



# UNIVERSIDAD SALESIANA

---

---

## ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“ El papel del afecto y la expresividad emocional en la conducta alimentaria disfuncional: Obesidad y sobrepeso.”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A**

P R E S E N T A :

**JULIA VICTORIA FLORES TERÁN**

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY.

CIUDAD DE MÉXICO.

DICIEMBRE 2022.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## Agradecimientos

*Todo tiene su momento y cada cosa su tiempo bajo el cielo (Ecles 3, 1), y hoy después de los esfuerzos, batallas, pandemias, enfermedades, decepciones y crisis, llega el momento de presentar este trabajo escrito.*

*Agradezco a todas las personas que han sido parte de este proceso tan largo y complicado, hoy se ha logrado. Gracias porque aparecieron en momentos cruciales donde estuve a punto de renunciar y me dieron aliento en los momentos de frustración, enojo, etc.*

*A mis padres y mis hermanos (Mariana y José): por estar presentes, escucharme, motivarme y sobretodo por confiar en mí.*

*A la Dra Seigy por apoyarme y abrirme un espacio para resolver mis dudas, sin tí no hubiera logrado mucho, eres una persona que se da y comparte su conocimiento, eres un gran ejemplo.*

*Al Dr Jose Alfredo Contreras porque le diste rumbo a mi trabajo y no logré trabajar contigo pero ojalá y se pueda en algún momento.*

*A mis amigos y familiares que siempre estuvieron al pendiente de mi estado tanto de salud como de ánimo.*

*Finalmente, gracias a la directora de tesis Martha Laura Jiménez y a los demás miembros asesores o lectores, a la profesora Marcela Sandoval Cano y al profesor Javier Tapia, por darse el tiempo de revisar, leer y dirigir mi trabajo.*

*Este trabajo está dedicado especialmente a:*

*Alma Delia Terán Bahena. †*

*Andrés Flores †(nos titulamos juntos aunque lo tuyo era el conductismo).*

# Contenido

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo I. Obesidad: Historia y Conceptualización.....	7
1.1 Historia de la Obesidad.....	7
<i>Edad Antigua</i> .....	7
<i>Edad Media</i> .....	10
<i>Edad Contemporánea</i> .....	11
1.2 Definición, Causas y Clasificación de la Obesidad.....	13
1.2.1 Definición de Obesidad.....	13
1.2.2 Causas de la obesidad.....	13
1.2.3 Clasificación de la obesidad.....	14
Capítulo II La obesidad y su interacción con aspectos médicos y socioeconómicos.....	17
2.1 Obesidad Como Problema de Salud Pública.....	17
2.2 Obesidad en México.....	19
2.3 La Globalización y su Influencia en la Obesidad en México.....	20
2.4 Estrategias gubernamentales para abordar la obesidad.....	23
Capítulo III Desarrollo Psicológico del Niño y Adolescente.....	25
3.1 Desarrollo en la primera y segunda infancia.....	25
3.2 La importancia de las relaciones entre iguales.....	27
3.3 Autoconcepto.....	30
3.4 Autoestima.....	32
3.5 Imagen corporal.....	34
3.6 Expresividad emocional.....	39
3.7 Afecto positivo y negativo.....	41
3.8 Regulación Emocional.....	44
Capítulo IV Aspectos psicológicos de la obesidad.....	49
4.1 La obesidad infantil como problema de salud pública.....	49
4.2 La Obesidad como Problema de la Conducta Alimentaria.....	51
4.3 Obesidad y sus Repercusiones Psicológicas.....	52
4.4 Obesidad, Afecto Negativo y Desregulación Emocional.....	54
4.5 Obesidad y Expresividad Emocional.....	56
Capítulo V. Metodología.....	59
Objetivo general.....	59
Objetivos específicos.....	59
Tipo de estudio.....	59
Definición conceptual de variables.....	59
Hipótesis.....	60
Participantes.....	61
Criterios de Inclusión.....	62
Criterios de Exclusión.....	62
Instrumentos.....	62

Procedimiento.....	63
Resultados.....	67
Conclusiones.....	71
Limitaciones del estudio.....	77
Referencias.....	78
Anexos.....	98
Anexo A. Consentimiento informado.....	98
Anexo B Cuestionario de expresividad de Berkeley (BEQ).....	99
Anexo C. Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS).....	100
Anexo D. Tablas para la clasificación del peso según la edad y sexo.....	102

## **Resumen**

El propósito de la presente investigación fue conocer si hay diferencias en el afecto y la expresión emocional e intensidad del impulso en adolescentes de 11 y 12 años con peso normal, sobrepeso y obesidad. A los participantes se les clasificó en uno de cuatro grupos, obesidad, sobrepeso, peso normal, y desnutrición de acuerdo con su índice de masa corporal; para medir la expresividad emocional se utilizó el cuestionario de expresividad emocional de Berkeley (BEQ) y para medir el afecto se aplicó la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS). En la diferencia por sexos se encontraron diferencias en el índice de masa corporal (IMC) y en la intensidad del impulso. En la comparación por grupos se encontraron diferencias significativas entre los grupos de peso en la expresividad positiva, posteriormente se aplicó un análisis post hoc donde se encontraron diferencias significativas entre los grupos de sobrepeso y peso normal en la expresividad emocional positiva. Respecto a las diferencias de las variables de estudio entre el grupo de sobrepeso con el grupo de peso normal y entre el grupo de obesidad con peso normal no se encontraron diferencias significativas.

*Palabras clave: expresividad emocional, expresividad emocional positiva, expresividad emocional negativa, intensidad del impulso, afecto, afecto negativo, afecto positivo, obesidad, índice de masa corporal (IMC), conducta alimentaria.*

## **Introducción**

Actualmente el mundo resulta sumamente demandante y estresante, las cifras de enfermedades cardiovasculares, neurológicas, de alimentación y psicosomáticas han ido en aumento. El individuo tiene emociones que lo sobrepasan creando un conflicto entre las demandas propias del individuo, y las demandas de la sociedad, hombres y mujeres responden de forma diferente ante sus propias emociones. México tiene una situación nutricional en la que predominan los problemas de alimentación que van desde la desnutrición hasta la obesidad.

La Organización Mundial de la Salud ha colocado a la obesidad como uno de los primeros problemas de salud pública a nivel mundial, pues ha disminuido la calidad de vida en el ser humano (Cruz, Tuñón, Villaseñor, Álvarez y Byron, 2013), además de la relevancia que ha tenido ante la pandemia de la COVID 19, se ha detectado que las personas con obesidad tienen mayor riesgo de complicaciones graves ante esta nueva enfermedad (Petrova et al., 2020). México tiene una de las más altas prevalencias en sobrepeso y obesidad, ocupa el segundo lugar en población adulta y el primero en obesidad infantil (UNICEF, 2014; encuesta nacional de salud y nutrición [ENSANUT], 2012, Mercado y Vilchis, 2013; Pompa, y Meza, 2014). Todo ser humano sin distinción de clases sociales necesita alimentarse, aunque los alimentos no sean los mismos, sin embargo en el ser humano no es solo el hambre lo que lo empuja a comer, también algunas de sus ideas, sensaciones y emociones influyen para determinar o elegir qué y cuándo comer, es importante identificar los factores psicológicos que existen alrededor de este proceso tan fundamental en el ser humano y que lo ha llevado a excederse en el consumo de alimentos, por ello el presente trabajo de tesis presenta una investigación de cohorte cuantitativo y pretende hacer una

aportación para la comprensión de este problema al estudiar la asociación entre los constructos: expresividad emocional y afecto negativo con la obesidad en adolescentes de 11 y 12 años.

En el capítulo 1 se hace un recorrido histórico sobre la percepción de la obesidad desde la edad antigua hasta la época actual, también se habla sobre la definición, causas y clasificación de la misma. En el capítulo 2 se exponen algunos datos que hablan del porque la obesidad es un problema de salud pública y su interacción con aspectos médicos y socioeconómicos en México, hacia el capítulo 3 se introducen conceptos, propios de la presente investigación que se relacionan con el desarrollo hasta la adolescencia puesto que ellos fueron la población de estudio.

En el capítulo 4 se relacionan los conceptos del capítulo tres con los problemas alimentarios especialmente con la obesidad, se habla de los problemas alimentarios a través del modelo categórico señalando algunos sesgos importantes lo cual da paso al modelo dimensional como propuesta para analizar los problemas de alimentación, finalmente el capítulo 5 plantea el trabajo de investigación y sus resultados.



## **Capítulo I. Obesidad: Historia y Conceptualización.**

A lo largo de la historia la obesidad ha sido concebida de diferentes formas dentro de las culturas, ha pasado de ser un signo positivo a lo que ahora se considera como un problema de salud mundial, por ello es necesario mirar y revisar la percepción de la gordura y la obesidad a través del tiempo ya que esto ha permitido conceptualizar, clasificar y conocer de una mejor manera lo que implica la obesidad.

