraron que las estrategias de regulación emocional desadaptativas o inefectivas conducen a los niños/as a un incremento de la ingesta de alimentos ricos en azúcares y grasas (frente a estados emocionales displacenteros). Las probabilidades de que estos desarrollen obesidad aumentan en conjunto con otros elementos, como el sedentarismo, los modelos parentales poco saludables, el apego inseguro y un estilo parental caracterizado por el alto control. Adicionalmente, señalaron que aquellos que presentan sobrepeso u obesidad tienen mayores dificultades para distinguir entre el hambre y la activación fisiológica ocurrida ante emociones negativas, como el estrés, lo que conlleva a la ingesta en ausencia de hambre.

De esta forma, existen otras investigaciones que señalan que los problemas en la regulación emocional inciden directamente en el desarrollo de la obesidad pediátrica mediante patrones alimentarios deficientes. Isasi et al. (2013), en una población de adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y 16 años, estudiaron la asociación entre la regulación emocional y diversas conductas, incluidos los patrones alimentarios y de actividad física, empleando medidas de autoinforme para tal propósito. Se observó que las mujeres que reportaron una menor capacidad de regulación emocional mostraron mayores niveles de depresión y patrones de estilos de vida no saludables (incremento en la ingesta de botanas o comida chatarra y mayor comportamiento sedentario). Estas diferencias de sexo sugieren que las mujeres que usan estrategias de regulación desadaptativas, o que carecen de estrategias adaptadas, consumen mayores cantidades de alimentos ricos en energía, lo que puede contribuir a la obesidad.

Por otro lado Percinel et al. (2018) analizaron las diferencias en las habilidades de reconocimiento y regulación emocional de jóvenes entre los 11 y 18 años, clasificados de acuerdo con su IMC. Los participantes con obesidad exhibieron puntajes significativamente más bajos de regulación emocional en comparación con los de peso normal. De acuerdo con sus hallazgos, los jóvenes con obesidad exhiben mayores dificultades en las habilidades de regulación emocional, lo que incrementa las probabilidades de utilizar la ingesta como medio de afrontamiento.

Recientemente, los autores Debeuf et al. (2020) diseñaron un protocolo de intervención para el tratamiento de la obesidad pediátrica. En congruencia con los hallazgos de esta línea de investigación, el principal objetivo del protocolo es dotar a los participantes de estrategias adaptativas de regulación emocional, que permitan a los niños/as responder de forma eficaz al estrés.

Dada la revisión de literatura anterior, es posible concluir que existe un importante grupo de estudios que no han hallado relación entre la obesidad y la desregulación emocional, pues además de reconocerse que este último es un constructo amplio, se comprende que la obesidad es una enfermedad multifactorial. Por otro lado, a partir de la presente revisión teórica se observa que los estudios que corroboran una relación entre la desregulación emocional y la obesidad proveen como principal explicación el uso de la ingesta como estrategia para disminuir los estados emocionales negativos. Esta conducta se ha estudiado de forma particular y se ha documentado como *ingesta emocional*, uno de los estilos de alimentación encontrado comúnmente en las personas adultas con obesidad, pero también en edades más tempranas. Por lo anterior, en el siguiente apartado se abordarán las generalidades de la ingesta emocional.

3.2 Ingesta emocional: relación con el sobrepeso y la obesidad

La ingesta emocional, denominada en inglés como *emotional eating* (Arnouk et al., 1995), se ha traducido al castellano con el nombre de *comer emocional* (Garaulet et al., 2012) o *alimentación emocional* (Ramírez y García-Méndez, 2017) y se define como la conducta de comer en respuesta a las emociones negativas con la finalidad de aliviar el malestar generado por el afecto negativo, en ausencia de señales fisiológicas de hambre (Macht y Simons, 2011). Se considera una respuesta anormal ante emociones como el enojo, el miedo, la ansiedad y el estrés, enfatizando el consumo de alimentos especialmente ricos en grasas y azúcares (Evers et al., 2010; Frayn y Knäuper, 2018; Macht et al., 2003; Torres y Nowson, 2007; van Strien et al., 2013; van Strien, 2018). Para los propósitos de la presente investigación, se empleará el término ingesta emocional por hacer referencia al consumo de alimentos, sin objetivos nutricionales, con el propósito de disminuir el malestar emocional.

El constructo *alimentación emocional* o *ingesta emocional* tiene sus orígenes en la teoría psicosomática descrita por Kaplan y Kaplan (1957), quienes propusieron que las personas con obesidad comen en exceso para reducir su ansiedad, empleando esta conducta como una forma de afrontamiento durante los momentos de estrés, en el que las personas intentan *comerse sus problemas* empleando *comida confortable* (alimentos ricos en grasas y azúcares). Si bien, estos postulados comenzaron dentro del marco teórico psicoanalítico, también se han examinado desde otros paradigmas. Por ejemplo, de acuerdo con Macht (2008) la suposición central de la teoría, es decir, que las emociones negativas inducen a comer y como resultado se reducen, se puede explicar desde la perspectiva del aprendizaje. Las emociones negativas representan los estímulos, el comer representa el comportamiento operante, mientras que el efecto inducido por la alimentación que provoca una reducción de emociones negativas (la consecuencia), funciona como el refuerzo negativo. Así, comer se ha visto como una estrategia para mejorar el estado de ánimo negativo, para enmascarar el estrés o para escapar de la autoconciencia aversiva.

La conducta de comer frente a emociones negativas es una respuesta paradójica desde el punto de vista biológico, pues las reacciones ante estados emocionales negativos generan la liberación de hormonas inhibitoras del hambre, lo que propicia la sensación de saciedad y pérdida del apetito (Wing et al., 1990). Por el contrario, en la ingesta emocional se observa un incremento en la conducta de comer, donde la experiencia de una emoción negativa no es responsable de la ingesta alimentaria, sino la forma en la que se afronta tal emoción, lo que se considera una respuesta inadaptada (Evers et al., 2010). Por lo anterior, podría entenderse a la ingesta emocional como una forma o manifestación de la desregulación emocional (Devonport et al., 2019; van Strien, 2018), aunque estos constructos se han estudiado de forma independiente.

Al respecto del pobre funcionamiento de los sistemas fisiológicos, se señala que las personas que presentan conductas de ingesta emocional tienen una respuesta inversa al estrés (Gibson, 2012; van Strien et al., 2019). Investigaciones parecen apoyar la explicación de que las personas que muestran una elevada conducta de ingesta emocional responden al estrés con una hipoactivación del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal [HPA], generando síntomas neurovegetativos (atípicos) de aumento del apetito. Bajo esta perspectiva, quienes incurren en la ingesta emocional no tienen la típica reducción del hambre después del estrés, sino que suelen manifestar sensaciones de hambre incluso más intensas (Torres y Nowson, 2007; van Strien et al., 2013). La disfuncionalidad en el eje HPA también explicaría por qué las personas que presentan ingesta emocional son más receptivas al valor reforzante de los alimentos y los utilizan como medio para mitigar temporalmente los efectos del estrés y las emociones negativas (Gibson, 2012; van Strien et al., 2019).

Finalmente, se ha señalado la complejidad para inducir emociones negativas en tareas de laboratorio, que sean comparables en duración e intensidad a las experiencias emocionales que se piensan causantes de la ingesta emocional en la vida real. Por lo que en esta línea de investigación, también se utilizan observaciones clínicas y cuestionarios de autoinforme y heteroinforme (Macht y Simons, 2011).

3.2.1 Ingesta emocional en adultos y adolescentes

Estudios han documentado la asociación entre la ingesta emocional y la obesidad en adultos, con mayor prevalencia del sexo femenino (Devonport et al., 2019; Frayn y Knäuper, 2018; Gianini et al., 2013; Gibson, 2012; Konttinen, 2020). Se reconoce que esta conducta tiene un auge prioritario en la adolescencia y que existe una importante diferencia de sexos, siendo las mujeres quienes reportan mayormente el uso de alimentos

ricos en grasas y azúcares en respuesta a las emociones negativas (Braet et al., 2008; Hernán et al., 2015; Isasi et al., 2013; Nguyen-Michel et al., 2007). De acuerdo con Orihuela et al. (2017), la adolescencia es un período en el que los jóvenes se enfrentan a diversos factores estresantes de la vida y aún no han desarrollado una amplia variedad de estrategias de afrontamiento, por lo que aquellos con poca regulación emocional tienen más probabilidades de recurrir a la ingesta emocional, eligiendo preferentemente alimentos de alta densidad energética que se asocia con aumento en el peso corporal.

Por otra parte, se ha reportado que la probabilidad de que las adolescentes muestren un mayor uso de la ingesta emocional como estrategia regulatoria, incrementa en presencia de un estilo parental negativo y sintomatología depresiva (van Strien, 2018), así como con el rechazo materno (Vandewalle et al., 2016). Además de las variables anteriores, también se ha discutido el papel del ambiente en el desarrollo de esta conducta, pues la oferta elevada de alimentos con alto contenido calórico, es un fuerte predictor de su consumo desmedido (Levitan y Davis, 2010).

3.2.2 Ingesta emocional en niños/as

En los niños/as, en contraste con las poblaciones que se revisaron anteriormente, la prevalencia de la ingesta emocional es muy baja y los resultados en este grupo etario son inconsistentes. Al respecto, es necesario hacer un paréntesis que permitirá aclarar el uso de algunos términos en este trabajo. La población objetivo del presente estudio son los preadolescentes, pues en esta fase del desarrollo ya se comienzan a observar cambios en el proceso de autoregulación que no dependen de alguien más, pues comienzan a tener un mayor control sobre sí mismos, tanto en sus cogniciones como en sus emociones, además de comportarse de acuerdo con las demandas sociales de su contexto. Sin embargo, muchas investigaciones sobre el tema, se refieren a niños/as sin

especificar la fase de la infancia en la que se encuentran (por ejemplo, infancia inicial, intermedia o preadolescencia). Por tal motivo, a lo largo de esta tesis se utilizará el término genérico de niños/as cada que se analicen estudios cuyos autores no hayan especificado la fase del desarrollo que están estudiando (lo cual puede entrañar niños y niñas de entre 0 y 12 años). Por otra parte, se usará el nombre correspondiente cuando sí exista alguna clasificación específica (por ejemplo, niños/as en la infancia temprana, si los autores así lo señalan); y se empleará el término preadolescentes cuando se trate de los datos y del conocimiento generado en esta tesis.

Algunos de los estudios señalan una importante relación entre la ingesta emocional y el incremento del IMC. Por ejemplo, Webber et al. (2009) en una muestra de niños/as con edades entre los siete y los 12 años, administraron un instrumento de informe parental (*Cuestionario de la Conducta Alimentaria de los Niños, [CEBQ]*) para indagar acerca de los estilos de alimentación. Se observó un mayor puntaje en las conductas de *disfrute de la comida y alimentación emocional*, así como una menor capacidad de respuesta a las señales de saciedad interna en los grupos con mayor peso. No se encontraron diferencias por edad, sexo o nivel educativo de los padres. Los autores señalaron que los niños/as con obesidad tienden a comer más rápidamente y responden mejor a las señales externas de los alimentos. Además, sugieren que el riesgo de padecer obesidad aumenta cuando exhiben una respuesta hiperfágica frente al estrés y la angustia, debido a que los estados emocionales negativos tienden a favorecer el consumo de alimentos dulces o grasos.

Las investigaciones de Croker et al. (2011) y Santos et. al (2011) en población con edades entre los seis y 12 años, conforman otra gama de ejemplos que refuerzan los hallazgos anteriores. En ambas investigaciones se empleó el CEBQ para evaluar las

diferencias en la conducta de ingesta entre niños/as con obesidad y con peso normal. Los padres de niños/as con obesidad mantuvieron la tendencia de reportar puntuaciones más altas para las conductas relacionadas con la proingesta (respuesta a los alimentos, disfrute de la comida, sobrealimentación emocional y deseo de beber) mientras que las conductas de antiingesta (rechazo a los alimentos, respuesta de saciedad y lentitud en la alimentación) estuvieron inversamente relacionadas con el IMC. Una explicación de estos hallazgos es que los niños/as con mayor IMC tienen *comportamientos alimentarios obesogénicos*, es decir, estos tienden a comer más en ausencia de hambre y responden con mayor frecuencia a las características externas de los alimentos, además de mostrar un detrimento en su respuesta de saciedad.

De acuerdo con Power et al. (2020) la ingesta emocional influye en el peso del niño/a a través del consumo de calorías generadas como respuesta al estrés. Sin embargo, los factores que explican la predilección de la ingesta emocional con obesidad son menos claros. Siguiendo a los autores, estos podrían ser el resultado de cambios biológicos debido al aumento del IMC en los niños/as (por ejemplo, la baja sensibilidad a la leptina) que conducen a una mayor ingesta. No obstante, también podrían deberse a factores ambientales, como la posibilidad de que alimentos con alta densidad energética se encuentren más disponibles o accesibles en hogares de niños/as con obesidad, que estos experimenten mayores niveles de estrés en el hogar o que las percepciones de los padres sobre la alimentación emocional estén influenciadas por el peso, lo que puede conducir a prácticas parentales de alimentación que involucren el uso de alimentos como recompensa o como ayuda para aliviar estados emocionales (Farrow et al., 2015).

Con respecto a lo anterior, se demostró que los padres que tienen prácticas de alimentación emocional con sus hijos/as aumentan las probabilidades de ocurrencia de

ingesta emocional. Un estudio realizado por Steinsbekk et al. (2018) con una muestra de niños/as evaluados a los cuatro años y con un seguimiento a los seis, ocho y 10 años, examinó cómo las prácticas alimentarias de los padres conducen al desarrollo de la ingesta emocional y cómo esta conducta mantiene a su vez la conducta parental. Si bien los niveles de alimentación emocional reportada por los padres fueron bajos, aquellos que señalaron su uso incidieron notablemente en la conducta de ingesta emocional de los hijos/as, que a su vez incrementaron su IMC a lo largo de las mediciones. Steinsbekk et al. (2018) señalaron que los padres tienen más probabilidades de alimentar emocionalmente a un niño/a que se calma fácilmente con la comida aumentando con el tiempo el uso de tales prácticas de alimentación. La asociación entre la emoción y la comida puede reforzarse repetidamente y, por lo tanto, fortalecerse aún más a través de una relación bidireccional y en cascada entre el estilo parental de alimentación emocional y la ingesta emocional. Presumiblemente, la asociación entre comida y emoción no solo se refuerza en el niño/a, sino también en los padres, pues ofrecer comida para calmar las emociones de otra persona tiene como objetivo regular las emociones tanto del receptor como las del proveedor. De tal manera, se asocian los alimentos con el aumento de las emociones positivas y la disminución de las negativas, lo que la convierte en una herramienta para la regulación.