### **1.1 Historia de la Obesidad**

La preocupación del ser humano como la de muchas especies ha sido sobrevivir al ambiente que en repetidas ocasiones representa peligro, entre todos los factores que permiten la supervivencia la alimentación ha sido y sigue siendo una de las necesidades básicas de los seres humanos quienes han logrado establecerse a través de la ganadería y la agricultura, antes de que estas aparecieran, es decir en la prehistoria, el ser humano sobrevivía buscando presas y cazándolas, sin embargo, podía pasar días sin comer por no conseguir presas ante lo cual se ha sugerido que algunos miembros usaban la sobrealimentación como método para sobrevivir (Montero, 2001; Falcón, 2008; Fojo, 2013; Ruíz, Bacardí, y Jiménez, 2019; Kofman, sf.; ). El establecimiento del ser humano dio paso al desarrollo de las ciudades y civilizaciones (Castillo, Suárez y Mosquera, 2017; Hernández, A., 2014) las cuales a lo largo del tiempo le han otorgado distintos valores al alimento y a las personas que tienen acceso a él (Kofman, s.f.). La propia alimentación ha sido utilizada para tener cierto control sobre la población, la imagen de una persona con sobrepeso u obesidad que en algún momento fue signo de poder adquisitivo, se ha ido demeritando con el tiempo por el papel moral que juega y por las implicaciones a la salud. A continuación, se presenta un breve recorrido histórico de las perspectivas de la obesidad.

## ***Edad Antigua***

La pobreza y la riqueza han acompañado a la historia humana, incluso se han creado los rangos o estatus sociales que se refieren a la posibilidad de tener acceso y disfrute a múltiples objetos materiales o intelectuales que permiten mayores comodidades y un menor esfuerzo físico. En la edad antigua las personas que presentaban obesidad eran asociadas con los altos rangos sociales, sin embargo, también había señalamiento de ella como una conducta no adecuada. La posible cita más antigua sobre la estigmatización de la obesidad data de los siglos XXI-XVII a.C del imperio medio egipcio en las enseñanzas del Kagemni, donde se señala a la glotonería o el comer en exceso como falta de autocontrol (Foz, 2005; Ruíz et al., 2019; Falcon, 2008; Gálvez, 2020).

Si te sientas con una multitud, rechaza los panes que deseas. El autocontrol es un pequeño momento, pero la glotonería es una bajeza y se la señala con el dedo. Una sola taza de agua apaga la sed y aquel que llena la boca con vegetales comestibles fortifica el corazón. Lo que está bien suple a lo que es bueno y un poco de una pequeña cosa suple a lo que es abundante. Aquel que codicia para su cuerpo es un hombre débil; el tiempo pasa después de olvidar a aquellos que pasearon libremente el vientre en sus casas. Si te sientas con un glotón, deberás comer cuando pasó su apetito febril. (Kagemni, citado en Sánchez, 2003. p. 65)

También Hipócrates llegó a asociar la obesidad con la muerte y con problemas relacionados con la infertilidad y la muerte repentina (Falcón, 2008; Sarmiento, 2014; Ruíz et al., 2019; Gálvez, 2020; Kofman, s.f.), así en su aforismo 44, sección 2 se puede leer los que son excesivamente gordos por naturaleza están más expuestos que los delgados a una muerte repentina (Montero, 2001; Sarmiento, 2014; Ruíz et al., 2019; Kofman, s.f.).

La salud fue una de las principales preocupaciones de la época, Galeno consideró a la obesidad como un problema de salud, la clasificó en moderada e inmoderada o mórbida además la relacionó con un estilo de vida no adecuada e indicó consejos a la gente para adelgazar. A los griegos y a los romanos se les ha considerado como precursores de las dietas (Foz, 2005; Falcón, 2008; Ruíz et al., 2019; Gálvez, 2020; Kofman s.f.;).

En esta época la idea de salud y enfermedad eran concebidas desde la idea de la composición del universo, sus 4 elementos y sus características, agua: húmeda y fría; tierra: seca y fría; fuego: caliente y seco; y aire: caliente y húmedo, con base a ello se identificaron los humores o principios fisiológicos y sus características: bilis amarilla: caliente y seca; la bilis negra: seca y fría; la sangre: caliente y húmeda y la flema: húmeda y fría. La salud dependía del equilibrio entre los humores que se modifican según el temperamento personal, si algún humor se excedía, podía romper el equilibrio y producir alguna enfermedad, la curación consistía en la purgación o expulsión de la acumulación excesiva de los humores. Se consideraba que la obesidad se debía a un problema en el proceso de la digestión donde se producía flema o agua en lugar de sangre por lo cual se trataba de la misma forma, se buscaban purgantes que los desecharan, se hacían incisiones en el vientre de los obesos para purgarles directamente aunque por su alto riesgo tuvo muy poco recorrido histórico (Foz, 2005; Falcón, 2008).

En Roma el cuerpo y la estética eran muy importantes, se rendía culto al cuerpo, a la fuerza física y a la competitividad en el ejercicio y en la batalla, y se admiraban si alguien poseía estas cualidades, el alimento básico era el trigo y el vino, por otro lado la enfermedad y las pestes se relacionaban con la hambruna, por lo cual la glotonería era común en las clases altas por el nivel de ingesta en cuanto a alimentos, bebidas y otros

placeres de los altos mandos (nobles y patricios) ya que así mostraban su poder.

Emperadores como Vitelio, Clodio Albino, Marco Aurelio, Antonio Augusto s.III gastaban millones de sestercios en banquetes por lo que era evidente que dentro de este sector de la población se dio la obesidad (Montero, 2001; Fojo, 2013; Puerto, 2014; Kofman, s.f.).

### ***Edad Media***

Los estatus sociales en la edad media ya eran muy evidentes en la alimentación, en la parte de Europa Occidental cristiana los estatus que más destacaban y que tenían acceso al alimento diario eran los gobernadores y los que guerreaban por ser el entretenimiento.

La gordura para casi todas las civilizaciones durante esta época era un signo positivo, de poder, riqueza, bienestar e incluso de belleza y salud, a menos que la obesidad fuera incapacitante se intentaba poner remedio a ella, pero la idea general era entre más gordura más poder (Ruíz et al., 2019; Fojo, 2013; Montero, 2001). La gordura era representación de lo bello y saludable esta idea fue potenciada por los artistas con el arte y la moda, incluso en el clero de la iglesia cristiana había quienes portaban esta imagen, aunque ya había indicios de rechazo a la glotonería en la cultura cristiana con San. Pablo en el siglo I, fue en esa época donde se hizo un mayor señalamiento de la conducta por propiciar el desenfreno, S. Agustín en el siglo V, Gregorio I en el siglo VII y el papa Inocencio XIII hicieron énfasis en el error de esta conducta incluso algunos de ellos lo propusieron como pecado capital. (Montero, 2001; Foz, 2005; Falcón, 2008; Boullosa, 2010; Ruíz et al., 2019; Gálvez, 2020; Kofman, s.f.).

El rechazo de la gordura comenzó a darse a través de la idea de un equilibrio (Puerto, 2014) aunado a lo que representaba moral y socialmente por ser reflejo de desenfreno y de las diferencias de clases tan marcadas, era la clase alta quien limitaba o

controlaba la comida a los que no tenían. Durante el renacimiento en las cortes medievales el hombre grueso que era representado por el oso por osadía, fuerza y tranquilidad comenzó a ser representado por el cerdo. Éste cambio en la percepción de la obesidad fue progresivo pues aún había personas de toda clase sobretodo artistas que defendían la gordura como belleza por ejemplo para ser modelo de Rubens el famoso pintor, la mujer debía pesar, por lo menos, 200 libras es decir 90.71 kg. (Gálvez, 2020, Foz, 2005).

Poco a poco el ideal de belleza comenzó a tornarse al otro extremo, se pensaba en el equilibrio y en la esbeltez como algo estético, la moda también apoyó este juicio, aunque la idea se aplicó más en las mujeres que en los hombres (Boullosa, 2010). En los hombres era socialmente aceptable cierto grado de obesidad, pero en las mujeres, se les exigía aparentar delgadez, pero que ésta estuviera en justo equilibrio con la gordura, dando paso a la invención y uso del corsé creado por Jean Liebault un médico y agrónomo francés en el siglo XV (Foz, 2005).

En cuestión de salud en los siglos X y XI, Avicena en su obra Canon de la Medicina, relaciona la obesidad con problemas en la movilidad, en la respiración, la muerte súbita, la infertilidad y la falta de libido y para tratarla aconseja la disminución de la ingesta, el aumento del ejercicio y los baños. Para finales del siglo XV, la glotonería ya se relacionaba directamente con la obesidad (Foz, 2005, Falcón, 2008) y durante el romanticismo (XVIII) el ideal de belleza ya era de delgadez (Montero, 2001; Boullosa, 2010).

### ***Edad Contemporánea***

El arte y la cultura jugaron un papel importante para la promoción de los cambios respecto a la imagen corporal y su relación con la belleza, en 1843 comenzaron a realizarse dramas donde se ponía la imagen de personas con obesidad como víctimas de bromas y

desaires y con una actitud de desgracia, los trajes de baño comenzaron a popularizarse a finales del siglo XIX y los cuerpos gordos se convirtieron en objetivo de risa. Al final de la primera y segunda guerra mundial la moda de extrema delgadez toma auge y se toma la idea de que solo el músculo sería bello, así como lo dinámico, lo esbelto, lo flexible y lo joven. (Falcon, 2008).

En cuanto a la parte médica, comienzan una serie de estudios en diferentes países respecto a lo que la obesidad implicaba, el alemán Hermann Helmholtz (1821-1894) concluyó que durante la actividad muscular se conservaban la masa y la energía. Esta teoría aportó una base para estudiar si los individuos obesos se comportaban de un modo distinto a los de peso normal (Puerto, 2014; Gálvez, 2020). Adoplhe Quételet propuso que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura (peso /estatura al cuadrado), esta propuesta fue apoyada por Chambers (1850) en Inglaterra. Ambos logran aportar dos conceptos importantes: el primero desarrolló el concepto de desequilibrio calórico incluso hoy en día se usa el índice de Quételet, mejor conocido como índice de masa corporal (IMC), y el segundo apoyado en la propuesta de Quételet explica el origen de la grasa humana (Foz, 2005; Falcón, 2008).