En contraste, las investigaciones que miden la propia percepción de los niños/as con relación a la ingesta emocional mediante el autoinforme reportan en su mayoría que esta conducta no se relaciona con el grupo de IMC. Como ejemplo de lo anterior, se describe el estudio de van Strien y Oosterveld (2008). Estos autores evaluaron la alimentación restrictiva, emocional y externa, mediante la aplicación de un cuestionario a niños/as con un rango de edad de siete a 12 años. En todos los grupos, excepto en la muestra de niños/as con sobrepeso, la alimentación externa fue el comportamiento alimentario más

frecuente, seguido de la alimentación restrictiva, mientras que la ingesta emocional fue poco frecuente. Los autores proponen que la baja prevalencia de la ingesta emocional puede indicar que la mayoría muestra una reacción biológicamente natural a los estresores emocionales (la pérdida de apetito cuando se sienten solos, deprimidos o asustados), debido a que la mayoría de los estados de excitación reducen la actividad intestinal, por lo que la ingesta emocional, para la mayoría de las personas, comienza en etapas más tardías de la vida, particularmente en la transición hacia la vida adulta. Agregan que la ingesta emocional se asocia con el aumento de peso sólo en las personas que han experimentado eventos negativos en la vida y han empleado la ingesta como método para aliviar su malestar.

Otras investigaciones parecen mantenerse en la misma línea descrita por van Strien y Oosterveld (2008). Por ejemplo, Braet et al. (2008) indagaron las diferencias sobre los estilos de alimentación entre niños/as y adolescentes con obesidad y peso normal con un rango de edad entre los siete y 18 años. La alimentación emocional y la externa estuvieron relacionadas con la edad y el sexo, pues fueron las adolescentes con sobrepeso las que mostraron mayores puntuaciones de ingesta emocional en comparación con el grupo de peso normal. Este estilo alimentario en las adolescentes difiere en comparación con los niños y niñas, ya que no se encontraron diferencias de esta conducta entre los diferentes grupos de IMC. En un estudio previo Braet et al. (2007) analizaron la asociación entre el reporte parental y el reporte de los niños/as con respecto a la ingesta emocional en población infantil. La correlación entre ambos informantes fue moderada, donde tanto los niños/as con sobrepeso y obesidad como sus padres informaron una mayor ocurrencia de ingesta emocional. Los autores recomiendan la evaluación conjunta con los padres e hijos/as, ya que éstos últimos pueden ofrecer estimaciones poco confiables sobre su comportamiento.

Por otra parte, Jalo et al. (2019) realizaron un estudio transversal donde examinaron la asociación de la ingesta emocional, la conducta saludable y la obesidad en niños/as con edades entre los nueve y los 11 años provenientes de 12 países. La ingesta emocional y el IMC no mostraron ninguna asociación. De acuerdo con los autores, los pequeños experimentan una pérdida de apetito cuando se enfrentan a estresores emocionales. Concluyeron que a pesar de que la conducta de ingesta emocional puede llevar a patrones alimentarios no saludables, las consecuencias como la ganancia de peso, solo se observarán años más tarde, en el transcurso de la vida.

Finalmente, si bien los autores sugieren que una mayor desregulación emocional supone el incremento del uso de la ingesta emocional como método de afrontamiento, solo un estudio, de acuerdo con la revisión realizada hasta el momento, ha indagado acerca de las dificultades en la regulación emocional (reactividad e inhibición) y la ingesta emocional (incluyendo también la alimentación externa, es decir, comer en respuesta de señales que generan los alimentos cuando no existe una señal fisiológica de hambre). Harrist et al. (2013) evaluaron a niños y niñas de entre siete y ocho años, mediante autoinformes. Hallaron una asociación positiva entre la desregulación emocional con la alimentación externa y la ingesta emocional. Particularmente, una mayor reactividad emocional se relacionó consistentemente con ambas formas de alimentación, mientras que la inhibición mostró una baja correlación. Sus hallazgos proponen que los niños/as con mayor reactividad emocional poseen menores estrategias para afrontar adecuadamente las emociones incómodas, lo que incrementa la probabilidad de emplear alimentos para calmar los estados emocionales negativos.

Se observa que, en los menores, los resultados sobre la relación entre el IMC con las variables desregulación emocional e ingesta emocional arrojan resultados inconsistentes

que dependen, en gran medida, de los tipos de estudio (experimentales y no experimentales), de los métodos de evaluación (registros observacionales, heteroinformes que responden los padres o autoinformes que contestan los niños/as) o de la edad de los menores (infancia temprana, intermedia o tardía). Este estudio pretende insertarse dentro de esta línea de investigación al indagar acerca de la posible relación entre la obesidad y el sobrepeso y algunos de sus correlatos dentro de la dimensión afectiva, al incluir dos constructos que comparten un alto contenido teórico (la desregulación emocional y la ingesta emocional), pero que han surgido de dos paradigmas independientes.

MÉTODO

Planteamiento del problema

La obesidad es una enfermedad crónica multicausal y compleja, que requiere atención debido a su alto costo sanitario, económico y social. La inclusión de los componentes psicológicos, sociales, culturales y económicos dentro de su abordaje han incrementado el conocimiento sobre esta enfermedad y las consecuencias que genera en los individuos y sociedades que la padecen.

En México, el aumento de casos en la población infantil (entre los cinco y los 19 años, de acuerdo con la ENSANUT 2018, INSP, 2019) a lo largo de últimas décadas es alarmante. Sin dejar de lado la presión continua que existe en el mercado comercial para consumir productos de alto contenido energético, ni la influencia cultural en la alimentación, los factores psicológicos individuales han llamado la atención de la comunidad científica. Particularmente, aquellos que corresponden al contexto afectivo, donde la desregulación emocional desempeña un papel protagónico al ser una variable que mantiene y predice distintos tipos de problemas alimentarios (Monell et al., 2018; Ruscitti et al., 2016); y cuya relación con el sobrepeso y la obesidad sigue siendo controversial.

Si bien, la revisión de literatura realizada hasta este momento permite reconocer el papel de las emociones al elegir qué alimentos consumir, en qué cantidad y por qué, se han encontrado resultados contradictorios sobre la posible relación entre la desregulación emocional y la obesidad. Las investigaciones en el área señalan que los niños/as con obesidad solo denotan mayores niveles de desregulación emocional cuando se hace referencia específicamente al campo de la conducta alimentaria (Aparicio et al., 2016; Kelly et al., 2016; Pace et al., 2019; Percinel et al., 2018).

Dado lo anterior, la explicación más frecuente sobre cómo la desregulación emocional genera consecuencias negativas para el desarrollo de la obesidad, es mediante la ingesta para aliviar o calmar el malestar emocional ocasionado por emociones como la tristeza, el enojo, la preocupación o la ansiedad, conducta que se conoce como *ingesta emocional* (Evers et al., 2010; van Strien, 2018). Particularmente, entre los seis y 12 años, las investigaciones sobre la relación entre la ingesta emocional y el IMC muestran resultados inconsistentes. Casi todos los estudios que han reportado una relación positiva entre las variables (Croker et al., 2011; Santos et al., 2011; Webber et al., 2009) han empleado instrumentos de informe parental. Sin embargo, otras investigaciones que obtuvieron la información mediante el autorreporte (Braet et al., 2008; Jalo et al., 2019; van Strien y Oosterveld, 2008) encontraron una baja prevalencia de ingesta emocional en esta población.

Debido a que todavía son pocos los estudios que han indagado acerca de la relación entre la desregulación emocional, la ingesta emocional y el IMC en menores; y a que los resultados no se han replicado con consistencia, el propósito de este estudio es conocer si existe relación entre el IMC con los constructos psicológicos desregulación emocional e ingesta emocional, en preadolescentes mujeres y hombres de la Ciudad de México. Para subsanar algunas de las limitaciones en la instrumentación que han presentado algunos estudios dentro de esta línea de investigación, las variables de interés se medirán a partir de la percepción de los menores, así como de sus padres.

Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el la obesidad y el sobrepeso con la desregulación emocional e ingesta emocional, en mujeres y hombres preadolescentes?

Objetivo general

Conocer si existe asociación entre la obesidad y el sobrepeso con las variables desregulación emocional e ingesta emocional, en una muestra de mujeres y hombres preadolescentes.

Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en preadolescentes, mujeres y hombres.
- Conocer si existen diferencias en los niveles de desregulación emocional e ingesta emocional entre mujeres y hombres preadolescentes.
- Comparar los niveles de desregulación emocional e ingesta emocional reportados por los preadolescentes, mujeres y hombres, de acuerdo con su IMC (peso normal, sobrepeso y obesidad).
- Comparar los niveles de desregulación emocional e ingesta emocional reportados por los padres, madres o cuidadores con respecto a la clasificación del IMC (peso normal, sobrepeso y obesidad) de los preadolescentes.
- Indagar sobre la posible relación entre el IMC y las variables desregulación emocional e ingesta emocional, reportadas tanto por los preadolescentes, como por sus padres o cuidadores.

Hipótesis

H_{i1} : Existirá relación positiva entre la obesidad, el sobrepeso y la desregulación emocional.

H_{01} : No existirá relación positiva entre la obesidad, el sobrepeso y la desregulación emocional.

H_{i2} : Existirá relación positiva entre la obesidad, el sobrepeso y la ingesta emocional.

H0₂: No existirá relación positiva entre la obesidad, el sobrepeso y la ingesta emocional.

Participantes

Se trabajó con una muestra de preadolescentes, seleccionada mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, conformada por 400 preadolescentes mujeres y hombres con edades comprendidas entre los nueve y los 12 años (227 mujeres, \bar{x} =10.69 años, s =0.731; 173 hombres \bar{x} =10.82 años; s =0.729). En la muestra total se observó un promedio de edad de \bar{x} =10.75 (s =0.73), y una mediana y moda de 11 años (Tabla 3). Se efectuó una prueba ji cuadrada para comparar las frecuencias entre sexos, la cual arrojó que existieron diferencias significativas entre mujeres y hombres ($\chi^2 = 7.290$, $p < .01$).

Tabla 3

Frecuencias de edad y sexo

Edad (años)	Sexo				Total	
	Mujeres		Hombres			
	n	%	n	%	n	%
9	7	3.1	5	2.9	12	3.0
10	86	37.9	49	28.3	135	33.8
11	105	46.3	91	52.6	196	49.0
12	29	12.8	28	16.2	57	14.2
Total	227	100	173	100	400	100

Se recolectó una muestra de 523 participantes, de los cuales se eliminaron 114 debido a que sus padres o tutores no respondieron los cuestionarios en su totalidad. Otros nueve se eliminaron debido a que los/las preadolescentes decidieron no colaborar en el estudio haciendo uso de su derecho a la participación voluntaria. Así, se conformó la muestra final de 400 participantes, cuyos padres o tutores completaron todas las preguntas de los

cuestionarios psicométricos. Sin embargo, sólo 220 informaron su edad y su relación de parentesco con el/la preadolescente. De esos 220 datos, 192 (87.3%) fueron madres, 23 (10.5%) padres, tres (1.4%) abuelas, un (0.5%) tío y un (0.5%) tutor legal. La edad osciló entre 24 y 67 años con un promedio de 37.6 años ($s=7.04$) y una mediana de 37 años.

Los preadolescentes provenían de nueve escuelas primarias de turno matutino de las alcaldías Coyoacán, Iztapalapa y Cuauhtémoc de la Ciudad de México. Siete de ellas pertenecían a escuelas primarias de carácter público, mientras que dos pertenecían al sector privado (Tabla 4).

Tabla 4

Distribución de la muestra por las características de la escuela

Escuela	Alcaldía	Sexo		Grado		Total
		Mujer (n)	Hombre (n)	5°	6°	
Primaria 1	Coyoacán	34	35	33	36	69
Primaria 2	Coyoacán	49	42	47	43	91
Primaria 3	Coyoacán	18	12	7	23	30
Primaria 4	Coyoacán	25	13	17	21	38
Primaria 5	Coyoacán	54	23	48	29	77
Primaria 6	Iztapalapa	9	15	8	16	24
Primaria 7	Iztapalapa	10	7	12	5	17
Primaria 8	Coyoacán	13	6	4	15	19
Primaria 9	Cuauhtémoc	18	17	13	12	35

Nota. Se omite el nombre de las escuelas para respetar su anonimato.

Criterios de inclusión**Preadolescentes.**

Preadolescentes mujeres y hombres que cursen los niveles de quinto y sexto de primaria de acuerdo con el Sistema Educativo en México (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2019), que tengan entre nueve y doce años de edad.

Contar con habilidades de lectoescritura necesarias para la lectura y comprensión de los cuestionarios.

Otorgar por escrito el asentimiento informado de participación voluntaria.

Presentar el consentimiento informado firmado por alguno de sus padres o tutores legales.

Padres.

Contar con las habilidades de lectoescritura necesarias para comprender y responder los ítems de los cuestionarios.

Firmar el consentimiento informado para autorizar su participación.

Criterios de exclusión**Preadolescentes.**

Presentar algún impedimento de cualquier clase para participar en el estudio (previo aviso de los profesores de las escuelas, de los padres o tutores), por ejemplo, estar enfermos al momento de la aplicación.

Padres.

Informar sobre cualquier impedimento para responder los instrumentos de medición por cuenta propia.

Criterios de eliminación**Preadolescentes.**

No completar los cuestionarios de autoinforme correspondientes.

Abandonar la investigación una vez comenzada.

Padres.

No responder en su totalidad los cuestionarios.

Abandonar la investigación una vez comenzada.

Consideraciones éticas

La participación en este estudio, tanto de los menores como de sus padres, fue voluntaria y anónima. Se garantizó la confidencialidad de los datos proporcionados por los participantes. Durante todo el proceso de la investigación, la autora de esta tesis se apegó estrictamente a los lineamientos éticos nacionales (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) e internacionales (American Psychological Association, 2017). Antes de realizar el estudio, se desarrolló una tabla de riesgos y beneficios que los preadolescentes y padres de familia podrían obtener de su participación (Tabla 5). La tabla sirvió para incluir en el estudio diversas recomendaciones para disminuir los posibles efectos de iatrogenia que se pudiera ocasionar.