Aunque el ideal de belleza cambia, el número de personas con obesidad va en aumento, durante la segunda mitad del siglo XX se hace más evidente el comienzo de una lucha contra la obesidad pero a pesar de los esfuerzos realizados, los resultados no han sido favorables puesto que la mayoría de las personas vuelven a recuperar el peso que previamente habían perdido (Gálvez, 2020). Para el siglo XXI la obesidad ya es considerada una epidemia que no solo ha aumentado en la población adulta sino que también en la población infanto-juvenil, en la lucha contra la obesidad se ha reconocido la

necesidad de un cambio de hábitos en la alimentación y en la actividad física, no se ha encontrado un tratamiento médico que tal cual ayude a la obesidad sino que se ha visto la necesidad de un tratamiento en conjunto con otras áreas por ejemplo el tratamiento psicológico y la utilización de fármacos pueden ser útiles en algunos pacientes concretos (Kofman, s.f.; Gálvez, 2020), sin embargo hay que seguir investigando acerca de este padecimiento pues como se ha mencionado no todos los tratamientos dan el mismo resultado en todas las personas.

## **1.2 Definición, Causas y Clasificación de la Obesidad.**

### **1.2.1 Definición de Obesidad.**

Etimológicamente la palabra obeso viene del latín *obesus* que se refiere al que ha comido mucho. Formado de las raíces *ob* (sobre,) y *edere* (comer). Por lo que obesidad hace referencia a alguien que come de más o que “sobre come” (Corominas, 1987).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la obesidad es una enfermedad crónica, es decir, que es de larga duración y de progresión lenta. Consiste en una acumulación de grasa corporal excesiva, que se distribuye de manera anormal y se traduce en un aumento de peso corporal que puede ser perjudicial para la salud.

Para la Secretaría de Salud en México (2010), la obesidad es el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal.

### **1.2.2 Causas de la obesidad**

La conducta alimentaria se ve influida por diferentes factores por lo que es difícil explicar las causas de su disfuncionalidad sin embargo se pueden señalar algunos de los

factores interactuantes: históricos, genéticos, moleculares, metabólicos, intelectuales, emocionales, económicos, sociales, geográficos, comerciales, culturales y hasta religiosos los cuales pueden diferir de una persona a otra. (Mercado y Vilchis, 2013; Rivera et al., 2013; Tarbal, 2005).

### **1.2.3 Clasificación de la obesidad.**

Hay dos tipos de obesidad la exógena debido al exceso de alimentación y endógena causada por alguna alteración metabólica. Existen indicadores antropométricos que ayudan a identificar si alguien padece obesidad o no de acuerdo a ellos se ha clasificado a la obesidad según la distribución de grasa, según la etiología, según el índice de masa corporal o según la circunferencia de la cintura. (Moreno, 2012; Álvarez, 2005). A continuación, se describe cada una de las clasificaciones.

#### ***Por Distribución de la Grasa.***

Esta clasificación se ha hecho basándose en la zona del cuerpo donde se acumula la grasa y podría ser central o androide, periférica o ginoide y generalizada. La obesidad central se desarrolla cuando la grasa se acumula en el abdomen y en el tronco, también se le conoce como obesidad de manzana o visceral y se ha asociado con riesgos cardiovasculares, en el caso de la obesidad periférica o ginoide la acumulación de grasa se da en la región glúteo femoral y se le conoce también como obesidad de pera. Los niños y adolescentes presentan en mayor medida la obesidad generalizada la cual se caracteriza porque la distribución de la grasa no se concentra en alguna zona en particular. (Álvarez, 2005; Moreno, 2012).



### ***Etiológica.***

Esta perspectiva distingue dos grupos de obesidad primaria y secundaria también conocidas como idiopática e intrínseca. La obesidad idiopática puede desencadenarse debido a la ingesta calórica, metabolismo e inclusive el medio ambiente, también a este tipo de obesidad se le conoce como nutricional esencial y/o simple.

La obesidad intrínseca o de tipo orgánica es consecuencia de procesos derivados de enfermedades, alteraciones hormonales, enfermedades de las glándulas endocrinas, enfermedades genéticas, trastornos psicológicos, lesiones en el sistema nervioso central o como reacción secundaria al uso de algún medicamento o tratamiento médico (Moreno, 2012). Algunas de las enfermedades relacionadas son: el síndrome de Cushing, hipotiroidismo, alteraciones hipotalámicas, síndrome de Prader Willi, de Carpenter. (Álvarez, 2005) (Güemes y Muñoz, 2015).

### ***Según el Índice de Masa Corporal.***

El índice de masa corporal o el índice de Quételet es la clasificación internacional de peso propuesta por la OMS se obtiene de multiplicar el peso por la estatura al cuadrado y se ha establecido esta medida porque la grasa corporal aumenta de acuerdo con el envejecimiento de las personas, aunque logren mantener el peso estable, por lo que para decir que alguien padece obesidad se utiliza el cálculo de índices basados en el peso y la altura (Organización Mundial de la salud [OMS], 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Aunque generalmente se usa para adultos, también es posible clasificar a los niños y adolescentes según su IMC, para ello se han adecuado gráficas y tablas especiales, según la edad y sexo (Ariza, et al., 2015; OMS, 2020; Moreno, 2012; Álvarez,2005). Además, se ha

considerado al IMC como uno de los mejores métodos antropométricos para la evaluación indirecta del estado nutricional en púberes y adolescentes (Saucedo, Unikel, Villatoro y Fleiz, 2003)

Para los niños menores de 5 años:

- el sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS
- La obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- En el caso de los niños de 5 a 19 años:

el sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS,

- La obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. OMS, (2020).

## **Capítulo II La obesidad y su interacción con aspectos médicos y socioeconómicos**

El ser humano se ha tenido que adaptar a cambios externos ligados a la parte socioeconómica, a las ideas de progreso, belleza y rapidez ésto ha sumido al hombre en un estilo de vida muy acelerado, forzándolo a realizar cambios en sus hábitos alimentarios, de consumo y de movilidad física, los cuales en su mayoría no han sido beneficiosos para la salud del hombre o incluso para la sociedad misma puesto que la asequibilidad para consumir alimentos sanos se va haciendo casi imposible para gran parte de la población, llevándola a buscar alternativas de alimentos, también los sistemas de salud se van saturando y los recursos del país tienen que destinarse entre otras cosas a cubrir enfermedades como la obesidad o provenientes de ella.

### **2.1 Obesidad Como Problema de Salud Pública.**

Un problema de alimentación como lo es la obesidad impacta en la parte política y comercial puesto que todo se adecúa al estatus socioeconómico de cada persona, la disponibilidad de alimentos sanos, infraestructura y actividad física a la que la población tenga acceso (Charvel, Rendón y Hernández, 2013; Montero, 2001).

El aumento de la doble carga de malnutrición se encuentra presente en diferentes países (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f; Mercado y Vilchis, 2013). La obesidad no respeta edades puede presentarse en grandes y chicos, su aumento la ha llevado a convertirse en un problema de talla mundial, en el 2016 el 52% de las poblaciones de 18 o más años presentaron sobrepeso u obesidad, en niños menores de 5 años se registraron cerca de 41 millones de niños con obesidad, mientras que la estimación para los niños y adolescentes de 5 a 19 años fue de 340 millones (OMS, 2020).

El hombre ha trabajado por mantener o aumentar su longevidad en el mundo, la mayor parte de sus invenciones van dedicadas a buscar una mejor y larga vida, el problema de la obesidad es que anula los beneficios sanitarios que se han creado con este propósito (Cruz et al., 2013; Guzmán, Del Castillo y García, 2010). Cada año a consecuencia del

sobrepeso y la obesidad por lo menos 2,6 millones de personas mueren, ya sea por la obesidad misma o por las enfermedades relacionadas con ella entre las cuales se encuentran las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, riesgo de fracturas óseas, hipertensión arterial, insuficiencia renal, diabetes mellitus tipo 2, muerte súbita, entre otras (OMS, 2020; Tarbal, 2005; Moreno,2012; Guzmán, et al., 2010; Mercado y Vilchis,2013). La obesidad no solo es rechazada socialmente, sino que va directo a saturar los sistemas de salud (Boullosa, 2010), por las enfermedades que se pueden desencadenar a partir de esta o en conjunto, las altas tasas de obesidad no se están presentando solo en algunos países sino en todo el mundo. Actualmente también se ha hecho más relevante por la colisión que ha tenido con la pandemia de la COVID 19, ya que ahora además de ser un factor de riesgo para mas de 20 condiciones crónicas también se le ha identificado como factor de riesgo para la hospitalización y desarrollo de consecuencias graves en caso de enfermedad por la COVID-19 (Petrova, et al., 2020; Castillo et al., 2020)

La mala alimentación se desencadena por hábitos que no ayudan o que no favorecen una buena nutrición por ello se ha pensado que la prevención podría darse si las personas cambian su hábito por convicción más que por obligación (Poulain, 2001 como se citó en Arnaiz, 2010), sin embargo no todas las personas pueden tener acceso a comida nutritiva y se ven afectadas por la disponibilidad y asequibilidad de los alimentos. Otro problema es que en ocasiones no se hace una correcta discriminación de la enfermedad, es necesario analizar las diferencias intra e interculturales y los factores que se relacionen con el desarrollo de los problemas alimentarios para realizar una valoración que ayude a discriminar correctamente a las personas que tienen una mala alimentación, que tienen

sobrepeso o que están enfermas de las que no lo están o que aunque tengan sobrepeso no estén enfermas o no tengan una mala alimentación (Arnaiz, 2010).