Tabla 5*Riesgos y beneficios de los participantes*

RIESGOS	BENEFICIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Dada la invitación a los padres para participar, estos podrían sentirse inseguros para brindar su colaboración y la de sus hijos, ya que se solicitaron datos personales (nombre, parentesco y edad). Por ende, en colaboración con las autoridades de las escuelas, se extendió una invitación específica que aseguraba la confidencialidad de su participación, así como la entrega de un consentimiento informado en el que se explicaron los alcances académicos del estudio y se señalaron los datos de contacto correspondientes para la aclaración de dudas. • Las mediciones antropométricas podrían hacer sentir incómodos a los preadolescentes. Es por ello que, antes de tomarlas, se explicó a los participantes cómo se llevaría a cabo esta actividad, asegurando que ésta se realizaría en un salón distinto al aula de clases. Se les brindó, en todo momento, el espacio y el apoyo para que se expresaran si sentían alguna incomodidad. Además, se solicitó su asentimiento escrito en el que se especificaba que podían abandonar la 	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de la presente investigación pueden brindar información relevante a los padres sobre la alimentación y estado nutricional de sus hijos, ya que son indicadores objetivos que posibilitan la toma de decisiones en beneficio de la salud de los preadolescentes. • Los directores de cada plantel recibieron las mediciones antropométricas de los participantes, así como el reporte de datos sobre frecuencia de edad, sexo e IMC. • Se invitó a los participantes a asistir a un taller sobre alimentación y emociones dentro del plantel escolar (previo consentimiento de las autoridades escolares). Sin embargo, la realización del taller está pendiente al momento en el que se presenta esta tesis, dada la suspensión de actividades ocasionada por la emergencia sanitaria por el COVID-19. Se realizó la reprogramación tentativa de dicha actividad para el ciclo escolar 2021-1. • La información personal se mantuvo en estricta confidencialidad con el correspondiente manejo ético de protección de datos.

actividad, sin repercusiones, en cualquier momento.

- Los preadolescentes podrían hacer comentarios despectivos a sus compañeros al respecto del peso o talla. Para prevenir esto, las mediciones se hicieron de forma individual en un espacio seguro y privado.
-

Diseño y tipo de estudio

Diseño *ex post facto*, debido a que no hay manipulación de variables ni establecimiento de causalidad entre las mismas (Montero y León, 2005) de tipo transversal.

Instrumentos

Instrumentos que respondieron los preadolescentes de ambos sexos

Escala de Desregulación Emocional, versión corta (EDS-short; Powers et al., 2015) adaptada a población de niños/as y adolescentes mexicanos (Contreras-Valdez et al., 2018), se trata de un cuestionario de autoinforme que consta de 12 ítems para medir desregulación emocional. Cada ítem describe un indicador de desregulación emocional y posee una escala numérica de cinco opciones de respuesta (de 0 = muy poco o nada, a 4 = mucho); a mayor puntuación, mayor desregulación. En el estudio original en población mexicana, la EDS-short mostró un alfa de Cronbach de 0.90, mientras que en el presente estudio fue de $\alpha = 0.89$ (Anexo A).

Instrumento por Viñetas para Evaluar Riesgo de Ingesta Emocional en Niños (Garza et al., 2018). Es un instrumento válido para evaluar el riesgo de ingesta emocional en niños/as mexicanos de ocho a once años. Se presentan a los participantes 10 historias cortas, o viñetas, con una escala de tres opciones de respuesta: siempre, algunas veces y

nunca. El riesgo de ingesta emocional se identifica con la suma de puntos obtenida en las viñetas, seis o más puntos, implican un mayor riesgo de ingesta emocional. En el estudio original con población mexicana se observó un alfa de Cronbach de 0.70., mientras que en este estudio fue de $\alpha = 0.77$ (Anexo B).

Instrumentos que respondieron los padres, madres y cuidadores

Escala de Desregulación Emocional, versión corta (EDS-short; Powers et al., 2015), validada en población de niños/as y adolescentes mexicanos por Contreras-Valdez et al. (2018) y adaptada para padres, madres y cuidadores exclusivamente en la presente investigación. Por tratarse de un estudio que toma en cuenta tanto el reporte de los menores, como el de sus padres o tutores, se adaptaron los ítems de la EDS-short para conformar un heteroinforme que pudieran responder ambos. Se ajustaron los enunciados para que las preguntas guardaran concordancia gramatical. Por ejemplo, se modificó el término “Cuando estoy molesto” por “Cuando mi hijo(a) está molesto(a)”; “Cuando mis emociones son fuertes” por “Cuando las emociones de mi hija(o) son fuertes”, etc. Se utilizó la misma escala de respuesta (cinco opciones, de 0 a 4) con la finalidad de medir de forma similar el constructo desregulación emocional. La EDS-short adaptada para padres y tutores mostró un alfa de Cronbach de 0.94 (Anexo C).

Cuestionario de la Conducta Alimentaria de los niños/as (CEBQ, Children’s Eating Behavior Questionarie) elaborado por (Wardle et al., 2001). Se trata de un cuestionario diseñado para ser contestado por los padres o cuidadores respecto al comportamiento alimentario de sus hijos/as. En la adaptación y validación realizada por Calderón (2014) para población mexicana infantil y adolescente, la prueba cuenta con cinco factores para medir la percepción de los padres sobre la ingesta emocional de los niños/as. En esta tesis solo se utilizó un factor que se denomina *Respuesta de saciedad/ interés por el*

alimento/ sobrealimentación emocional ($\alpha = 0.83$ en el estudio original; $\alpha = 0.82$ en este estudio) debido a que evalúa el control que tiene el niño/a para regular su ingesta y el aumento en la conducta de comer bajo emociones negativas. Por otra parte, para añadir más evidencia en la medición de la ingesta emocional, se tomó en cuenta la pregunta 15 “Mi hijo/a come más cuando está ansioso/a” debido a que contribuye a medir de manera acertada la variable ingesta emocional, de acuerdo con la propuesta original de los autores pioneros en el estudio de esta variable (Kaplan y Kaplan, 1957). No se tomó en cuenta el factor completo al que pertenece este ítem (subalimentación/sobrealimentación emocional) porque las demás preguntas no corresponden teóricamente al constructo ingesta emocional (por ejemplo: a) *mi hijo/a come más cuando está feliz*, b) *mi hijo/a come menos cuando está enojado*, etc., Anexo D).

Medición antropométrica

La medición de peso se obtuvo mediante una balanza digital marca OMRON, modelo HN-289, con una capacidad de 150 kg y un grado de precisión de 100 gramos. La medida de talla se obtuvo mediante un estadiómetro de pared marca OMRON de dos metros, con una precisión de 1 mm.

Definición conceptual de variables

Desregulación emocional: deficiencias en la regulación emocional con tendencia a que las emociones se descontroren, cambien rápidamente, se expresen en formas intensas y no modificadas o abrumen tanto la capacidad de afrontamiento, como la de razonamiento (Bradley et al., 2011).

Ingesta emocional: conducta de comer como respuesta ante emociones negativas, con la finalidad de aliviar el malestar generado por el afecto negativo, en ausencia de señales fisiológicas de hambre (Macht y Simons, 2011).

Sobrepeso y obesidad: acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2020a).

Definición operacional de variables

Desregulación emocional: en los preadolescentes se obtuvo a partir de la suma de los 12 reactivos de la EDS-short. En los padres, se calculó al sumar los 12 ítems de la versión adaptada para padres de la EDS-short.

Ingesta emocional: en el caso de los preadolescentes, la suma de los puntajes obtenidos en las diez historias del Instrumento por Viñetas para Evaluar el Riesgo de Ingesta Emocional. Para los padres, consistió en la suma de nueve preguntas correspondientes al factor “Respuesta de saciedad/ Interés por el alimento/ Sobrealimentación emocional”. De forma independiente, también se consideró el puntaje del reactivo 15 “Mi hijo/a come más cuando está ansioso/a”.

Sobrepeso y obesidad: se obtuvo al calcular el IMC mediante la fórmula kg/m^2 (peso medido en kilogramos, sobre la talla al cuadrado medida en metros), el valor resultante se ubicó en la tabla percentilar de acuerdo con el sexo del participante según los criterios propuestos por la OMS (de Onis, et al., 2007). A los participantes que obtuvieron valores entre 85-96.9 se les clasificó en el grupo de sobrepeso, mientras que el grupo de obesidad se conformó por aquellos que puntuaron valores igual o mayores al percentil 97.

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2019, y enero del 2020. Se solicitó el acceso a nueve escuelas primarias, a las que se acudió para explicar a directivos y maestros el objetivo de la investigación, así como obtener el consentimiento para trabajar con los alumnos y sus padres. Una vez obtenida la autorización, se procedió a invitar a los padres y tutores. Debido a la dificultad

para llevar a cabo este paso de manera presencial, ya que ningún plantel accedió a brindar un espacio exclusivo para el trabajo con padres y tutores, las cartas de consentimiento informado (Anexo E), junto con los instrumentos psicométricos de heteroinforme, fueron enviados a los padres y tutores. Se explicó a cada directivo la forma en que los padres debían responder los cuestionarios, y se brindaron indicaciones específicas que fueron transmitidas a los profesores de cada grupo. Los docentes entregaron la batería de instrumentos directamente a los padres o tutores, y fueron ellos mismos quienes la devolvieron a las autoridades de la escuela.

Tras obtener tanto el consentimiento de los padres y cuidadores, como sus respuestas de los cuestionarios psicométricos, se procedió a trabajar con los preadolescentes a quienes se les dio una carta de asentimiento previo a su participación (Anexo F). Posteriormente, a los que decidieron colaborar en el estudio, se les administraron los instrumentos psicométricos dentro de sus salones de clases y se tomaron sus medidas antropométricas de peso y talla en salones independientes. Las jornadas de aplicación se realizaron en dos días por cada escuela. Durante el primer día se llevó a cabo la administración de los cuestionarios de autoinforme, así como la obtención de la talla y peso corporal de los alumnos/as de quinto año, mientras que en el segundo día se realizaba el mismo procedimiento para los pertenecientes al sexto año escolar.

La aplicación de los instrumentos se realizó de forma colectiva y estuvo a cargo de la autora de este trabajo. En una ocasión, se contó con la ayuda de una estudiante de séptimo semestre de la licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM. Durante la aplicación participaron un promedio de 10 a 25 alumnos por cada grupo.

Se indicaba a los participantes que guardaran el material con el que estaban trabajando, dejando en su banca únicamente un lápiz, proporcionándoles uno en caso de no tenerlo. Se repartían los cuestionarios y se señalaban las instrucciones en voz alta para cada instrumento, dejando abierta la posibilidad de resolver cualquier duda. Se les solicitaba que levantaran su mano cuando terminaran, con el objetivo de recoger los cuestionarios y verificar que se hubiesen contestado de manera adecuada. Para controlar los posibles efectos de acarreo de la aplicación, los cuestionarios se administraron en diferente orden (para quinto grado, EDS-short e Instrumento por Viñetas; para sexto grado, Instrumento por Viñetas y EDS-short).

La báscula y el estadiómetro se colocaron en salones distintos a los que se usaban para tomar clases, con el propósito de conformar un ambiente más privado. Los directores del plantel asignaron espacios como bibliotecas, salones de usos múltiples, salones de inglés y bodegas para la actividad de toma de medidas antropométricas. La responsable de este proyecto fue la encargada de realizar las mediciones, estando siempre acompañada de una persona designada por el director de los planteles, para seguridad de los alumnos y de la autora de este trabajo.

Se solicitó que los participantes salieran del salón de clases de manera individual para la toma de medidas. Para obtener el peso, se pidió a los participantes retirarse el calzado, así como cualquier prenda que pudiese alterar significativamente la medición, como chamarras, bufandas o suéteres. Se les indicó no llevar cualquier objeto que pudiese ocasionar un sesgo, como monedas, celulares, llaves, gomas o juguetes.

Para obtener la medida de talla, se pidió a cada participante colocarse debajo del estadiómetro, de espaldas a la pared, con talones juntos y en posición recta, con mirada al frente. La base del estadiómetro se colocaba encima de la cabeza de cada participante.

En el caso de las preadolescentes, se solicitó desprenderse de moños o broches que impidieran colocar la punta del estadiómetro sobre su cabeza. Los milímetros fueron redondeados para obtener una medida en centímetros.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS versión 22. En primer lugar, se realizó un análisis exploratorio para corroborar que no existieran errores de captura. Los participantes se clasificaron de acuerdo con el IMC, mediante la fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$. Posteriormente, haciendo uso de las tablas percentilares de la OMS (de Onis et al., 2007) se ubicó el IMC de cada participante (eje de las ordenadas), y la edad en años y meses (eje de las abscisas), de acuerdo con el sexo correspondiente. La clasificación se realizó con los siguientes percentiles: <14.9 = bajo peso; 15-24.9 = peso normal; 25-29.9 = sobrepeso y >30 = obesidad.

La muestra total se clasificó en cuatro grupos de acuerdo con el IMC obtenido mediante la fórmula kg / m^2 . El grupo uno (correspondiente a bajo peso) representó 7.8% de la muestra, el grupo dos (peso normal) correspondió a 53.8% de la población, el grupo (sobrepeso) representó 24.3% del total, mientras que el grupo cuatro (obesidad) conformó 14.3% del total de participantes (Tabla 6).

Tabla 6

Frecuencia de sexo y clasificación de acuerdo con el Índice de Masa Corporal

Clasificación de IMC	Sexo				Total	
	Mujeres		Hombres			
	n	%	n	%	n	%
Bajo peso	15	6.6	16	9.2	31	7.8
Peso normal	126	55.5	89	51.4	215	53.8
Sobrepeso	53	23.3	44	25.4	97	24.3
Obesidad	33	14.5	24	13.9	57	14.3
Total	227	100	173	100	400	100

Para los análisis posteriores, se excluyó al grupo de bajo peso con el propósito de conformar un continuo de la variable IMC que oscilara entre la funcionalidad (peso normal) y la disfuncionalidad (obesidad). Tras eliminar a los 31 participantes con bajo peso, se efectuó una prueba *t* de Student para muestras independientes, como análisis preliminar, con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables de estudio entre los grupos conformados. Esto permitiría conocer la pertinencia de analizar los resultados en función del sexo.

Para responder la pregunta de investigación (¿existe relación entre la obesidad y el sobrepeso y las variables desregulación emocional e ingesta emocional?) se realizaron diversos ANOVAS de una vía y una correlación de Pearson. Primero se empleó el ANOVA para comparar las puntuaciones de desregulación emocional e ingesta emocional. Se consideró como factor independiente el grupo de IMC (peso normal, sobrepeso, obesidad) y se usó la prueba post hoc de Sheffé.

De la misma forma, se compararon las puntuaciones de desregulación emocional e ingesta emocional obtenidas en los dos instrumentos administrados a los padres, madres

o tutores, mediante un ANOVA, tomando como factor independiente el grupo de IMC (peso normal, sobrepeso, obesidad). Para indagar acerca de las diferencias entre grupos se usó la prueba post hoc de Sheffé.

Finalmente, se empleó una correlación de Pearson para conocer la posible relación entre el IMC como un continuo y las variables desregulación emocional e ingesta emocional, reportadas tanto por los preadolescentes como por sus padres. La pertinencia de esta prueba paramétrica se sustenta en el tamaño de la muestra de este estudio, donde se asume la normalidad de su distribución, contrario al uso del coeficiente de correlación de Spearman, perteneciente a la estadística no paramétrica, que se utiliza cuando se sospecha de la distribución normal de la población o cuando la casuística es pequeña (Dagnino, 2014).

RESULTADOS

Análisis preliminares

Se empleó la prueba *t* de Student para muestras independientes con el objetivo de indagar acerca de posibles diferencias entre mujeres y hombres en relación con las variables a estudiar. Debido a que no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las variables de interés, se procedió a realizar los análisis siguientes incluyendo a la muestra total (Tabla 7).

Tabla 7

Comparación de los puntajes obtenidos en los instrumentos empleados para evaluar desregulación emocional e ingesta emocional en preadolescentes

Variable	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>s</i>			
Desregulación emocional (reportada por los preadolescentes)	18.36	11.55	18.03	10.50	.279	367	.780
Ingesta emocional (reportada por los preadolescentes)	5.69	4.55	6.32	4.019	-1.369	367	.172
Desregulación emocional (reportada por los padres)	16.15	11.97	15.40	11.26	.610	367	.542
CEBQ Respuesta de saciedad por el alimento/Sobrealimentación emocional (reportada por los padres)	18.26	7.04	18.95	7.09	-.920	367	.358
Ítem 15 <i>sobreingesta por ansiedad</i> (reportada por los padres) ^a	1.64	1.06	1.68	1.09	-.296	367	.767

^a El reactivo pertenece al factor cuatro del Cuestionario de Conducta Alimentaria de los Niños (CEBQ, 2018).

Comparación entre grupos de IMC, de las variables desregulación emocional e ingesta emocional reportadas por los preadolescentes

En cuanto a la desregulación emocional, el ANOVA de un factor demostró que no existieron diferencias significativas ($F = 1.438$, $p = .239$; Tabla 8) entre los grupos de acuerdo con el IMC (peso normal, sobrepeso y obesidad).

Tabla 8

Comparación entre los grupos de Índice de Masa Corporal de la desregulación emocional reportada por los preadolescentes

Variable psicológica	Grupo	\bar{x}	s	Grupo de contraste	Diferencia entre las medias	p
Desregulación emocional	Peso normal	17.83	11.40	Sobrepeso	.101	.997
	Sobrepeso	17.73	11.01	Obesidad	-2.777	.326
	Obesidad	20.51	9.94	Peso normal	2.576	.271

Para el constructo ingesta emocional, el ANOVA no mostró diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos de peso normal, sobrepeso y obesidad ($F = 1.618$ $p = .200$; Tabla 9).

Tabla 9

Comparación entre los grupos de Índice de Masa Corporal de la ingesta emocional reportada por los preadolescentes

Variable psicológica	Grupo	\bar{x}	s	Grupo de contraste	Diferencia entre las medias	p
Ingesta emocional	Peso normal	-6.06	4.37	Sobrepeso	-.218	.919
	Sobrepeso	6.28	4.44	Obesidad	1.243	.230
	Obesidad	5.04	3.95	Peso normal	-1.025	.285

Comparación entre grupos de IMC, de las variables desregulación emocional e ingesta emocional reportadas por los padres

En cuanto a la variable desregulación emocional, el ANOVA demostró que las diferencias entre los tres grupos (peso normal, sobrepeso y obesidad) no fueron estadísticamente significativas ($F = .086$, $p = .918$; Tabla 10).

Tabla 10

Comparación entre los grupos de Índice de Masa Corporal de la desregulación emocional reportada por padres, madres o cuidadores

Variable psicológica	Grupo	\bar{x}	s	Grupo de contraste	Diferencia entre las medias	p
Desregulación emocional	Peso normal	15.62	11.71	Sobrepeso	-.526	.935
	Sobrepeso	16.14	11.95	Obesidad	.039	1.000
	Obesidad	16.11	11.15	Peso normal	.487	.962

Con relación a la ingesta emocional, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de IMC ($F = 11.164$, $p < .001$). De acuerdo con el análisis post hoc de Scheffé, el grupo con obesidad mostró un nivel significativamente mayor de ingesta emocional que el grupo con peso normal ($p < .001$; Tabla 11). A su vez, el grupo con sobrepeso presentó mayor ingesta emocional que el grupo con peso normal ($p = .049$). Por último, no se encontraron diferencias entre el grupo con obesidad respecto al grupo con sobrepeso ($p = .085$).

Tabla 11

Comparación entre los grupos de Índice de Masa Corporal sobre la ingesta emocional reportada por padres, madres o cuidadores

Variable psicológica	Grupo	\bar{x}	s	Grupo de contraste	Diferencia entre las medias	p
Ingesta emocional	Peso normal	17.29	5.63	Sobrepeso	-2.078	.049*
	Sobrepeso	19.37	7.81	Obesidad	-2.559	.085
	Obesidad	21.93	9.11	Peso normal	4.637	.000**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Para el reactivo “Mi hijo/a come más cuando está ansioso/a” también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de IMC ($F = 11.094$, $p < .001$). El análisis post hoc de Scheffé demostró que el grupo con obesidad presentó significativamente mayor ingesta por ansiedad en comparación con el grupo con peso normal ($p < .001$). Asimismo, el grupo con sobrepeso presentó mayor ingesta por ansiedad que el grupo con peso normal ($p = .021$). Sin embargo, no hubo diferencia entre el grupo con obesidad y el grupo con sobrepeso ($p = .178$; Tabla 12).

Tabla 12

Comparación entre los grupos de Índice de Masa Corporal sobre la ingesta por ansiedad reportada por padres, madres o tutores

Variable psicológica	Grupo	\bar{x}	s	Grupo de contraste	Diferencia entre las medias	p
Come más cuando está ansioso	Peso normal	1.46	.85	Sobrepeso	.128	.021*
	Sobrepeso	1.81	1.19	Obesidad	-.326	.178*
	Obesidad	2.14	1.40	Peso normal	.685	.000**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Relación entre el IMC con la desregulación emocional y la ingesta emocional

Para averiguar la relación entre el IMC con las variables de estudio reportadas por los preadolescentes y sus padres, se efectuó una correlación de Pearson. En la Tabla 13 se presentan los resultados de este análisis. A partir de estos, se observó lo siguiente: el IMC no se asoció significativamente con el constructo desregulación emocional de acuerdo con el informe de los preadolescentes ($r_p = .059$, $p = .261$), ni con el de los padres ($r_p = .013$, $p = .801$); se asoció significativamente de forma negativa y débil con el constructo ingesta emocional mediante el autoinforme de los preadolescentes ($r_p = -.109$, $p = .036$) y se correlacionó de forma significativa pero débil con el reporte parental ($r_p = .285$, $p < .001$). El ítem *mi hijo come más cuando está ansioso*, también mostró una asociación significativa pero débil y positiva con respecto al IMC ($r_p = .269$, $p < .001$).

Por otro lado, entre el reporte de los preadolescentes y el de los padres o cuidadores con respecto a la desregulación emocional, se observó una correlación significativa positiva y moderada ($r_p = .436$, $p < .001$). Sin embargo, con respecto a la variable ingesta emocional, no se encontró relación entre ambos informes ($r_p = .013$, $p = .797$).

Tabla 13

Correlación de Pearson entre el Índice de Masa Corporal con la desregulación emocional y la ingesta emocional reportada por los preadolescentes y los padres

Variables	1	2	3	4	5	6
1. IMC	-					
2. Desregulación emocional (preadolescentes)	.059	-				
3. Desregulación emocional (padres)	.013	.436**	-			
4. Ingesta emocional (preadolescentes)	-.109*	.188**	-.002	-		
5. Ingesta emocional (padres)	.285**	.118*	.341**	.013	-	
6. Ítem 15 “comer por ansiedad” (padres)	.269**	.138**	.286**	.020	.716**	-

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

A la luz de los hallazgos anteriores, se observa que existe congruencia moderada entre la percepción que tienen los padres y los preadolescentes con respecto a la desregulación emocional de estos. De tal manera, ambas mediciones denotan que la presencia de la desregulación emocional es notoria en el comportamiento de los menores. Sin embargo, no se observó ningún tipo de relación entre la percepción de ambos informantes sobre la ingesta emocional, por lo que, la total discordancia entre los participantes supone que la conducta alimentaria es vista bajo el enfoque particular de quien provee y de quien recibe los alimentos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como propósito general conocer la posible relación entre la desregulación emocional y la ingesta emocional con la obesidad y el sobrepeso en población preadolescente mexicana. El objetivo se planteó a raíz de la evidencia empírica que muestra el importante papel que tienen las dificultades para regular las emociones en los menores, en diversos tipos de psicopatología, entre ellos el desarrollo de problemas internalizados, como los síntomas de ansiedad y depresión (Eisenberg et al., 2017; Essau et al., 2017; Suveg et al., 2009; Uhl et al., 2019); así como los problemas externalizados, por ejemplo, la agresividad, los berrinches y la conducta desafiante (Compas et al., 2017; Eisenberg et al., 2017; Essau et al., 2017). Los problemas de salud relacionados con la conducta alimentaria no son la excepción. Es por ello que, a partir de la literatura de investigación revisada, se plantearon dos hipótesis principales: 1) la existencia de una relación positiva entre el constructo desregulación emocional, la obesidad y el sobrepeso, y 2) la presencia de una relación igualmente positiva entre la obesidad, el sobrepeso y la ingesta emocional.

Con respecto a los datos de distribución de la muestra del estudio presente, se observó una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad del 38% en los participantes, quienes provenían de escuelas primarias ubicadas en ambientes urbanos. De acuerdo con la ENSANUT 2018, en México la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años es de 35.6%, con mayores niveles en las áreas urbanas que en las zonas rurales. Lo anterior deja entrever que la problemática de exceso de peso se presenta en al menos un tercio de la población, lo que resulta relevante, pues el reporte de las cifras parece ir en aumento, observándose esta tendencia en los últimos seis años (INSP, 2019).

Para someter a prueba la primera hipótesis, se evaluó el nivel de desregulación emocional en preadolescentes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los nueve y los doce años, a quienes se les clasificó de acuerdo con su IMC. Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten concluir que no hubo diferencias en los niveles de esta variable entre los grupos de peso normal, sobrepeso y obesidad. El que los datos sean similares entre estas poblaciones, hace pensar que existe un problema generalizado en la educación emocional de los preadolescentes. Llama la atención que se llegó al mismo resultado analizando, de forma independiente, la percepción de los participantes y la de sus padres con respecto al mismo fenómeno, lo cual añade fortaleza a la validez de este hallazgo. Al respecto, se encontró una relación moderada entre el reporte de desregulación emocional de los informantes, resultado que sugiere consistencia en la forma en la que ambos se encuentran al tanto de los déficits regulatorios de las emociones en los menores.

El hallazgo central que no apoyó la primera hipótesis de la presente investigación (es decir, la nula relación entre la desregulación emocional y el IMC), no es congruente con algunas investigaciones revisadas anteriormente, que han demarcado una diferencia en los niveles de desregulación emocional entre menores con obesidad y con peso normal. Estas investigaciones han empleado métodos diferentes que podrían explicar los resultados contradictorios. Por ejemplo, paradigmas experimentales en muestras de entre tres y seis años de edad, en quienes se observan mayormente los efectos directos de la desregulación emocional sobre la obesidad (Blissett et al., 2010; Power et al., 2016). Otras investigaciones (Kelly et al., 2016; Pace et al., 2019; Percinel et al., 2018) incluyeron población con un rango de edad extendido (entre siete y 18 años), lo que imposibilita examinar el efecto de la edad y de otras variables asociadas con ésta

(prácticas parentales, desarrollo de las funciones ejecutivas, nivel de psicopatología, entre otras).

Sin embargo, existe un grupo sólido de estudios que pueden ayudar a comprender la falta de relación entre el IMC y la desregulación emocional que se observó en esta investigación. Por ejemplo, se debe reconocer que la obesidad y el sobrepeso constituyen un fenómeno complejo, y que su desarrollo se ve influenciado por una variedad de factores fisiológicos, psicológicos y sociales a lo largo del tiempo (Russell y Russell, 2019; Sahoo et al., 2015). Además del desbalance energético entre el consumo y el gasto de calorías, el IMC está determinado por numerosos elementos, como la actividad física, el metabolismo del individuo, los estilos de crianza, el estatus económico, el ambiente, entre otros.

Por otra parte, es preciso advertir que la desregulación emocional se integra, de igual manera, por un amplio conjunto de habilidades que difícilmente se relacionarían, en su totalidad, con el desarrollo de condiciones multicausales como lo son la obesidad y el sobrepeso. La desregulación emocional es un constructo que comprende no sólo las estrategias inefectivas que se emplean para lograr su regulación, sino que además se incluyen los déficits en el reconocimiento de las emociones, la incapacidad para nombrarlas, la dificultad para expresarlas, la impulsividad, la intolerancia al malestar, entre otros (Bradley et al., 2011).

En lo que respecta a la presente investigación, la Escala de Desregulación Emocional para Niños en su versión corta (Contreras-Valdez et al., 2018) resultó una medida confiable para obtener información sobre el nivel de desregulación emocional, tanto en la adaptación que se realizó en este estudio para población adulta, como en el caso de la población infantil. Sin embargo, se reconoce que la EDS-short solo provee información

acerca de los niveles de desregulación emocional como un constructo unidimensional que no contempla dimensiones específicas de segundo orden (por ejemplo, fallas en el reconocimiento y aceptación de las emociones, pérdida del control al experimentar emociones fuertes, fallas en las estrategias de regulación, entre otras). De hecho, ninguna pregunta de la EDS-short se dirige a la conducta alimentaria.

En concordancia con lo anterior, otros autores señalan que debido a la complejidad de su conceptualización y su superposición con otras estrategias autorregulatorias, especialmente aquellas que tienen que ver con el afrontamiento, resulta necesario reconocer la multidimensionalidad de la desregulación emocional, así como considerar los efectos de las variables contextuales que influyen en el proceso regulatorio, incluida la cultura, además de las propias características individuales, como el temperamento (Compas et al., 2017). De igual forma, Sabatier et al. (2017) enfatizan la importancia del contexto sociocultural para el desarrollo favorable de las habilidades de regulación emocional considerando factores clave los entornos familiar y escolar.