## **2.2 Obesidad en México**

Los cambios demográficos, epidemiológicos y económicos que presenta un país afectan en la adquisición y consumo de los alimentos de la población, en los países en desarrollo es frecuente encontrar la doble carga de malnutrición por deficiencia o por exceso (UNICEF, 2014; Rivera, Campos et al., 2013; OMS, s.f.), México es considerado un país en desarrollo, que ha ocupado el primer lugar en obesidad infantil dentro de América latina y el segundo en obesidad en adultos (Pérez, Sandoval, Schneider y Azula, 2008 Ortega et al., 2013; UNICEF, 2014.; UNICEF, s.f.; Organización Panamericana de la salud [OPS], 2019), precedido por los EUA quienes se sitúan en el primer lugar en obesidad en adultos (Guzmán et al., 2010; UNICEF, sf.; Rojas, 2020) lo cual resulta relevante puesto que Estados Unidos no es considerado como un país en desarrollo y hace pensar que hay algo más que está causando el sobreconsumo.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), registró en México que de 1980 al 2000 el 47% de la mortalidad en el país se debían a la Diabetes Mellitus tipo II (DBMII), por lo que se le posicionó en el noveno lugar en la tasa de mortalidad en México, para el 2010 la enfermedad se ubicó en la segunda causa de mortalidad, con cerca de 83 000 defunciones, (Rivera, Velasco et al., 2013). En el 2012 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), registró que el 71.3 por ciento de la población de 20 años y más presentaba obesidad y sobrepeso, para el 2018 el porcentaje fue de 75.2%, 39.1% sobrepeso

y 36.1% obesidad (Encuesta nacional de salud y nutrición [ENSANUT], 2018). En la población de niños de entre 5 y 11 años en el 2012 la tercera parte presentaban sobrepeso y obesidad, el 19.8 presentó sobrepeso y el 14.6 obesidad, para el 2018 el 18.1 de la población de 5 a 11 años presentó sobrepeso y el 17.5 obesidad. En cuanto al porcentaje de personas de 12 a 19 años en el 2012 el 21.6% de la población presentaba sobrepeso y el 13.3 obesidad para el 2018 el 23.8% presentó sobrepeso y el 14.6% obesidad siendo las mujeres quienes presentaron más casos de obesidad y sobrepeso (ENSANUT, 2018).

La obesidad también afecta de manera económica al país, en 2012 la Secretaría de Salud informó que la inversión en el problema de la obesidad y sus complicaciones es cerca de 42 mil millones de pesos anuales, también el Instituto Politécnico Nacional (IPN) realizó una investigación en la zona metropolitana de la Ciudad de México, donde se estimó que los elevados índices de obesidad sobrepasarían las posibilidades económicas de las instituciones de salud pública como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para el 2015 (Ortega, 2014).

### **2.3 La Globalización y su Influencia en la Obesidad en México.**

La globalización y el capitalismo son un sistema en el que desde hace ya mucho tiempo se basa la estructura social, éste sistema ha promovido la idea de “desarrollo y modernidad” la cual ha logrado influenciar y traer cambios importantes en el estilo de vida y en los hábitos alimentarios, las personas se ven obligadas a someterse a un ritmo y modo de vida más agitado y acelerado pues los empleos exigen dedicar gran parte del tiempo para obtener un salario que permita cubrir las necesidades básicas, sin embargo, la mayoría de

estos empleos promueven el sedentarismo y otorgan pocas horas para la preparación y consumo de los alimentos. Ante esta problemática se ha optado por el consumo de comida rápida “la comida de la modernidad” y ha sido promovida por la mercadotecnia a través de la idea justamente de modernidad, pero, la misma mercadotecnia se ha reservado la información sobre el alto grado de carbohidratos y azúcares que esta contiene (Torres, 2013). El alto consumo de calorías en la dieta diaria no coincide con el gasto de energía de los individuos lo cual causa un aumento excesivo de peso (Vargas y Bourges, 2013; Torres, 2013), la promoción y consumo de esta comida ha alterado drásticamente los hábitos alimentarios de la población provocando un deterioro en la salud (Sánchez y Ruiz, 2015; Vargas y Bourges, 2013).

La globalización y el consumismo trajeron consigo cambios económicos, sociales y alimentarios importantes, y aunque los cambios mencionados son internacionales, en México se viven diferentes al resto del mundo puesto que en México era costumbre dedicar mucho tiempo a la preparación de los alimentos y la comida era uno de los signos más sobresalientes y merecía tiempo de preparación e importancia para que pudiera cumplir con ciertas satisfacciones sensoriales y culturales era precisamente la mezclas de culturas la que permitían que en México se diera una alimentación equilibrada (Gómez y Velázquez, 2019). La forma en la que se infiltró la comida rápida en México fue a través de la idea de modernidad la cual tenía que ver con el consumismo y con el tiempo, se estigmatizó a la comida mexicana y se reemplazó por la comida industrializada como símbolo de bienestar y progreso (Fausto, Valdez, Aldrete, y López, 2006; Vargas y Bourges, 2013; Torres, 2013; Barquera et al., 2008), ante lo cual la población decidió abandonar muchas tradiciones

alimentarias heredadas por las que el país se caracterizaba y aceptó ideas y pensamientos mágicos que inculcan valores y metas que apoyan el hedonismo y rehuyen de la regulación.

Por el lado económico los alimentos saludables subieron el precio y los alimentos de comida rápida fueron de fácil acceso, la desigualdad en salarios y el aumento en los precios de los alimentos y otros productos potenciaron la migración de la población rural hacia centros urbanos nacionales o a los EUA lo cual ha provocado un cambio en los roles de género, el aumento de la clase media y el cambio en los hábitos alimentarios (Vargas y Bourges, 2013), el precio de los alimentos se ponen en función de la capacidad económica y del clasismo por el cual se rige la sociedad así las personas con un alto nivel adquisitivo pueden tener acceso a alimentos recomendados como nutritivos y a centros deportivos para realizar actividades físicas sin temor a la delincuencia por otro lado los alimentos con mayor contenido en grasas, azúcares y aditivos son más baratos y por lo tanto más asequibles para las personas con menor poder adquisitivo a pesar de que la mayoría de la población se encuentra en este nivel socioeconómico y se refleja en el peso y la mala nutrición en la que se encuentra nuestra población por la pobre o excesiva alimentación (Fausto et al., 2006). Un ejemplo claro es la encuesta nacional de ingresos y gastos del hogar realizada de 1989 al 2006 por el INEGI donde se registró un aumento en el consumo de bebidas azucaradas y comida alta en carbohidratos refinados y azúcares, así como la disminución del consumo de frutas, verduras, lácteos, carnes y tortillas (Vargas y Bourges, 2013; Torres, 2013; Barquera et al., 2008; Rivera et al., 2013).

Dentro de la sociedad y la cultura se crean ideas acerca del cuerpo y la estética ideal estas ideas en muchas ocasiones crean preocupación e insatisfacción con la imagen que se refleja en el espejo y que dista mucho de lo que propone lo comercial (Mancilla, Vázquez,



Mancilla, Amaya-Hernández y Alvarez, 2012), esta insatisfacción abre paso al comercio puesto que las personas actúan en consecuencia cayendo en conductas alimentarias de riesgo. La relación entre los problemas de salud y la obesidad se ha prestado para que algunas profesiones y empresas promuevan ideas y creen productos relacionados con el cuidado del cuerpo, influyendo en la cultura y logrando que la gente se interese más por cambiar su apariencia física y mantener la calidad de vida que aunque por un lado suena lógico y con buen pronóstico hay quienes han desvirtuado esta idea tanto que se ha complicado discriminar los discursos biomédicos que son por interés en la salud y los que buscan únicamente la ganancia económica (Arnaiz, 2010; Guzmán et al., 2010).

#### **2.4 Estrategias gubernamentales para abordar la obesidad.**

Ante el problema de la obesidad se ha planteado que su abordaje debe ser interdisciplinario debido a los múltiples factores intervinientes en el inicio y desarrollo de dicho problema, por ello cada profesión debe aportar y contribuir para entenderlo y disminuirlo. La Organización mundial de la salud ha creado y llevado a cabo un programa que pretende eliminar la dieta malsana y disminuir la inactividad física, a este programa se le ha llamado “la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física, y Salud” creada en el 2002 y aprobada por los estados miembros, en mayo de 2004 donde se etiquetó a la obesidad como “epidemia del siglo XXI”(Organización Mundial de la Salud [OMS],2016; Güemes y Muñoz 2015; Mercado y Vilchis, 2013), también se creó el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, el cual pretende realizar nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles, a través de una reducción de la mortalidad prematura a causa de dichas

enfermedades, del 25% para 2025 y una detención del aumento de la obesidad mundial para coincidir con las tasas de 2010 (Organización Panamericana de la salud [OPS], 2014), la misma estrategia se acogió en el 2017 para combatir la obesidad infantil. Es necesario buscar medidas que impacten en la conciencia para lograr hábitos alimenticios y estilos de vida más sanos, así como su permanencia (González, Castell, González Cossio, Barquera, y Rivera, 2007; Barquera, Campos-Nonato, Rojas, y Rivera, 2010; Martínez, Vega y Anguano, 2010). A partir de un análisis hecho por la OMS se marcaron líneas de acción estratégicas para combatir la obesidad y se hizo evidente que uno de los principales problemas para combatir la obesidad tiene que ver con el sobre consumo de alimentos con alto contenido calórico, estas líneas de acción son: a) atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y alimentación saludable; b) mejoramiento del entorno respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares; c) políticas fiscales y reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos; d) otras medidas multisectoriales (fuera de la escuela y de casa); e) vigilancia, investigación y evaluación (OPS, 2014, p.17).