Como han sugerido Powers et al. (2015), examinar las estrategias específicas que usan los preadolescentes para regular sus emociones, puede brindar una explicación más precisa sobre cuáles son las dimensiones de la desregulación emocional que sí pueden impactar en el IMC a lo largo de su desarrollo. Esto permite pensar que tanto los adultos como los niños/as, preadolescentes y adolescentes con obesidad, no exhiben un déficit regulatorio global, sino únicamente en algunas áreas particulares de este constructo. Por ejemplo, en el rubro de la alimentación, las dificultades en el manejo emocional generan consecuencias adversas en su peso (Fernandes et al., 2018; Miller et al., 2018).

Se sugiere, entonces, que futuras investigaciones que pretendan indagar acerca de la posible relación entre el IMC y la desregulación emocional, incluyan instrumentos que

midan las dimensiones de la desregulación emocional que sí estén implicadas en la alimentación y, por ende, en el IMC. Un ejemplo claro es la ingesta emocional que, si bien se ha estudiado como un constructo independiente de la desregulación emocional, mantiene un alto traslapo teórico, pero se enfoca directamente en la alimentación.

Para cumplir con el segundo objetivo de esta investigación, determinar si existe una relación entre la obesidad y el sobrepeso, y la ingesta emocional de los participantes, se empleó la misma estrategia que en la primera hipótesis y se analizó, por separado, la información proporcionada por los preadolescentes y el reporte parental. De acuerdo con el autorreporte, no se observaron diferencias en la ingesta emocional entre los grupos de peso normal, sobrepeso y obesidad. En contraste con el reporte parental, los padres de participantes con obesidad y sobrepeso reportaron una mayor prevalencia de la conducta de ingesta emocional. Llama la atención que no hubo relación entre la percepción de ambos informantes sobre la misma variable.

En cuanto al reporte de la conducta de ingesta emocional, algunos autores han señalado que, debido a la falta de capacidades cognitivas superiores (asociadas con la maduración del cerebro) que se requieren para elaborar una representación de la experiencia emocional compleja, es probable que los preadolescentes sean incapaces de establecer (y reportar) una relación entre los dos elementos (las emociones y la ingesta de alimentos), además de mostrar dificultades para establecer la diferencia de estímulos que les induce a comer (Silva et al., 2013). Asimismo, es importante reconocer que están sujetos, en gran medida, a las condiciones de alimentación provistas por los padres, quienes tienen el papel principal en la alimentación de estos. A partir de lo anterior, se podría sugerir que los menores todavía no son completamente conscientes de que,

además de las funciones fisiológicas básicas, la alimentación podría tener otros fines en su vida, como es el caso de la disminución del afecto negativo.

Con respecto al informe de los padres o cuidadores en la presente investigación, estos reconocieron que sus hijos/as realizan la ingesta de alimentos cuando experimentan emociones negativas (enojo, miedo, ansiedad). Los padres de participantes con obesidad y sobrepeso señalaron que sus hijos/as emplean los alimentos como medio para calmar emociones negativas, siendo posible señalar que los padres informan con mayor claridad bajo qué contextos ingieren alimentos y de qué tipo. Sin embargo, es importante reconocer que los padres pueden utilizar los alimentos como medios para aliviar la angustia, el malestar o como recompensa para aumentar la ocurrencia de alguna conducta deseada (González-Torres et al., 2018), práctica conocida como *alimentación parental por emociones*. Dicha estrategia incrementa la ocurrencia de la ingesta emocional y se ha documentado su asociación con un aumento en el peso debido a que reducen su capacidad para responder a señales fisiológicas relacionadas con el hambre y la respuesta de saciedad (Christensen, 2019; Farrow et al., 2015).

Bajo los principios generales del aprendizaje, puede entenderse que la conducta de alimentar frente a estados emocionales displacenteros resulta reforzante tanto para padres como para hijos/as, y si esta conducta se repite cotidianamente, es probable que estos no identifiquen esta conducta como relevante o problemática (Herle et. al, 2018). Por otro lado, aunque la alimentación emocional puede usarse como un medio para regular el afecto en los preadolescentes, esto se vuelve problemático cuando los padres lo usan a expensas de enseñar o modelar estrategias más adaptativas. Con el tiempo, esto puede resultar en una disminución de la flexibilidad de la regulación de las emociones ya que los individuos comienzan a depender de la comida para controlar el

afecto, excluyendo otras estrategias. Tal inflexibilidad los limita a regular efectivamente las emociones de acuerdo con las diferentes demandas contextuales de la vida (Christensen, 2019; Vandewalle et al., 2016). También se ha señalado que ofrecer comida para calmar las emociones de otra persona podría tener por objetivo, no solo regular las emociones del receptor, sino también las emociones del proveedor en lo que se ha denominado *regulación empática de la emoción*, siendo la empatía la que desencadena la motivación de los padres para utilizar la alimentación para regular las emociones de sus hijos/as (Power et al., 2020; Steinsbekk et al., 2018).

En estudios anteriores, los padres de hijos/as con obesidad reportaron mayores niveles de ingesta emocional en comparación con los de peso normal (Croker et al., 2011; Santos et al., 2011; Webber et al., 2009). Dicho resultado se replicó en el presente estudio, pues se observaron diferencias significativas entre los grupos de acuerdo con el IMC. Acorde con lo anterior, los estudios que han empleado el CEBQ como medición parental de la ingesta por emociones, han mostrado resultados consistentes, lo cual añade validez externa al hallazgo de que existe mayor ingesta emocional con sobrepeso y obesidad (Jalo et al., 2019). Sin embargo, los estudios que no reportan una asociación entre dichas variables (Braet et al., 2008; Jalo et al., 2019; van Strien y Oosterveld, 2008) emplearon medidas de autoinforme, donde el IMC no tuvo ninguna relación con la ingesta emocional y tal conducta mostró una presencia muy baja en participantes entre los siete y los 12 años (Silva et al., 2013). Tales resultados también se replicaron en la presente investigación. Adicionalmente, no se mostraron diferencias por sexo, hallazgo que también reportaron los autores de las investigaciones citadas.

No obstante, los hallazgos del presente estudio difieren con los reportados por Braet et al. (2007), al no encontrarse ninguna relación sobre la percepción de la ingesta emocional

reportada por padres y por los propios preadolescentes. Lo anterior puede deberse a que Braet y colaboradores emplearon la misma escala de alimentación emocional para ambos grupos. Se sugiere que estudios posteriores utilicen el mismo instrumento, con las adaptaciones necesarias, para la evaluación de este constructo en ambos informantes. Finalmente, si bien no se encontraron diferencias entre los grupos de obesidad y sobrepeso, esto concuerda con una investigación previa en población mexicana que ha indagado acerca de la relación entre diferentes problemas afectivos y la obesidad infantil (Contreras-Valdez et al., 2016), de hecho, algunos estudios suelen agrupar al sobrepeso y la obesidad en una sola categoría (Allen et al., 2006; Cebolla et al., 2011).

La principal fortaleza de este estudio es haber considerado, tanto el informe parental como la propia percepción de los participantes, ya que la mayoría de las investigaciones en el área de la desregulación emocional y la ingesta emocional han reportado sólo las medidas de un informante. Obtener ambas visiones del comportamiento incrementa la validez de la información y permite entender la divergencia de resultados de estudios anteriores.

La presente investigación consideró de suma importancia indagar acerca de desregulación emocional y su interacción con el IMC. Si bien otras investigaciones han arrojado evidencia importante sobre la relación del sobrepeso y la obesidad con diferentes aspectos psicológicos (como la insatisfacción corporal, la autoestima, la depresión o la ansiedad) en preadolescentes (Cebolla et al., 2011; Contreras-Valdez et al., 2016; García, 2018; González-Toche et al., 2017), este estudio incluyó la desregulación emocional debido a su papel como factor transdiagnóstico que subyace a múltiples tipos de psicopatología, incluyendo los trastornos alimentarios (Monell et al., 2018; Ruscitti et al., 2016). Esta aportación se considera, asimismo, una fortaleza teórica del estudio.

Por otra parte, es necesario considerar los resultados de esta investigación a la luz de sus limitaciones. En primer lugar, el uso exclusivo de instrumentos de autorreporte, ya que, aunque se trate de medidas válidas y confiables para la población de estudio (Bell, 2007), no se encuentran exentos de sesgos. De acuerdo con algunos autores, las encuestas a partir de los siete años, los menores pueden informar adecuadamente sobre su propia conducta, aunque también son sensibles a los contextos sociales y pueden estar sujetos a las influencias de las condiciones de evaluación, así como la tendencia a tratar de complacer al entrevistador o a otras personas (Bell, 2007; Rodríguez, 2017). Por su parte, aunque se atendieron con detalle las recomendaciones necesarias para informar el propósito y los alcances de la investigación, los padres o cuidadores también pudieron responder bajo el sesgo de deseabilidad social. Por ende, se propone que futuras investigaciones utilicen no solo métodos de autoinforme, sino que incluyan paradigmas experimentales, registros conductuales u observaciones directas para fortalecer la medición.

Una segunda limitación, es que los padres y cuidadores respondieron los cuestionarios en sus hogares. Es recomendable que, para incrementar el control del estudio, las mediciones ocurran en presencia de los investigadores. Si bien, no se logró realizar este procedimiento al respetar los lineamientos de las escuelas que permitieron el acceso a la población de estudio, trabajos futuros deberán tomar en consideración la dificultad de obtener la colaboración presencial de los padres. Como alternativa a esta dificultad, se propone el uso de herramientas tecnológicas, como los cuestionarios en línea, toda vez que se cuente con protocolos de investigación estandarizados que permitan realizar una adecuada evaluación a distancia.

Una limitante más, consiste en el traslape teórico que existe entre la desregulación emocional y la ingesta emocional (Blissett et al., 2010; Evers et al., 2010; Gianini et al., 2013; Görlach et al., 2016; van Strien, 2018), pues se observó que dentro de las investigaciones que señalan la asociación de estos constructos, se explica que la ingesta emocional es, en sí misma, un grupo de indicadores conductuales que reflejan desregulación emocional. Si bien en este estudio no se examinaron los constructos de forma indiscriminada, sino que se usaron instrumentos válidos y confiables para medir cada uno de ellos, es importante tener claro el origen teórico de ambos. La ingesta emocional comenzó a estudiarse dentro del paradigma psicodinámico (Kaplan y Kaplan, 1957), mientras que la desregulación emocional se inserta en teorías más recientes de la psicopatología del desarrollo (Barlow et al., 2018; Beauchaine y Cicchetti, 2019; Gross y Jazaieri, 2014). La distinción categorial entre los constructos debe ser tomada con precaución, bajo el entendimiento de que la desregulación emocional se manifiesta de diversas formas y las dificultades afectivas que se reflejan dentro del contexto alimentario pueden constituir una de ellas.

Por otro lado, se debe atender la limitante de las características sociales de la población y la naturaleza transversal del estudio presente, pues no es adecuado generalizar los resultados obtenidos a la población de preadolescentes mexicanos. Atendiendo a la realidad en México, el fenómeno de la obesidad varía dependiendo de diversos factores, como el grupo social estudiado, las diferencias regionales y las socioeconómicas (Buenrostro et al., 2019). De no ser posible la realización de muestreos aleatorios, se sugiere que estudios posteriores incrementen el tamaño y la diversidad de la muestra.

En conclusión, la desregulación emocional no se relaciona con el sobrepeso ni con la obesidad debido a que esta enfermedad es un fenómeno complejo que no puede ser explicado por una sola variable y, en el terreno psicológico, existen otros factores de riesgo que sí se asocian con el IMC como la insatisfacción corporal (Contreras-Valdez et al., 2016; Latzer y Stein, 2013). Sin embargo, cuando se focaliza particularmente una manifestación de la desregulación emocional relacionada con el comportamiento alimentario, es decir la conducta de ingesta emocional, se observa que ésta tiene una asociación con el sobrepeso y la obesidad de los preadolescentes.

Los resultados de esta investigación resultan relevantes al proveer información que se obtuvo por medio del propio reporte de los participantes y de los padres o cuidadores. Siendo estos últimos quienes podrían identificar con mayor claridad la relación entre la conducta de ingesta y las dificultades en la regulación emocional de sus hijos/as. Como se ha señalado, el ambiente familiar es crítico en el desarrollo del comportamiento alimentario de los menores ya que éstos tienden a imitar modelos. Los padres pueden crear entornos que fomenten el desarrollo de conductas alimentarias saludables y el mantenimiento del peso adecuado o pueden promover el sobrepeso o la obesidad (Freitas et al., 2018). Asimismo, este estudio cobra relevancia en el contexto de la investigación sobre obesidad, el cual no es un problema mínimo. Sus repercusiones se evidencian en la actual emergencia sanitaria provocada por la enfermedad COVID-19, donde las personas con obesidad, especialmente adultos jóvenes, tienen un pronóstico desfavorable de la misma, aumentando su severidad y presentando un alto índice de mortalidad (Simonnet et al., 2020).

Dado el importante papel del contexto familiar en el desarrollo de la autorregulación de las emociones y la ingesta alimentaria, identificar a los padres o cuidadores que usan los

alimentos para aliviar el malestar emocional y proporcionar psicoeducación e instrucción sobre estrategias alternativas de regulación emocional, puede ser una ruta para la prevención y la intervención, no solo de la obesidad, sino para otras patologías alimentarias. Dicha educación puede abordar simultáneamente los procesos afectivos que llevan a los padres o cuidadores a participar en la alimentación emocional (por ejemplo, ansiedad por la angustia de su hijo/a), así como proporcionar estrategias alternativas y más adaptativas de regulación de las emociones para emplear con ellos. Al hacerlo, es posible reducir el riesgo de que entren en un patrón desadaptativo de alimentación emocional que conduzca a un posterior desarrollo de patologías alimentarias en la adolescencia y la edad adulta.