### **Capítulo III Desarrollo Psicológico del Niño y Adolescente.**

Puesto que la población de la presente investigación abarcó edades de 11 a 12 años que es una edad donde termina la infancia y comienza la adolescencia (Guzmán, L. 2017; Güemes, M. González, Hidalgo, M. 2017), se hace importante conocer y abordar un poco sobre el desarrollo psicológico del niño y el adolescente, especialmente aspectos que se relacionan con la percepción de la apariencia corporal y con las emociones, lo cual conlleva abordar temas desde las relaciones que va generando el niño y el impacto en su desarrollo hasta aspectos más específicos como el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima.

#### **3.1 Desarrollo en la primera y segunda infancia.**

Ese punto al final de la infancia y al inicio de la adolescencia es un punto de crisis y de oportunidad para el desarrollo de una persona, en cuanto a aspectos específicos de su crecimiento personal como la formación del autoconcepto, la autoimagen y la autoestima (Cossio et al., 2020; Jiménez, 2014). El que un chico o chica en etapa adolescente tenga un desarrollo positivo va a depender del tipo de relaciones que tenga con su entorno y de qué tan saludables sean; el primer entorno donde se generan estas relaciones es dentro de la familia, es ahí donde se aprende a controlar las emociones y se forman aspectos básicos del desarrollo (Oliva et al., 2017), y a su vez el contexto en el que se desarrolle es de gran influencia para que presente o no obesidad a temprana edad y por consecuencia en la edad adulta.

La infancia comprende desde el nacimiento hasta el inicio de la adolescencia, generalmente a éste periodo se le divide en primera y segunda infancia, la primera abarca desde el nacimiento hasta los 6 años de vida, y la segunda va de los 6 a los 10 años

(Guzmán, L. 2017; Güemes, M. González, Hidalgo, M. 2017), es en la infancia donde se producen cambios significativos en torno a 5 aspectos: físico, motor, cognitivo, social y emocional (Delgado, 2015; Delgado, 2009). El crecimiento y evolución del desarrollo en la primera infancia es rápida, al término de ella comienza un crecimiento más lento, progresivo y continuo que culmina en la adolescencia. Durante la segunda infancia la maduración neurológica en el niño es mayor, lo que permite una mejora en las habilidades motrices, atencionales, de la memoria y sus procesos (codificación, almacenamiento y recuperación), de lenguaje y del pensamiento (Delgado, 2015), la culminación de este crecimiento se da durante la adolescencia que comienza alrededor de los 10 años de vida (Guzmán, L. 2017), lo cual representa un momento de transición fuerte, considerado así por marcar el término de la infancia y por la aparición de algunos cambios biológicos (caracteres sexuales) y psicológicos (el cambio y definición de la personalidad) (Mansilla, 2014). Steisenberg, menciona que en la pubertad y después de ella el cerebro experimenta una importante maduración lo cual permite la adquisición de nuevas competencias cognitivas que harán que las personas en la última etapa de la adolescencia alcancen razonamientos similares al de las personas adultas (Citado en Oliva et al., 2017). Muchas veces los comportamientos que adquieren los adolescentes se deben a que se encuentran en la formación de su identidad ante lo cual se abren a ideas y experiencias nuevas que pueden poner en riesgo su salud en edades más avanzadas como el consumo de drogas, de alcohol o problemas de alimentación (Oliva et al., 2017). Por otro lado la personalidad y el manejo de sus emociones, tendrá que ver con la comprensión y la conciencia emocional que el niño adquiera para desarrollar estrategias adecuadas que le permitan regular y expresar sus emociones así como para resolver problemas y hacer uso de habilidades socioemocionales,

lo cual a su vez dependerá de factores como: la edad, temperamento, educación emocional recibida, contexto (social, cultural, circunstancial) en el que se desarrolle (Delgado, 2009) y las relaciones que vaya formando. Hay varios factores importantes en esta etapa del desarrollo para que la persona tenga una mejor conciencia y atención emocional como lo son las relaciones que pueda ir formando desde la niñez, el autoconcepto, la autoestima entre otros que se desglosan más adelante.

### **3.2 La importancia de las relaciones entre iguales.**

Los seres humanos son gregarios por naturaleza, los humanos crean grupos de iguales para medir su nivel de aceptación o rechazo dentro de éste de acuerdo con la popularidad adquirida (López, 2017; Delgado, 2009). Es gracias a la conciencia que el niño adquiere del otro y de sí mismo que puede generar pensamientos y sentimientos respecto a los otros y así crear clasificaciones dentro de su grupo de iguales (Delgado, 2009; Fernández y Goñi, 2008).

Desde los primeros años de vida la persona se encuentra con normas sociales de conducta, leyes, reglas y valores (López, 2017; Delgado, 2009) que le permiten incluirse en la sociedad, la preocupación por ser aceptado va aumentando conforme el niño avanza en edad. Es a partir de los 6 años que el niño se hace más consciente de sus logros y fracasos y así comienza a valorarlos por sí mismo, de acuerdo a esa valoración el individuo mostrará cierta seguridad o inseguridad, especialmente en sus interacciones sociales, de los 8 a los 12 años la aceptación social será lo más importante para el niño y adolescente (Fernández y Goñi, 2008), para el adolescente la exclusión le generará estados de estrés, frustración y

tristeza, para el la aceptación del grupo de pares y del aspecto físico, serán elementos primordiales en la autoestima y en la aceptación de su imagen (Jiménez, 2014).

Delgado (2009) identificó 5 categorías en las que los niños se encuadran entre sí y que les permite entrar en un juego de selección del otro según su conducta: populares, rechazados, ignorados, controvertidos y promedios, estos encuadres se dan a pesar de los sesgos cognitivos de la información social sobre lo correcto e incorrecto.

La categoría más frecuente son los niños promedio y controvertidos, los cuales presentan conductas tanto positivas como negativas, se ha observado que en presencia de adultos presentan las positivas pero las negativas en ocasiones sólo son percibidas por sus iguales. Los populares son quienes muestran mayores habilidades en lo relacionado a la esfera social y mayor independencia para resolver conflictos, mientras que los niños rechazados presentan problemas internalizados y externalizados entre los que destacan la dificultad para relacionarse con los demás, lo que se debe a las estrategias que utilizan para interactuar, adaptarse y sentirse satisfechos, lo que se hace complicado porque constantemente buscan compararse con sus iguales. Las conductas que los niños generalmente tienden a rechazar son la conducta agresiva, la conducta inmadura o infantil y el retraimiento social (Delgado, 2009).

El retraimiento social forma parte de los problemas internalizados (Vallejo, Osorno, Mazadiego et al., 2008; Hernández, del Palacio, Freyre y Alcázar 2011), los niños con retraimientos social podrían identificarse como niños tímidos, callados o aislados; generalmente hacen atribuciones internas de sus fracasos sociales, no sobresalen en conductas negativas ni prosociales y los profesores generalmente los ubican como buenos alumnos, sin embargo, cuando sus iguales notan el aislamiento comienza el rechazo

(Delgado, 2009), esta situación lleva al niño a buscar escapes emocionales llegando a recurrir a conductas inadecuadas tales como consumo de drogas, problemas alimenticios, entre otros (Hernández, 2011). Aunque estos niños son capaces de procesar adecuada y competentemente la información social de manera hipotética o interpersonal no logran resolverlo o cumplir con sus objetivos en situaciones reales (Delgado, 2009). En muchas ocasiones los niños con obesidad son rechazados por sus iguales y se presentan como retraídos sociales debido a las burlas, el hostigamiento y los estigmas sociales a los que están expuestos lo cual crea en ellos inseguridad personal y perturbaciones emocionales. El niño que es rechazado es privado también de experiencias y habilidades sociales que solo se desarrollan a través de la relación con los iguales por la simetría que hay entre estos, algunas de las cosas que se desarrollan en esta relación simétrica son la resolución de conflictos de forma creativa y constructiva, el principio de reciprocidad y el sentimiento de pertenencia al grupo (Delgado, 2015, Delgado, 2009), en muchos de los casos es el mismo grupo un obstáculo para el niño en sus intentos de mejora, debido a la interpretación negativa que el grupo le da a sus acciones (Eisenberg, 1992 citado en Calvo, 2006; López, Etxebarria, Fuentes, y Ortiz, 2001; Abarca, 2003). La adaptación permite al individuo la resolución de tareas y conflictos, Catalano (2004) consideró importante fomentar la competencia social en los adolescentes pues ella influye en la capacidad de adaptación y permite al adolescente tener relaciones humanas positivas al desarrollar habilidades como la comunicación, la capacidad para negociar y la resolución de conflictos (como se citó en Oliva et al., 2017).

### **3.3 Autoconcepto**

El autoconcepto, la autoestima y la imagen corporal son construcciones sociales que se desarrollan conforme pasan los años. Estas construcciones se forman a través de las evaluaciones e inferencias que el individuo hace sobre sí mismo a partir de compararse con los otros y de la opinión que escuchan que los otros tienen sobre ellos, es hacia el final de la infancia cuando dichos constructos se vuelven más sólidos, los factores más influyentes sobre la formación de estos constructos son los padres, los iguales y la cultura (López, 2017; Celada, 2013; Delgado, 2009; Fernández y Goñi, 2008).

A la percepción que cada persona tiene sobre sí misma se le conoce como autoconcepto, esta percepción sobre lo que somos o creemos que somos depende de la interpretación que cada quien le da a sus emociones, conductas, valoraciones recibidas por los otros, las experiencias de éxito y fracaso y las comparaciones sociales. El autoconcepto es el resultado de una mezcla de imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos a los demás, ante lo cual serán la familia, la escuela y sociedad los factores más influyentes en la construcción del autoconcepto (González y Tourón, 1992). Conforme se avanza en edad aumenta la conciencia del niño sobre los patrones y estereotipos sociales así como la aceptación, la influencia de normas y valores con los que se puede comparar de acuerdo a su cultura (López, 2017).

El Yo denota una dimensión autorreferencial de experiencia humana que ayuda al desarrollo del sentido de identidad, el Yo desde la teoría de la autodiscrepancia de Higgins, analiza los componentes de la identidad partiendo desde los puntos de vista del yo y de los dominios del yo, entre los dominios del Yo se encuentran el yo real, el yo ideal, el yo potencial, el que debería ser y el yo futuro, esta teoría propone que el yo real es la base del



autoconcepto (Figueroba, 2017) aunado a una de las experiencias del yo existencial (Hill, 2013). El niño se hace consciente de que es un ser individual, que es diferente de los otros y que sigue existiendo en espacio y tiempo a pesar de los demás, esta conciencia se adquiere desde que logra reconocerse a sí mismo lo cual ocurre desde muy temprana edad (Gómez, 2014), después de adquirir esta conciencia se sumará al autoconcepto la experiencia del Yo categórico, que se refiere a la conciencia de que además de ser un ser individual también es un objeto en el mundo, que tiene propiedades y que puede categorizarse. Las categorías de los niños tienden a ser muy concretas y su pensamiento es totalitario (bueno-malo, todo-nada), al principio el autoconcepto de los niños es muy superficial por la corta experiencia social a la que se han expuesto pero con el paso del tiempo a partir de los 6 años comienzan a incluir aspectos más trabajados por la pertenencia e inclusión de sus iguales.

En la transición de la niñez a la adolescencia se rompe la armonía que se había alcanzado respecto a su autoconcepto en la etapa de la niñez, puesto que los adolescentes tienden a cuestionar sus sistemas de creencias, filosofía de vida o sus expectativas de futuro en busca de su identidad, van siendo más cuidadosos y selectivos en sus relaciones pues su experiencia y sus contextos sociales se han ampliado lo cual supone asumir diferentes roles y comportamientos (Oliva, Antolín et al., 2017; Oliva, 2008), estos comportamientos pueden llegar a ser un poco temerarios y llegan a convertirse en conductas de riesgo por ejemplo el consumo de drogas, conducta antisocial o serios problemas alimentarios los cuales son las preocupaciones sociales sobre los chicos de esta edad y puede llevar a los adultos a tratar de evitar a toda costa que se desarrolle alguna de estas conductas de riesgo sin embargo una postura conservadora o demasiado precavida puede interferir con el logro de su identidad, su creatividad, la iniciativa personal y la tolerancia al estrés y sus

estrategias de afrontamiento puesto que ésta búsqueda de roles, conductas, comportamientos permite que el adolescente tome una mayor conciencia de su yo real y el ideal (Oliva, 2008, Oliva, A., Antolín et al., 2017). El autoconcepto incluye tres componentes que se relacionan entre sí: La autoestima, la imagen corporal y el yo ideal, incluso se podría considerar al autoconcepto como base de los 3 (López, 2017).

### **3.4 Autoestima**

La autoestima es una dimensión fundamental del ser humano y está siempre presente en nuestra conducta, aunque a veces pase inadvertida para nosotros mismos, tiene que ver con una evaluación que efectúa y mantiene el individuo en referencia a sí mismo: Expresa una actitud de aprobación y desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor (Coopersmith como se citó en Cueva, 2017)

La autoestima es un constructo psicológico con gran influencia en la forma en la que los seres humanos se desempeñan en su vida diaria, si bien existen diferentes conceptos (Cueva, 2017), para este trabajo se definió como el valor global que la persona se da con base a una evaluación positiva o negativa sobre sí mismo, con relación en la confianza que cada individuo tiene sobre sus capacidades y recursos adquiridos para enfrentar la vida y que le permiten sentirse merecedor, importante y capaz.

El crecimiento y construcción de una persona, así como el desarrollo de la autoestima no es meramente individual ni se reduce a algo genético, sino que es una consecuencia de la relación e interacción entre el individuo en desarrollo y su entorno del cual se destacan 3 factores los familiares, sociales y culturales, a continuación, se describen cada uno de los factores:

*Familiares:* tiene que ver con el amor pues es lo que le da al ser humano un sentido de vida y la capacidad para reconocer la dignidad de sí mismo y de los otros, la familia es el primer grupo con el que se relaciona el niño y donde adquiere y aprende de su valía, durante la infancia son los cuidadores los encargados de proporcionarle seguridad al niño a través del trato, del afecto, del respeto, entre otros (Hill, 2013; Delgado, 2009; López, 2017; Branden como se citó en Cueva, 2017). El que un adolescente presente un desarrollo saludable dependerá de las relaciones que mantenga con su entorno.

*Sociales:* La persona necesitan de los otros para reconocer sus capacidades y para practicar sus valores. El rechazo o la aceptación dentro de los grupos (familia, escuela, etc.), hacia un individuo favorece o perjudica su confianza, así como las experiencias de éxito o fracaso dentro del ambiente en el que se desarrolle (Rosemberg y Cooporsmith de Cueva, 2017; López, 2017; Hill, 2013).

*Culturales:* En gran medida la cultura define los valores, las enseñanzas que se “deben”adquirir, por ejemplo: en el nivel académico en primer año de primaria se aprende a leer, esto definirá su concepto de éxito o fracaso, es decir que marca una pauta para la comparación. (Cueva, 2017; Hill, 2013).

De los 6 a los 12 años la parte social dentro y fuera de la familia, le dará a la persona en desarrollo un sentido de ser competente; en la medida en que esto no ocurra puede aparecer un sentido de inferioridad, en la adolescencia la persona entra en un conflicto psicológico interno en la búsqueda de una identidad propia, quiere ser diferente de los otros pero al mismo tiempo quiere la aceptación de ellos, lucha por ser autónomo sin renunciar totalmente a la dependencia de sus padres, quiere ser escuchado y comprendido por lo que busca modelos e ideales en los que pueda confiar y respetar, que le sirvan de referencia

para su desarrollo personal y encontrar respuesta a sus dudas. Si las figuras significativas o de autoridad para el adolescente lo rechazan, lo avergüenzan o humillan pueden llegar a afectar de manera significativa el autoestima del menor (Mejía, Pastrana y Mejía, 2011).

Para Coopersmith y Rosenberg la autoestima puede clasificarse en alta, media y baja, las personas con autoestima alta están conformes consigo mismos, se aceptan y confían en sí mismos, las personas con autoestima media no se aceptan del todo y no están satisfechos consigo mismos, no se consideran superiores ni tampoco inferiores a los demás, por último las personas con baja autoestima tienen una opinión negativa y despreciativa de sí mismos, de insuficiencia minusvalía en comparación a los otros (Cueva, 2017; Hill, 2013). La autoestima no está determinada, es decir, si alguien presenta baja autoestima no quiere decir que esté destinado a presentarla toda su vida, la autoestima puede variar de una situación a otra sin embargo la autoestima si puede limitar el uso de las capacidades y recursos personales en cualquier momento en que se encuentre la persona (Hill, 2013, Cueva, 2017).

### **3.5 Imagen corporal**

La preocupación por la apariencia física ha existido ya desde hace mucho tiempo, la necesidad del ser humano de sentirse aceptado avanza conforme a la edad (Vaquero, Alacid, Muyor y López, 2013; Hernández, Alves, Arroyo, y Basabe, 2012), esto hace que las figuras e ideales de las que se hablaban anteriormente cobren vida y sentido en la persona. Existe un concepto conocido como el “yo ideal” que precisamente se refiere a cómo es que la persona desea ser y cómo cree que debería ser de acuerdo a los modelos de vida que escoja, de las experiencias adquiridas a lo largo de la vida y de los mensajes de los

otros (Hill, 2013). Lamentablemente la selección de las figuras ideales y los estándares de belleza están muy ligados y condicionados por cada sociedad y cultura a través de los mensajes externos que desde la niñez se van aprendiendo lo cual se puede constatar en su dinámica de juego (Jiménez, 2014). Ahora bien, es en la niñez donde se forman las figuras ideales, pero es en la adolescencia donde comenzarán a ponerse en práctica (Vaquero et al., 2013). Como se había mencionado para los adolescentes es importante la aceptación dentro de sus iguales, el adolescente analiza su cuerpo y las posibilidades que hay en su entorno para mejorar su apariencia que en muchas ocasiones son las que la moda y la cultura a la que pertenece le ofrece (Mancilla et al., 2012), el seguir la tendencia de alguna forma le da una oportunidad de ser aceptado dentro del grupo, esta acción le ayuda a ir integrando su autoimagen. Contreras, Hernández, y Freyre, (2016) y Hernández et al., (2012) mencionan que el seguimiento de los modelos sociales y de apariencia pueden llegar a propiciar la alteración de la imagen corporal, provocando principalmente insatisfacción corporal. La insatisfacción corporal está muy relacionada con cuestiones de autoestima y con problemas de alimentación y del estado nutricional (Jiménez, 2014). Es común que las personas no estén conformes con su cuerpo e incluso se ha creado el término “malestar normativo”, ya que la mayoría de las personas no están conformes con alguna o con varias partes de su cuerpo y tratan de modificarlo, sin embargo, estas modificaciones no interfieren con su vida cotidiana ni afectan su salud. El problema se detona cuando las personas comienzan a recurrir a conductas nocivas para la salud queriendo modificar su imagen corporal y van detrás de un ideal que no logran alcanzar, es ahí donde se detecta una insatisfacción corporal (Mancilla et al., 2012). Una imagen corporal negativa incrementa la posibilidad de

aparición de conductas alimentarias de riesgo para controlar el peso (Contreras et al., 2016; Hernández et al., 2012).