REFERENCIAS

- Aguilar, M. J., Sánchez, A. M., Mur, N. M., García, I., & Guisado, R. (2013). Síndrome de apneas-hipoapneas del sueño y factores de riesgo en el niño y el adolescente; Revisión sistemática. *Nutricion Hospitalaria*, 28(6), 1781–1791.
<https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.6.6939>
- Albataineh, S. R., Badran, E. F., & Tayyem, R. F. (2019). Overweight and obesity in childhood: Dietary, biochemical, inflammatory and lifestyle risk factors. *Obesity Medicine*, 15, 100-112. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2019.100112>
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A. & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28(4), 927–946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Blair, E. M. & Davis, E. A. (2006). Why do some overweight children experience psychological problems? the role of weight and shape concern. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(4), 239–247.
<https://doi.org/10.1080/17477160600913552>
- Álvarez, J., Escribano, P. & Trifu, D. (2016). Tratamiento de la obesidad. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(23), 1324–1336.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2016.12.002>
- American Psychological Association [APA]. (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1–20.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1060>
- Amigo, I., Busto, R., & Fernández, C. (2007). La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. *Endocrinología y Nutrición*, 54(10), 530–534.
[https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(07\)71500-0](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(07)71500-0)

- Aparicio, E., Canals, J., Arija, V., De Henauw, S. & Michels, N. (2016). The role of emotion regulation in childhood obesity: Implications for prevention and treatment. *Nutrition Research Reviews*, 29(1), 17–29. <https://doi.org/10.1017/S0954422415000153>
- Apovian, C. M. (2016b). Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. *The American Journal of Managed Care*, 22(7), s176–s185. <https://www.ajmc.com/journals/supplement/2016/impact-obesity-interventions-managed-care/obesity-definition-comorbidities-causes-burden?p=3>
- Arrizabalaga, J., Calañas-Contiente, A., Vidal, J., Masmiquel, L., Díaz-Fernández, M., García-Luna, P., Monereo, S., Moreiro, J., Moreno, B., Ricart, W., & Cordido, F. (2003). Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Sobrepeso y la Obesidad en Personas Adultas. *Endocrinología y Nutrición*. (Ed. Impr.), 1–39. https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Guia_obesidad_SEEN_Endocrinologia_2003.pdf
- Arnow, 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. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199507\)18:1<79::AIDEAT2260180109>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199507)18:1<79::AIDEAT2260180109>3.0.CO;2-V)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray-Latin, H., Ellard, K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol form Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* [Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales] (2nd ed.). Oxford University Press.

- Beauchaine, T. P. & Cicchetti, D. (2019). Emotion dysregulation and emerging psychopathology: A transdiagnostic, transdisciplinary perspective. *Development and Psychopathology*, 31(3), 799–804.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000671>
- Bell, A. (2007). Designing and testing questionnaires for children. *Journal of Research in Nursing*, 12(5), 461–469. <https://doi.org/10.1177/1744987107079616>
- Blissett, J., Haycraft, E. & Farrow, C. (2010). Inducing preschool children's emotional eating: Relations with parental feeding practices. *American Journal of Clinical Nutrition*, 92(2), 359–365. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29375>
- Bradley, B., DeFife, J. A., Guarnaccia, C., Phifer, J., Fani, N., Ressler, K. J., & Westen, D. (2011). Emotion Dysregulation and Negative Affect. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(05), 685–691. <https://doi.org/10.4088/jcp.10m06409blu>
- 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.
<https://doi.org/10.1177/1359105308093850>
- Braet, C., Soetens, B., Moens, E., Mels, S., Goossens, L. & Van Vlierberghe, L. (2007). Are two informants better than one? Parent–child agreement on the eating styles of children who are overweight. *European Eating Disorders Review*, 15(6), 410–417.
<https://doi.org/10.1002/erv.798>
- Brara, S. M., Koebnick, C., Porter, A. H. & Langer-Gould, A. (2012). Pediatric Idiopathic Intracranial Hypertension and Extreme Childhood Obesity. *The Journal of Pediatrics*, 161(4), 602–607. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.03.047>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. & Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565–571.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>

- Buenrostro, N., White, M., & Barquera, S. (2019). *Sistema de Actualización Médica en Obesidad*. Intersistemas Editores.
<https://www.researchgate.net/publication/333853584> Obesidad Panorama epidemiológico transición nutricional y políticas para su control y prevención
- Calderón, M. (2014). *Validación del Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil CEBQ (Child Eating Behaviour Questionnaire)* [Tesis de Especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Calkins, S. D. & Perry, N. B. (2016). The Development of Emotion Regulation: Implications for Child Adjustment [El Desarrollo de la Regulación Emocional: Implicaciones para el Ajuste de los Niños]. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology* (4ta ed., pp. 1–56). John Wiley & Sons, Inc.
<https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy306>
- Casagrande, M., Boncompagni, I., Forte, G., Guarino, A. & Favieri, F. (2019). Emotion and overeating behavior: effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* [publicación online]. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>
- Cebolla, A., Baños, R. M., Botella, C., Lurbe, E., & Torró, M. I. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 125.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10356>
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1143–1156.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
- Christensen, K. A. (2019). Emotional feeding as interpersonal emotion regulation: A developmental risk factor for binge-eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 515–519. <https://doi.org/10.1002/eat.23044>
- Ciangura, C., Czernichow, S. & Oppert, J.M. (2010). Obesidad. *EMC - Tratado de Medicina*, 14(1), 1–9. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(10\)70517-1](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(10)70517-1)

- Cole, P. M., Hall, S. & Hajal, N. (2013). Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology [La desregulación emocional como un factor de riesgo para la psicopatología]. En T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and Adolescent Psychopathology* (2da ed., pp. 341–373). John Wiley & Sons Inc.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E. & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991.
<https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L. & Freyre, M. Á. (2016). Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in girls with obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.04.001>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L. & Freyre, M. Á. (2018). Validez de constructo de la versión corta de la Escala de Desregulación Emocional para niños y adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 19–31.
<https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi16-1.vcvv>
- Cornette, R. E. (2011). The Emotional Impact of Obesity on Children [El impacto emocional de la obesidad en los niños]. En D. Bagchi (Ed.), *Global Perspectives on Childhood Obesity* (1ra ed., pp. 257–264). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374995-6.10024-6>
- Crocker, H., Cooke, L. & Wardle, J. (2011). Appetitive behaviours of children attending obesity treatment. *Appetite*, 57(2), 525–529.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.320>
- D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M. & Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 807–825.
<https://doi.org/10.1007/s11126-017-9499-6>
- Davidson, K. & Birch, L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*, 2(3), 159–171.

<https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x>

Dagnino, J. S. (2014). Correlación. *Revista Chilena de Anestesia*, 43(2), 150–153.

<https://doi.org/10.25237/revchilanestv43n02.15>

Debeuf, T., Verbeken, S., Boelens, E., Volkaert, B., Van Malderen, E., Michels, N. & Braet, C. (2020). Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: Protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 1–17.

<https://doi.org/10.1186/s13063-019-4020-1>

de Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(9), 660–667.

<https://doi.org/10.2471/blt.07.043497>

DeSteno, D., Gross, J. J. & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology*, 32(5), 474–486.

<https://doi.org/10.1037/a0030259>

Devonport, T. J., Nicholls, W. & Fullerton, C. (2019). A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 3–24.

<https://doi.org/10.1177/1359105317697813>

Eisenberg, N., Hernández, M. & Spinrad, T. (2017). The Relation of Self-Regulation to Children's Externalizing and Internalizing Problems [La relación de la autoregulación de los niños y los problemas externalizados e internalizados] . En C. Essau, S. Leblanc & T. Ollendick (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology in children and Psychopathology* (1ra ed., pp. 18–42). Oxford University Press.

Epel, E., Prather, A., Puterman, E. & Tomiyama, J. (2016). Eat, Drink, and be Sedentary. A review of health Behaviors' effects on emotions and affective States, and Implications for Interventions. [Comer, Beber y ser Sedentario. Una revisión de los efectos de las conductas saludables en los estados afectivos y sus implicaciones

para las intervenciones]. En L. F. Barrett, M. Lewis & J. Haviland-Jones M. (Eds.), *Handbook of Emotions* (4ta ed., pp. 685–706). The Guilford Press.

Essau, C. A., LeBlanc, S. S. & Ollendick, T. H. (Eds.). (2017). *Emotion Regulation and Psychopathology in Children and Adolescents* [Regulación Emocional y Psicopatología en Niños y Adolescentes] (Vol. 1). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198765844.001.0001>

Evers, C., Stok, F. & de Ridder, D. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792–804. <https://doi.org/10.1177/0146167210371383>

Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

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. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.103713>

Fernandes, J., Ferreira-Santos, F., Miller, K. & Torres, S. (2018). Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(1), 111–120. <https://doi.org/10.1111/obr.12607>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2016). *El doble reto de la malnutrición y la obesidad*. <https://www.unicef.org/mexico/salud-y-nutrición>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2019). *#RemontemosElMarcador a Favor de la Infancia*.
<https://www.unicef.org/mexico/remontemoselmarcador-favor-de-la-infancia#:~:text=La%20infancia%20y%20la%20adolescencia%20deben%20ser%20una%20prioridad%20nacional&text=A%20pesar%20del%20progreso%20que,condiciones%20de%20desigualdad%20y%20vulnerabilidad.>

- Frayn, M. & Knäuper, B. (2018). Emotional Eating and Weight in Adults: a Review. *Current Psychology*, 37(4), 924–933. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9577-9>
- Freitas, A., Albuquerque, G., Silva, C. & Oliveira, A. (2018). Appetite-Related Eating Behaviours: An Overview of Assessment Methods, Determinants and Effects on Children's Weight. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 73(1), 19–29. <https://doi.org/10.1159/000489824>
- Frelut, M. L. (2009). Obesidad del niño y el adolescente. *EMC - Pediatría*, 44(4), 1–15. [https://doi.org/10.1016/S1245-1789\(09\)70187-8](https://doi.org/10.1016/S1245-1789(09)70187-8)
- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimera, G., Sánchez-Carracedo, D. & Corbalán-Tutau, M. D. (2012). Validación de un cuestionario de comedores emocionales para uso en casos de obesidad; cuestionario de comedor emocional (CCE). *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 645–651. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5659>
- García, K. (2018). Influencia de los factores psicológicos y familiares en el mantenimiento de la obesidad infantil. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 9(2), 221–237. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.503>
- Garza, X., Navarro, G., González-Torres, M. & Zacarías-Salinas, X. (2018). Validación psicométrica del Instrumento por Viñetas para Evaluar Riesgo de Ingesta Emocional en niños. *Revista de Educación y Desarrollo*, 47(9), 91-100. http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/47/47_Garza.pdf
- Ghosh, N., Das, A. & Sen, C. K. (2019). Childhood Obesity: Factors, Consequences and Intervention [Obesidad infantil: Causas, consecuencias y tratamiento]. En D. Bagchi (Ed.), *Global Perspectives on Childhood Obesity* (2da ed., pp. 271-276). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-812840-4.00021-9>
- Gianini, L. M., White, M. A. & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309–313. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>

- Gibson, E. L. (2012). The psychobiology of comfort eating: Implications for neuropharmacological interventions. *Behavioural Pharmacology*, 23(5–6), 442–460. <https://doi.org/10.1097/FBP.0b013e328357bd4e>
- Gibson, L. Y. (2011). An Overview of Psychosocial Symptoms in Obese Children [Panorama de los síntomas psicosociales en niños con obesidad]. En D. Bagchi (Ed.), *Global Perspectives on Childhood Obesity* (1ra ed., pp. 233–244). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374995-6.10022-2>
- Gómez, O. & Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, 8(1), 96–117. <http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/articloe/view/215/128>
- Gonçalves, S. F., Chaplin, T. M., Turpyn, C. C., Niehaus, C. E., Curby, T. W., Sinha, R., & Ansell, E. B. (2019). Difficulties in Emotion Regulation Predict Depressive Symptom Trajectory from Early to Middle Adolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, 50(4), 618–630. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00867-8>
- González-Toche, J., Gómez-García, A., Gómez-Alonso, C., Álvarez-Paredes, M. A., & Álvarez-Aguilar, C. (2017). Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán. *Atención Familiar*, 24(1), 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.12.001>
- González-Torres, M. L., Esqueda Sifuentes, C. N. & Vacio Muro, M. D. los Á. (2018). Prácticas alimentarias parentales y su relación con la conducta alimentaria infantil: Problemas para la explicación. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(1), 129–142. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.450>
- Görlach, M. G., Kohlmann, S., Shedden-Mora, M., Rief, W. & Westermann, S. (2016). Expressive Suppression of Emotions and Overeating in Individuals with Overweight and Obesity. *European Eating Disorders Review*, 24(5), 377–382. <https://doi.org/10.1002/erv.2452>

- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Graziano, P. A., Calkins, S. D. & Keane, S. P. (2010). Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity. *International Journal of Obesity*, 34(4), 633–641.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2009.288>
- Gross, J.J (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291. <https://doi.org/10.1002/9780470177334.ch3>
- Gross, J. J. & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401.
<https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Gross, J. J. & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations [Regulación emocional: Fundamentos conceptuales]. En J. J. Gross (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (1ra ed., pp 3-24). The Guilford Press
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291. <https://doi.org/10.1002/9780470177334.ch3>
- Gross, J. J. (2014). *Handbook of emotion regulation* [Manual de regulación emocional] (2da ed.). The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, Applications, and Future Directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130–137.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Guglielmi, V. & Sbraccia, P. (2018). Obesity phenotypes: depot-differences in adipose tissue and their clinical implications. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 3–14. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0467-9>

- Guijarro de Armas, M. G., Monereo, S., Navea, C., Merino, M. & Vega, M. B. (2015). Hígado graso no alcohólico en pacientes con sobrepeso y obesidad infantojuvenil. *Medicina Clínica*, 144(2), 55–58. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.02.018>
- Hall, K., Simpson, A., O'Donnell, R., Sloan, E., Staiger, P. K., Morton, J., Ryan, D., Nunn, B., Best, D. & Lubman, D. I. (2018). Emotional dysregulation as a target in the treatment of co-existing substance use and borderline personality disorders: A pilot study. *Clinical Psychologist*, 22(2), 112–125. <https://doi.org/10.1111/cp.12162>
- Harrist, A., Hubbs-Tait, L., Topham, G., Shriver, L. & Page, M. (2013). Emotion Regulation is Related to Children's Emotional and External Eating. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(8), 557–565. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182a5095f>
- Herle, M., Fildes, A., Rijdsdijk, F., Steinsbekk, S. & Llewellyn, C. (2018). The Home Environment Shapes Emotional Eating. *Child Development*, 89(4), 1423–1434. <https://doi.org/10.1111/cdev.12799>
- Hernán, J., Rosales, R., Edith, K. & Alcántara, G. (2015). Efecto de la interacción entre el sexo y el peso sobre el comer emocional en adolescentes. *Psicología y Salud*, 26(1), 63–68. <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/1899/3473>
- Hernández-Guzmán, L., Contreras-Valdez, J. A. & Freyre, M.-Á. (2019). ¿Categorías o dimensiones? Hacia un tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(2), [avance en línea]. <https://drive.google.com/file/d/1JI53ZO0EP-skUJUVtgp--VuXgP46zYIq/view>
- Hughes, S. O., Power, T. G., O'Connor, T. M. & Fisher, J. O. (2015). Executive functioning, emotion regulation, eating self-regulation, and weight status in low-income preschool children: How do they relate? *Appetite*, 89(Junio), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.01.009>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT MC 2016]*.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. Presentación de resultados.*

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Isasi, C., Ostrovsky, N. & Wills, T. (2013). The association of emotion regulation with lifestyle behaviors in inner-city adolescents. *Eating Behaviors*, 14(4), 518–521.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.07.009>

Jalo, E., Konttinen, H., Vepsäläinen, H., Chaput, J. P., Hu, G., Maher, C., Maia, J., Sarmiento, O. L., Standage, M., Tudor-Locke, C., Katzmarzyk, P. T. & Fogelholm, M. (2019). Emotional eating, health behaviours, and obesity in children: A 12-country cross-sectional study. *Nutrients*, 11(2), 1–17.