Existen muchas definiciones acerca de lo que es la imagen corporal, una de ellas es la de Schilder (1950) quien define a la imagen corporal como la figura de nuestro propio cuerpo en nuestra mente (Baile, 2003; Jiménez, 2014), lo cual indica que no necesariamente lo que se percibe refleja la apariencia física real (Hill, 2013; Vaquero et al., 2013). La imagen corporal va más allá de lo corpóreo y biológico pues viene acompañada de una parte simbólica, esto se puede observar desde los primeros años de vida (Marca y Rodríguez de Cueva, 2017). Durante los 2 primeros años y con ayuda de sus cuidadores el niño se hace consciente de que tiene un cuerpo propio y a los 3 años adquiere identidad sexual (Tarrés, 2017), por lo cual a partir de esta edad el niño se identifica como un ser único y diferenciado esto lleva al niño a jugar y aceptar ciertos roles sociales (Mateu, 2019). Ahora bien, la imagen corporal se ve influenciada por los estándares de belleza difundidos por los medios de comunicación, la familia, los amigos, entre otras cosas, pero serán las valoraciones y actitudes que el individuo haga sobre su propio cuerpo las que pueden propiciar que se presente alguna alteración o no alteración de su imagen (Vaquero et al., 2013; Hill, 2013, Casillas, Montaña, Reyes, Bacardí y Jiménez, 2006). Cuando el yo ideal y la autoimagen de una persona son similares, entonces puede hablarse de un estado de congruencia, pero si estos conceptos difieren mucho es probable que afecte a la autoestima y al autoconcepto.

Al hablar de alteración de la imagen corporal se hace referencia a la distorsión o deformación de la concepción del propio cuerpo (Jiménez, 2014). La imagen corporal se conforma de 4 factores, el perceptual, el cognitivo, el afectivo y el conductual, los cuales

tienen que ver con percepciones, pensamientos, emociones y sentimientos que el individuo tiene respecto a su cuerpo o a alguna parte de él, y el comportamiento y actitudes que se adquieren en respuesta (Vaquero et al., 2013; Jiménez, 2014).

Dentro de la literatura se han usado los términos insatisfacción corporal y alteración de la imagen corporal indiscriminadamente y utilizando instrumentos que miden diferentes cosas bajo dichos términos (Baile, 2003) lo que complica la comprensión y medición de ellos, en respuesta Vaz, et al y Thompson han propuesto que el término insatisfacción corporal incluye la alteración de la imagen corporal (Baile, 2003), y que al utilizar el término alteración de la imagen corporal se debe especificar el aspecto de la imagen corporal que se considera alterado, entonces al hablar del aspecto perceptual alterado se hablará de problemas acerca del cómo es que alguien siente, ve y experimenta su cuerpo o alguna de sus partes, en cuanto a tamaño y forma. El aspecto cognitivo tiene que ver con los pensamientos, ideas, creencias, valoraciones que se hacen respecto al cuerpo, el aspecto afectivo incluye sentimientos y emociones respecto al cuerpo o a una parte de éste y por último el aspecto conductual tiene que ver con las actitudes, acciones o comportamientos que se toman a partir de los aspectos anteriores (Vaquero et al., 2013; Baile, 2003; Jiménez, 2014). Los problemas de alteración de la imagen corporal repercuten mayormente en los adolescentes pues son ellos quienes están más abiertos y expuestos a las influencias y estereotipos sociales por la importancia que le dan a la imagen perfecta del cuerpo y aunque en la literatura los problemas con la imagen corporal se relacionan más con la anorexia y la bulimia, existe evidencia (Casillas et al., 2006; Hernández et al., 2012) de que la imagen corporal es un factor importante en el problema de la obesidad (Hernández et al., 2012; Casillas et al., 2006).

La forma en la que alguien percibe y experimenta su cuerpo se relacionará significativamente con su autoestima y su autoconcepto (Baile, 2003). El desarrollo del autoconcepto debería avanzar hacia la integración de los atributos positivos y negativos, pero si se excluye al niño y solo se le dan respuestas y valoraciones negativas se puede llegar a frenar su desarrollo y dirigirlo a una autovaloración negativa ocasionando problemas de conducta y problemas emocionales (depresión, problemas en las relaciones sociales, de alimentación, desesperación o suicidio) (Fernández y Goñi, 2008; Delgado, 2009; Cebolla, Baños, Botella, Lurbe, y Torró, 2011).

Los apegos seguros son un factor de protección ya que le permiten al niño ser más positivo y benévolo con el mismo (Delgado, 2009). El apego es el vínculo, una relación emocional que tiene el recién nacido con sus cuidadores, la comunicación emocional entre los cuidadores y el niño define en gran medida el desarrollo emocional del niño, las relaciones de apego se crean a través del contacto físico y verbal, el apego puede ser seguro o inseguro según el contacto y las palabras que se ejerzan dentro de la relación, si dentro de la relación se da el reconocimiento, la protección, palabras con ternura, cariño, etc., el niño desarrollará un apego seguro, si en la relación se ejerce todo lo contrario entonces se creará un apego inseguro lo cual generará en el niño inseguridad, ansiedad, separación, incertidumbre, tristeza, etc. (López, 2017; Delgado, 2009). Es importante dar soporte a los niños en edad escolar para que puedan obtener autoconceptos y autoevaluaciones más saludables ya que muchos de ellos tienen dificultades para describir e identificar sus malestares emocionales, el apoyo familiar y el estudio de los aspectos psicológicos que participan en la obesidad son fundamentales para su tratamiento y prevención. (Días y Enríquez, 2011; Delgado, 2009).



### **3.6 Expresividad emocional**

Las emociones son procesos básicos afectivos que producen reacciones psicofisiológicas en las personas ante situaciones relevantes para ayudarles a adaptarse, cada emoción se experimenta diferente, pero todas tienen 3 canales de respuesta: cognitivo/experiencial; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009). Para Harris, Johnson, Hutton, Andrews y Cook (1989), las emociones dependen de las creencias y se caracterizan por ser intensas y específicas, ayudan al ser humano a adaptarse y llevan al individuo a comportarse congruentemente con ellas aun cuando la creencia de origen pudiera no ser cierta (como se citó en Delgado, 2009).

Después de los 6 años, los niños comienzan a darse cuenta que pueden ocultar emociones, que hay una emoción real y otra manifiesta, ésta lucidez le da al niño la posibilidad de ocultar la emoción de manera consciente y adecuar su conducta a algunos contextos y a ciertas normas de expresión que se rigen acorde a las conductas socialmente aceptadas por la cultura en la que crece (Bernilla, 2019; Delgado, 2009), por ejemplo: los niños pueden dar las gracias al recibir un regalo que no deseaban lo que les ayuda a proteger la privacidad, la autoestima y a su vez obtienen resultados positivos inmediatos. Por otro lado, se han hecho evidentes las diferencias entre sexos en cuanto a la expresión de emociones, en la cultura occidental las mujeres tienden a ocultar las emociones de enojo y a falsearlas para conseguir beneficios inmediatos, mientras que los hombres tienden a ocultar emociones como miedo o tristeza (Delgado, 2009).

Por mucho tiempo se ha pensado que las diferencias entre sexos de la expresión de emociones se debe a causas biológicas, se asevera que las mujeres son más expresivas que los hombres, sin embargo, estudios como los de Kelly y Hudson (1999), revelan que estas

diferencias más que biología son estereotipos sociales (como se citó en Alcalá, Camacho, Giner e Ibañez, 2006). De acuerdo a lo anterior se ha concluido que el contexto le mostrará al niño la frontera socialmente aceptable entre lo que siente y lo que expresa, entre lo que puede o no mostrar a los demás (Delgado, 2009), generalmente las reglas culturales como lo plantean Wallbott y Scherer, 1989 promueven la expresión de emociones positivas y reducen la expresión de emociones negativas (como se citó en Gross y John, 1997), lo cual da pauta para el estudio de lo que se conoce como expresividad emocional (EE) .