<https://doi.org/10.3390/nu11020351>

Jáuregui-Lobera, I. & Montes-Martínez, M. (2020). Emotional Eating and Obesity [Comer emocional y Obesidad]. En [s.d], *Psychosomatic Medicine* [en línea] (pp. 116–124). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.91734>

Kaplan, H. I. & Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 125(2), 181–201.

<https://doi.org/10.1097/00005053-195704000-00004>

Kassir, R. (2020). Risk of COVID-19 for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 21(6), 10–11. <https://doi.org/10.1111/obr.13034>

Kaufner-Horwitz, M. & Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 65(6), 502–518. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600009

Kelly, N. R., Tanofsky-Kraff, M., Vannucci, A., Altschul, A. M., Ranzenhofer, L. M., Schvey, N. A., Shank, L. M., Brady, S. M., Galescu, O., Kozlosky, M., Yanovski, S. Z. &

- Yanovski, J. A. (2016). Emotion dysregulation and loss-of-control eating in children and adolescents. *Health Psychology, 35*(10), 1110–1119.
<https://doi.org/10.1037/hea0000389>
- Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms, and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite, 54*(3), 473–479.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.014>
- Kumar, S. & Kelly, A. (2017). Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings, 92*(2), 251–265. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.09.017>
- Lim, C. S., Espil, F. M., Viana, A. G. & Janicke, D. M. (2015). Associations between anxiety symptoms and child and family factors in pediatric obesity. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 36*(9), 664–672.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000225>
- Latzer, Y. & Stein, D. (2013). A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders, 1*(1), 7.
<https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-7>
- Levitan, R. D. & Davis, C. (2010). Emotions and eating behaviour: Implications for the current obesity epidemic. *University of Toronto Quarterly, 79*(2), 783–799.
<https://doi.org/10.3138/utq.79.2.783>
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente : un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 29*(3), 357–361. <https://doi.org/10.1590/S1726-46342012000300010>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite, 50*(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>

- Macht, M. & Simons, G. (2011). Emotional Eating [Comer emocional]. En I. Nyklíček, A. Vingerhoets & M. Zeelenberg (Eds.), *Emotion Regulation and Well-Being* (1ra ed., pp. 281–295). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6953-8_17
- Martos-Moreno, G. A. & Argente, J. (2011). Obesidades pediátricas: de la lactancia a la adolescencia. *Anales de Pediatría*, 75(1), 63.e1-63.e23. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.03.018>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544–554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- Miller, A. L., Gearhardt, A. N., Fredericks, E. M., Katz, B., Shapiro, L. F., Holden, K., Kaciroti, N., Gonzalez, R., Hunter, C. & Lumeng, J. C. (2018). Targeting self-regulation to promote health behaviors in children. *Behaviour Research and Therapy*, 101, 71–81. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.09.008>
- Monell, E., Clinton, D. & Birgegård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 921–930. <https://doi.org/10.1002/eat.22925>
- Monereo, S., Iglesias, P., & Guijarro, G. (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad: tratamientos y calidad de vida* (1ra ed.). Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2012_prevenccion_obesidad.pdf
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L. & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832–839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>

- Nguyen-Michel, S. T., Unger, J. B. & Spruijt-Metz, D. (2007). Dietary correlates of emotional eating in adolescence. *Appetite*, 49(2), 494–499.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.03.005>
- Nieman, P., & LeBlanc, C. (2012). Psychosocial aspects of child and adolescent obesity. *Pediatrics & Child Health*, 17(4), 205–206. <https://doi.org/10.1093/pch/17.4.205>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (octubre, 2017). 10 datos sobre la obesidad [Reportaje]. <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020a). *Temas de salud*. Obesidad.
<https://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (abril, 2020b). *Obesidad* [Nota descriptiva].
<https://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico [OCDE]. (2017). *Obesity Update 2017* [Actualización en Obesidad 2017].
<https://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- Orihuela, C. A., Mrug, S. & Boggiano, M. M. (2017). Reciprocal relationships between emotion regulation and motives for eating palatable foods in African American adolescents. *Appetite*, 117(Julio), 303–309.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.07.008>
- Ortega, E. G. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Medica Herediana*, 29(2), 111–115. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>
- Ortega-Cortés, R. (2014). Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 52(1), S8–S11.
<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745485003.pdf>
- Pace, U., Aiello, F. & Zappulla, C. (2019). Childhood Obesity: The Relationship Between Negative Emotionality, Emotion Regulation, and Parenting Styles. *Journal of Child*

and Family Studies, 28(8), 2272–2279. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01443-3>

- Percinel, I., Ozbaran, B., Kose, S., Simsek, D. G. & Darcan, S. (2018). Increased deficits in emotion recognition and regulation in children and adolescents with exogenous obesity. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(2), 112–118. <https://doi.org/10.1080/15622975.2016.1265147>
- Pérez, A. & Cruz, M. (2018). Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 463–469. <https://doi.org/10.20960/nh.2116>
- Petrakis, D., Margină, D., Tsarouhas, K., Tekos, F., Stan, M., Nikitovic, D., Kouretas, D., Spandidos, D., & Tsatsakis, A. (2020). Obesity-a risk factor for increased COVID-19 prevalence, severity and lethality (Review). *Molecular Medicine Reports*, 22(1), 9–19. <https://doi.org/10.3892/mmr.2020.11127>
- Pink, A. E., Lee, M., Price, M. & Williams, C. (2019). A serial mediation model of the relationship between alexithymia and BMI: The role of negative affect, negative urgency and emotional eating. *Appetite*, 133(Noviembre) 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.11.014>
- Pont, S., Puhl, R., Cook, S. & Slusser, W. (2017). Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 140(6). <https://doi.org/e20173034>
- Power, T. G., Hidalgo-Mendez, J., Fisher, J. O., O'Connor, T. M., Micheli, N. & Hughes, S. O. (2020). Obesity risk in Hispanic children: Bidirectional associations between child eating behavior and child weight status over time. *Eating Behaviors*, 36(Julio), 101366. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101366>
- Power, T. G., Olivera, Y. A., Hill, R. A., Beck, A. D., Hopwood, V., Garcia, K. S., Ramos, G. G., Fisher, J. O., O'Connor, T. M., & Hughes, S. O. (2016). Emotion regulation strategies and childhood obesity in high risk preschoolers. *Appetite*, 107(1), 623–627. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.008>
- Puder, J. J. & Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity.

International Journal of Obesity, 34(S2), S37–S43.

<https://doi.org/10.1038/ijo.2010.238>

Pulgarón, E. R. (2013). Childhood Obesity: A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Comorbidities. *Clinical Therapeutics*, 35(1), A18–A32.

<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2012.12.014>

Racine, S. E. & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 55–58.

<https://doi.org/10.1002/eat.22364>

Raimann, X. (2011). Obesidad y sus complicaciones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 20–26.

[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70389-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70389-3)

Ramírez, A. & García-Méndez, M. (2017). Construcción de una escala de alimentación emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*,

3(45), 85–95. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.07>

Rankin, J., Matthews, L., Cobley, S., Han, A., Sanders, R., Wiltshire, H. D. & Baker, J. S. (2016). Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 125–146.

<https://doi.org/10.2147/AHMT.S101631>

Reyes, M. A. & Tena, E. A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. El Manual Moderno.

Rivera, J. Á., Colchero, M. A., Fuentes, M. L., González de Cosío, T., Aguilar, C., Hernández, G. & Barquera, S. (2018). *La Obesidad En Mexico. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Rodríguez, I. (2017). La participación de la población infantil en el ámbito de los métodos cuantitativos de investigación. *Sociedad e Infancias*, 1(s.d.), 283–298.

<https://doi.org/10.5209/SOCI.55895>

- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N. & Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(3), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0037-1>
- Russell, C. G. & Russell, A. (2019). A biopsychosocial approach to processes and pathways in the development of overweight and obesity in childhood: Insights from developmental theory and research. *Obesity Reviews*, 20(5), 725–749. <https://doi.org/10.1111/obr.12838>
- Sabatier, C., Restrepo, D., Moreno, M., Hoyos De Los Ríos, O. & Palacio, J. (2017). Emotion regulation in children and adolescents. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 1–24. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/8904/9778>
- Sagar, R. & Gupta, T. (2018). Psychological Aspects of Obesity in Children and Adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*, 85(7), 554–559. <https://doi.org/10.1007/s12098-017-2539-2>
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A., Sufi, N. Y., Kumar, R. & Bhadoria, A. (2015). Childhood obesity: Causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628>
- Sandín, B., Chorot, P. & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185–203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Santos, J. L., Ho-Urriola, J. A., González, A., Smalley, S. V., Domínguez-Vásquez, P., Cataldo, R., Obregán, A. M., Amador, P., Weisstaub, G. & Hodgson, M. I. (2011). Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutrition Journal*, 10(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-10-108>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H. & Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 35–51. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_179

Schneider, R. L., Arch, J. J., Landy, L. N. & Hankin, B. L. (2018). The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(6), 978–991.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1157757>

Secretaría de Educación Pública [SEPMX] (2019). *Estructura y características de la educación básica*. <https://www.planprogramasdestudio.sep.gob.mx/index-edubasica-estructura.html>

Sheppes, G., Suri, G. & Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 379–405.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>

Silva, J. R., Capurro, G., Saumann, M. P. & Slachevsky, A. (2013). Problematic eating behaviors and nutritional status in 7 to 12 year old Chilean children. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 32–39.

[https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70005-X](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70005-X)

Simonnet, A., Chetboun, M., Poissy, J., Raverdy, V., Noulette, J., Duhamel, A., Labreuche, J., Mathieu, D., Pattou, F., Jourdain, M., Caizzo, R., Caplan, M., Cousin, N., Duburcq, T., Durand, A., El kalioubie, A., Favory, R., Garcia, B., Girardie, P., ... Verkindt, H. (2020). High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. *Obesity*, 0–1. <https://doi.org/10.1002/oby.22831>

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H. & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review.

Clinical Psychology Review, 57(Octubre), 141–163.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.

Speiser, P. W., Rudolf, M. C. J., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., Freemark, M., Gruters, A., HersHKovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y.,

- Lustig, R. H., Pescovitz, O. H., Pinhas-Hamiel, O., Rogol, A. D., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., ... Hochberg, Z. (2005). Childhood Obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(3), 1871–1887. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-1389>
- Steinsbekk, S., Barker, E. D., Llewellyn, C., Fildes, A. & Wichstrøm, L. (2018). Emotional Feeding and Emotional Eating: Reciprocal Processes and the Influence of Negative Affectivity. *Child Development*, 89(4), 1234–1246. <https://doi.org/10.1111/cdev.12756>
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N. & Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 657–666. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.006>
- Stifter, C. & Augustine, M. (2019). Emotion Regulation [Regulación Emocional]. En V. LoBue, K. Pérez-Edgar & K. A. Buss (Eds.), *Handbook of Emotional Development* (1ra ed., pp. 405–430). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-17332-6>
- Sutaria, S., Devakumar, D., Yasuda, S. S., Das, S. & Saxena, S. (2019). Is obesity associated with depression in children? Systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 104(1), 64–74. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-314608>
- Tang-Péronard, J. L., & Heitmann, B. L. (2008). Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obesity Reviews*, 9(6), 522–534. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00509.x>
- Taylor, E. D. (2006). Orthopedic Complications of Overweight in Children and Adolescents. *PEDIATRICS*, 117(6), 2167–2174. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1832>
- Thompson, R. A. (2014). Socialization of Emotion and Emotion Regulation in the Family [Socialización de la Emoción y la Regulación Emocional en la Familia]. En J. J.

- Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2da ed., pp. 173–186). The Guilford Press.
- Thompson-Brenner, H., Boswell, J. F., Espel-Huynh, H., Brooks, G. & Lowe, M. R. (2019). Implementation of transdiagnostic treatment for emotional disorders in residential eating disorder programs: A preliminary pre-post evaluation. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1045–1061. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1446563>
- Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., Richards, L. K., Pratt, E. M. & Barlow, D. H. (2016). Focused vs. Broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 36–49. <https://doi.org/10.1002/eat.22468>
- Titelius, E. N., Cook, E., Spas, J., Orchowski, L., Kivisto, K., O'Brien, K., Frazier, E., Wolff, J. C., Dickstein, D. P., Kim, K. L. & Seymour, K. E. (2018). Emotion Dysregulation Mediates the Relationship Between Child Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(3), 323–331. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1338814>
- Torres, F. (2018). Obesidad y salud pública en México : transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Revista Problemas Del Desarrollo*, 193(49), 145–169. <https://doi.org/http://probdes.iiec.unam.mx>
- Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- Uhl, K., Halpern, L. F., Tam, C., Fox, J. K. & Ryan, J. L. (2019). Relations of Emotion Regulation, Negative and Positive Affect to Anxiety and Depression in Middle Childhood. *Journal of Child and Family Studies*, 28(11), 2988–2999. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01474-w>
- van Strien, T. (2018). Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 35. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>

- 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. <https://doi.org/10.1002/eat.20424>
- van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C. & Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66(Julio), 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.016>
- van Strien, T., Gibson, E. L., Baños, R., Cebolla, A. & Winkens, L. (2019). Is comfort food actually comforting for emotional eaters? A (moderated) mediation analysis. *Physiology & Behavior*, 211(Septiembre), 112671. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.112671>
- van Strien, T., Konttinen, H. M., Ouwens, M. A., van de Laar, F. A. & Winkens, L. (2020). Mediation of emotional and external eating between dieting and food intake or BMI gain in women. *Appetite*, 145(Julio), 104493. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104493>
- van Strien, T., Roelofs, K. & De Weerth, C. (2013). Cortisol reactivity and distress-induced emotional eating. *Psychoneuroendocrinology*, 38(5), 677–684. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.08.008>
- Vandewalle, J., Moens, E., Beyers, W. & Braet, C. (2016). Can we link emotional eating with the emotion regulation skills of adolescents? *Psychology and Health*, 31(7), 857–872. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1149586>
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S. & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963–970. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00792>
- Webber, L., Hill, C., Saxton, J., Van Jaarsveld, C. & Wardle, J. (2009). Eating behaviour and weight in children. *International Journal of Obesity*, 33(1), 21–28. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.219>

- Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework [Regulación Emocional y Psicopatología: Un Marco Conceptual]. En A. Kring & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). The Guilford Press.
- Willem, C., Gandolphe, M. C., Roussel, M., Verkindt, H., Pattou, F. & Nandrino, J. L. (2019). Difficulties in emotion regulation and deficits in interoceptive awareness in moderate and severe obesity. *Eating and Weight Disorders*, 24(4), 633–644. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00738-0>
- Wing, R. R., Blair, E. H., Epstein, L. H. & McDermott, M. D. (1990). Psychological stress and glucose metabolism in obese and normal-weight subjects: a possible mechanism for differences in stress-induced eating. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 9(6), 693–700. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.9.6.693>

ANEXO A

Escala de Desregulación Emocional

Powers et al. (2015). Adaptada a población mexicana por Contreras Valdez et al. (2018)

Califica por favor el grado en el que los siguientes enunciados te describen, donde:

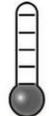
0= *Muy poco o nada*,

1 = *Un poco*,

2 = *Regular*,

3 = *Bastante*

4 = *Mucho*

Enunciado	Muy poco o nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
					
1. A menudo es difícil para mí calmarme cuando estoy molesta(o).	0	1	2	3	4
2. Cuando estoy molesta(o), me es difícil saber exactamente lo que estoy sintiendo; simplemente me siento mal.	0	1	2	3	4
3. Cuando me siento mal, me es difícil recordar algo positivo, simplemente todo me parece mal.	0	1	2	3	4
4. Mis emociones me preocupan o agobian.	0	1	2	3	4
5. Cuando estoy molesta(o), me siento solo(a) en el mundo.	0	1	2	3	4
6. Cuando estoy molesta(o), me es difícil resolver problemas.	0	1	2	3	4
7. Cuando estoy molesta(o), me es difícil recordar que soy importante para otras personas.	0	1	2	3	4
8. Cuando estoy molesta(o), siento todo como un desastre o crisis.	0	1	2	3	4
9. Cuando estoy molesta(o), me es difícil ver o recordar cualquier cosa buena de mí mismo.	0	1	2	3	4
10. Me es difícil calmarme cuando estoy molesta(o).	0	1	2	3	4
11. Cuando mis emociones están alteradas, tengo dificultad para pensar con claridad.	0	1	2	3	4
12. Cuando mis emociones son fuertes, a menudo tomo malas decisiones.	0	1	2	3	4

ANEXO B

Instrumento por Viñetas para Evaluar Riesgo de Ingesta emocional en niños

Garza et al. (2018)

Instrumento por Viñetas para Evaluar Riesgo de Ingesta Emocional en niños
(Garza, Navarro, González-Torres, y Zacarías-Salinas, 2018)

INSTRUCCIONES:

**A CONTINUACIÓN SE TE PRESENTARÁN UNA SERIE DE HISTORIAS,
DESPUÉS DE LEERLAS POR FAVOR MARCA CON UNA "X" LA
RESPUESTA CON LA QUE MÁS TE IDENTIFIQUES.**

¡MUCHAS GRACIAS POR TU AYUDA!



1

1. Un día en clase te piden realizar una actividad que no te salió bien, por eso te sientes mal. ¿En esa situación tu qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como para sentirme mejor

2. Estas jugando con un amigo(a), pero discuten por algo del juego y tu amigo(a) ya no quiere jugar contigo. Te vas muy enojado(a) de ahí. Luego ¿tu qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como para sentirme mejor

2

3. Hay un personaje que sale en las películas de terror, que te da mucho miedo. Un amigo(a) te hace una broma con ese personaje y te asustas muchísimo ¿En esa situación tu qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como para sentirme mejor

4. Un familiar que quieres mucho está muy enfermo, deseas que se ponga mejor, pero tus papás te dicen que se puede poner peor de salud e incluso fallecer, eso te pone muy triste y ya no quieres sentirte así. ¿En esa situación tu qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como para sentirme mejor

3

5. En la calle ves a unos niños peleándose, eso te preocupa mucho. ¿En esa situación tu qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como para sentirme mejor

6. Estaban jugando y por accidente se rompió tu juguete favorito, te sientes mal porque viste que ya no se podía reparar. ¿En esa situación tu qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como para sentirme mejor

4

7. En la escuela castigaron a todo el salón sin salir al recreo porque se perdió un material y nadie quiere decir quien fue, te sientes muy enojado porque te castigaron, aunque tú no fuiste. ¿En esa situación tu qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como para sentirme mejor

8. Llegas a tu casa y te das cuenta que no hay nadie, te sientes solo y con miedo porque no sabes dónde están. ¿En esa situación tu qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como para sentirme mejor

5

9. Tu mejor amigo(a) se enojó contigo y le pidió a otros amigos no hablen contigo. Te sientes triste porque nadie te quiere hablar. ¿En esa situación qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como para sentirme mejor

10. Tu equipo favorito está perdiendo en un partido muy importante, si ganan pueden ser campeones, pero si pierden quedan fuera. No saber si ganarán o perderán te da intranquilidad. ¿En esa situación qué haces?

No me dan ganas de comer

Me dan ganas de comer, pero no siempre lo hago

Como algo para sentirme mejor

6

ANEXO C

Escala de Desregulación Emocional

Powers et al. (2015). Adaptada a población mexicana por Rodríguez y Contreras-Valdez (2020).

Instrucciones. Califica por favor el grado en el que los siguientes enunciados describen a tu hija(o) donde:

0= *Muy poco o nada,*

1 = *Un poco,*

2 = *Regular,*

3 = *Bastante*

4 = *Mucho*

Enunciado	Muy poco o nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
					
1. A menudo es difícil para mi hija(o) calmarse cuando está molesta(o).	0	1	2	3	4
2. Cuando mi hija(o) se molesta, le es difícil saber exactamente lo que está sintiendo; simplemente se siente mal.	0	1	2	3	4
3. Cuando mi hija(o) se siente mal, le es difícil recordar algo positivo, simplemente todo le parece mal.	0	1	2	3	4
4. A mi hija(o) le preocupan o agobian sus emociones.	0	1	2	3	4
5. Cuando mi hija(o) está molesta(o), se siente sola(o) en el mundo.	0	1	2	3	4
6. Cuando mi hija(o) está molesta(o), le es difícil resolver sus problemas.	0	1	2	3	4
7. Cuando mi hija(o) está molesta(o), le es difícil recordar que es importante para otras personas.	0	1	2	3	4
8. Cuando mi hija(o) está molesta(o), siente todo como un desastre o crisis.	0	1	2	3	4
9. Cuando mi hija(o) está molesta(o), le es difícil ver o recordar cualquier cosa buena de ella/él mismo.	0	1	2	3	4
10. Es difícil para mi hija(o) calmarse cuando está molesta(o).	0	1	2	3	4
11. Cuando las emociones de mi hija(o) están alteradas, ella/él tiene dificultad para pensar con claridad.	0	1	2	3	4
12. Cuando las emociones de mi hija(o) son fuertes, a menudo toma malas decisiones.	0	1	2	3	4

ANEXO D

Cuestionario de la Conducta Alimentaria de los Niños

Wardle et al. (2001). Adaptado a población mexicana por Calderón (2014).

Nota: Para la presente investigación se emplearon nueve ítems para evaluar el constructo de ingesta emocional, estos aparecen subrayados y corresponden al factor original *Respuesta de saciedad/Interés por el alimento/Sobrealimentación emocional* del instrumento. El reactivo 15 (señalado con un asterisco) fue seleccionado por su pertinencia para evaluar la ingesta emocional.

A continuación, hay una lista de conductas que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marque el número que describe a su hijo (a) ahora o dentro de los últimos 2 meses.

Califique con:

1 si nunca ocurre o no se aplica su hijo (a)

2 si la conducta ocurre rara vez

3 si la conducta ocurre algunas veces

4 si la conducta es frecuente

5 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta

Por favor conteste todos los puntos.

	Nunca/ No aplica	Rara vez	Algunas veces	Frecuente	Muy cierto/ casi siempre
1. Rechaza los nuevos alimentos al principio	1	2	3	4	5
2. Disfruta probar nuevos alimentos	1	2	3	4	5
3. Disfruta de una amplia variedad de alimentos	1	2	3	4	5
4. Es difícil de complacer con las comidas	1	2	3	4	5
5. Le interesa probar comidas que no ha probado antes	1	2	3	4	5
6. Decide si la comida no le gusta, incluso antes de probarla	1	2	3	4	5
7. Le encanta la comida	1	2	3	4	5
8. Está interesado en la comida	1	2	3	4	5
<u>9. Está pidiendo comida siempre</u>	1	2	3	4	5
10. Disfruta comer	1	2	3	4	5
11. Espera la hora de comer	1	2	3	4	5
<u>12. Come más cuando está preocupado</u>	1	2	3	4	5
<u>13. Come más cuando está enojado</u>	1	2	3	4	5
<u>14. Si se le permitiera, comería demasiado</u>	1	2	3	4	5
15. Come más cuando está ansioso*	1	2	3	4	5

	Nunca/ No aplica	Rara vez	Algunas veces	Frecuente	Muy cierto/ casi siempre
16. Si se le da elección, comería la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5
17. Come más cuando no tiene algo que hacer	1	2	3	4	5
18. Aunque está satisfecho(a), encuentra espacio para comer su alimento favorito	1	2	3	4	5
19. Si pudiera, siempre tendría comida en su boca	1	2	3	4	5
20. Tiene muy gran apetito	1	2	3	4	5
21. Deja alimento en su plato al final de una comida	1	2	3	4	5
22. Se llena antes de que termine su comida	1	2	3	4	5
23. Se llena fácilmente	1	2	3	4	5
24. No come lo suficiente si ha probado un bocadillo justo antes	1	2	3	4	5
25. Come menos cuando está enojado	1	2	3	4	5
26. Come menos cuando está cansado	1	2	3	4	5
27. Come más cuando está feliz	1	2	3	4	5
28. Come menos cuando está alterado o molesto	1	2	3	4	5
29. Está siempre pidiendo algo de tomar	1	2	3	4	5
30. Si se le permitiera, mi hijo(a) bebería líquidos continuamente durante el día	1	2	3	4	5
31. Si se le permitiera, mi hijo (a) tomaría siempre una bebida	1	2	3	4	5
32. Termina de comer muy rápido	1	2	3	4	5
33. Come lento	1	2	3	4	5
34. Tarda más de 30 minutos en terminar su comida	1	2	3	4	5
35. Mi hijo(a) come cada vez más lento durante el curso de una comida	1	2	3	4	5

ANEXO E

Consentimiento informado para padres



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Ciudad de México, a ____ de _____ de 2019.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre/madre o tutor:

Me permito solicitarle su participación y la de su hijo(a) en la presente investigación sobre conducta alimentaria y emociones a cargo de la Psicóloga Sofía Rodríguez Paz, bajo la dirección del Dr. José Alfredo Contreras Valdez, de la Facultad de Psicología de la UNAM. El estudio tiene como propósito conocer algunos aspectos sobre la alimentación y los estados emocionales de los niños de 5° y 6°. Para ello requerimos la participación tanto de los niños como de sus padres/madres/tutores.

Si usted decide participar y brinda la autorización para que su hijo(a) también lo haga, considere la siguiente información:

- Este estudio forma parte de una investigación que requiere determinar el Índice de Masa Corporal de su hijo(a), por lo que se solicita su autorización para medir y pesar a su hijo(a) dentro de la escuela.
- Le preguntaremos directamente a su hijo(a) si está de acuerdo en participar, por lo que sólo podrá participar en el estudio si él o ella accede.
- Está de acuerdo en que su hijo conteste dos cuestionarios sobre su alimentación y sus emociones con una duración aproximada de 30 minutos.
- Usted está de acuerdo en contestar dos cuestionarios sobre la conducta de alimentación y las emociones de su hijo(a).
- Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos.
- La participación en este estudio es voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento sin ninguna consecuencia.
- Toda la información que nos proporcione será confidencial y anónima. Los datos recolectados sólo serán utilizados con fines estadísticos y académicos por los responsables de la investigación.
- Tiene derecho a preguntar cualquier información y solicitar aclaración de dudas con respecto al presente estudio. Puede comunicarse a los siguientes números: Dr. José Alfredo Contreras Valdez _____ ; Psicóloga Sofía Rodríguez Paz _____. Así mismo, le solicitaremos un número de teléfono en caso de ser necesario comunicarse con usted.

Si usted está de acuerdo con la información anterior, le solicitamos amablemente que nos proporcione los siguientes datos:

Nombre (hijo/a): _____

Grado y grupo: _____

Nombre (padre/madre/tutor): _____ Edad: _____

Relación con el hijo (madre, padre, abuela, etc.): _____

Firma (padre/madre/tutor): _____

Teléfono: _____

¡Muchas gracias por tu colaboración, por favor, comienza en la siguiente página!

ANEXO F

Asentimiento informado para preadolescentes



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Investigación: “Emociones y alimentación en niños”**

Te invitamos a participar en esta investigación en la que queremos saber qué relación hay entre tus emociones y lo que comes.

Si aceptas participar, mediremos tu peso y tu estatura en un salón distinto en el que tomas clase y te pediremos contestar dos cuestionarios. Puede ser posible que al tomar tus medidas te pudieses sentir incómodo, le puedes decir a la persona que toma tus medidas y esta persona se detendrá y platicará contigo para ver si puede ayudarte a que sea menos incómodo, si no funciona, dejará de hacerlo.

Lo que nos respondas será privado, eso significa que solo la persona que aplica los cuestionarios va a saber lo que contestes.

Puedes aceptar participar o puedes dejar de participar en cualquier momento, aunque hayas dicho que sí al principio, sin que eso tenga consecuencias negativas para ti.

Después de responder los cuestionarios y de que tomemos tus medidas, te invitaremos a un taller para aprender sobre tu alimentación, puedes asistir si lo deseas.

La persona que toma tus medidas se llama: Sofía Rodríguez y colabora con el Dr. Alfredo Contreras, si quieres comunicarte con ellos pídele a tus papás que los contacten.

Acepto participar

No acepto participar

Escribe tu nombre si aceptaste: _____

Edad (años y meses): _____

Grado y grupo: _____