La expresividad emocional (EE), es la capacidad o la tendencia que las personas tienen para expresar y exhibir sus emociones y/o estados emocionales a través de conductas observables, estas conductas pueden ser positivas o negativas, se expresan a través de los llamados canales de expresión los cuales pueden ser: facial, vocal o gestual (Kring, Smith, y Nale, 1994; Piemontesi, 2012). La EE se clasifica en expresión positiva y negativa, de acuerdo a las emociones que se expresen con mayor frecuencia. La expresividad positiva es la tendencia a expresar emociones positivas y se distingue empíricamente de la expresividad negativa. La expresividad negativa entonces es la tendencia a expresar emociones como asco, enojo, ansiedad, miedo, etc. La EE se ve influenciada por las experiencias diarias de cada persona, y por la valoración que uno les da a esas experiencias (Gross y Jhon, 1997). Además de la expresión positiva y negativa, existe lo que Larsen, Diener y Emmons, (1985,1987) llamaron intensidad afectiva, que se refiere a la intensidad con la que se experimenta la emoción, cada persona experimenta sus emociones con una intensidad propia, y cada una difiere a lo largo de una dimensión de intensidad emocional, ésta refleja la fuerza de respuesta o de expresión emocional y no de valencia emocional ante un estímulo. Las personas expresivas emocionalmente reportan una mejor calidad de

vida en cuanto a la autoestima y sensación de bienestar, además reportan mayor satisfacción con la vida y menores niveles de anhedonia social (Gross y John, 1997; Kring et al., 1994 de Piemontesi, 2012). Durante la transición de la niñez a la adolescencia las emociones se viven de manera más intensa y diferente, en el caso de los adolescentes los cuidadores tienen un rol fundamental para que éstos logren regular y expresar sus emociones, la expresión adecuada de ellas marcan la diferencia entre un buen funcionamiento psicológico y social y uno que no (Delgado, 2009).

### **3.7 Afecto positivo y negativo.**

El afecto es un término genérico que acoge o que tiene en sí emociones y estados de ánimo que experimentan las personas (Robbins y Judge, 2009), que se altera bajo ciertas circunstancias de ganancia o pérdida a lo largo de la vida (Cantzaro, 2001; Pauchard-Hafemann citados en Grimaldo, 2003) un estímulo trae consigo cambios fisiológicos y cambios psicológicos que se hacen evidentes en las conductas o en las verbalizaciones (Grimaldo, 2003), para Watson y Tellegen los afectos pueden agruparse en dos dimensiones la positiva y la negativa cada una independiente de la otra, ambas pertenecientes al modelo bifactorial (Joiner, Catanzaro, Laurent, Sandín y Blalock, 1996; Sandín., 2003; Balladares y Saiz, 2015). La diferencia entre positivo o negativo tiene que ver con la principal dimensión de la experiencia afectiva de algún fenómeno experiencial que no se reduce a un estado de humor o al bienestar personal (Grimaldo, 2003).

El afecto positivo (AP) representa la dimensión de emocionalidad placentera que se expresa como optimismo, alegría, el entusiasmo, extroversión, motivación, sentimiento de dominio, logro y éxito, anticipa experiencias gratificantes para la persona, influye en una

buena toma de decisiones y afrontamiento de conflictos, estimula la creatividad y es considerado como un factor protector de enfermedades (González, Herrero, Viña, Ibañes y Peñate, 2004; Ramos, Hernández y Álvarez, 2019; Padrós, Soriano y Navarro, 2012; Balladares y Saiz, 2015; González, N., Domínguez, A., y Valdez. 2017), se ha correlacionado al AP con la participación social y se ve influido por factores situacionales. Ahora bien, el afecto negativo (AN) es una dimensión general de angustia o distrés que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de diferentes situaciones (Piquera et al., 2009), dicha dimensión incluye emociones como disgusto, ira, culpa, miedo, ansiedad y nerviosismo también se le ha relacionado con deterioro de salud y es influido por factores de personalidad (Martín, Riquelme y Pérez, 2015; Grimaldo, 2003; Martín et al., 2015).

Watson y Tellegen (1988) después de su primer modelo buscan explicar la diferenciación de la ansiedad y la depresión encontrando que el AN constituye el aspecto común entre dichos padecimientos (González, N., Domínguez, A., y Valdez, J. 2017; Sandín, Chorot et al., 2012; Sandín, 2003; Moral, 2011), más tarde Clark y Watson (1991) complementan la diferenciación conceptual de la ansiedad y la depresión e introducen una nueva propuesta llamada el modelo tripartito donde se agrega la activación fisiológica como un elemento más y que va a ser parte de la sintomatología de la ansiedad, la activación fisiológica se va a relacionar con el afecto negativo y la falta de afecto positivo.

La ansiedad es un mecanismo de defensa natural con el que todos nacen, es un conjunto de reacciones físicas y psicológicas que aparecen o surgen en respuesta a exigencias de la vida cotidiana que le representan al sujeto alguna amenaza o peligro, mientras que la depresión es un problema de salud mental (Robles, 2020), que se

caracteriza por un estado de ánimo bajo, tristeza o sentimientos de desesperanza, se puede llegar a presentar poco interés por las actividades que comúnmente generaban placer, variación fuerte en el peso, dificultades en el sueño (hipersomnia o insomnio) y falta de energía. La depresión también se caracteriza por pensamientos recurrentes relacionados con culpa excesiva o sentimientos de inutilidad, y en los casos más graves, ideas de muerte, ideación suicida a lo largo de varios días, intento suicida y suicidio. Es común que las personas depresivas y ansiosas presenten características y comportamientos similares puesto que son síndromes comórbidos complicando su distinción, el modelo tripartito de la ansiedad y la depresión de Clark y Watson, explica que cada uno de estos síndromes tiene características propias. En la depresión destaca la anhedonia, y en la ansiedad la hiperactivación fisiológica sin embargo ambas tienen en común el afecto negativo (Padrós et al., 2012, Sandín , 2003; González, Herrero, Viña, Ibáñez y Peñate, 2004; Joiner et al., 1996; Martín et al., 2015).

Tanto la ansiedad y la depresión pueden estar presentes durante la niñez y la adolescencia y afectar su desarrollo ya que los adolescentes al presentar cambios hormonales y la necesidad de adaptarse al cambio al que se enfrentan tienden a presentar síntomas de ambos problemas así llegan a estar tristes o decaídos, tener un mal estado de ánimo o melancolía, la ansiedad puede producir confusión y distorsiones de la percepción y tiende a impactar en los procesos del pensamiento y del aprendizaje afectando así el funcionamiento social, emocional y académico del niño o adolescente.

### **3.8 Regulación Emocional**

La correcta regulación emocional (RE) es un tema que se ha relacionado con la buena salud mental mientras que su desregulación o el uso de estrategias desadaptativas tiende a relacionarse con diferentes problemas psicológicos emocionales y del estado de ánimo entre ellos están los relacionados con la ingesta alimenticia (Rodríguez et al., 2017). Son varios los autores interesados en las emociones y en su regulación, y aunque no se ha llegado a un acuerdo concreto sobre su definición (Cole, Martin y Dennis, 2004 citado en Cabello, Fernández, Ruíz-Aranda, y Extremera, 2006; Gómez y Calleja 2016; Hervas y Vazquez, 2006). Grandes investigadores como Thompson y Gross (2007) han definido a la RE como los esfuerzos que hace el individuo, de manera consciente o inconsciente, para influenciar la intensidad y la duración de sus emociones respecto del momento en que surgen, la experiencia que conllevan y su expresión (Gómez y Calleja, 2016; Rodríguez et al., 2017).

Partiendo de esta definición se puede afirmar que la RE:

1. Es un proceso que el individuo lleva a cabo para modular e influenciar en la intensidad y duración de sus emociones respecto al momento en que surgen.
2. Modifica la experiencia y la expresión de ellas en función del comportamiento.
3. Permite que el individuo realice propósitos personales, sociales y de adaptación.
4. Opera en función del contexto y de los propósitos personales (Thompson y Gross citado en Gómez y Calleja, 2016)

Para llevar a cabo una buena regulación emocional se tiene que hacer consciencia sobre que emociones se experimentan, cuando y como es que se expresan (Dan Glauzer y Gross, 2013 de Rodríguez et al., 2017). El proceso de regulación emocional comienza

desde la generación de la emoción hasta su expresión; su regulación que puede ser adaptativa o desadaptativa, extrínseca (alguien ajeno a la persona) o intrínseca (realizado por la persona misma) (Thompson 1994, Gross, 1998 de Gómez y Calleja, 2016; Dan-Glauser y Gross,2013 de Rodríguez,2017).

Gross ha propuesto un modelo de regulación que permite diferenciar los procesos que intervienen en la generación de la emoción (Cabello et al., 2006; Hervas y Vazquez,2006), para ello hay que entender que existen componentes básicos de la emoción (respuesta fisiológica, experiencia y comportamiento) los cuales pueden ser modificados a través de las estrategias de regulación, ya que éstas alteran la coherencia entre los tres canales, la emoción puede regularse antes, durante o después de que ha sido generada (Gross, 1998; Dan Glauser y Gross, 2013 citado en Rodríguez et al., 2017), todo este proceso conlleva a una respuesta emocional que es el resultado de un estímulo o evento relevante externo o interno que desencadena mecanismos de la emoción produciendo cambios cerebrales y fisiológicos (Hervas y Vazquez,2006). El modelo comienza especificando la secuencia del proceso de generación de la emoción y distingue dos tipos de estrategias de regulación, las que están centradas en los antecedentes de la emoción y las centradas en la respuesta emocional.

Se pueden identificar cinco estrategias regulatorias:

1. Selección de la situación: Se refiere a la elección que tiene el individuo de acercarse a ciertas actividades, personas o lugares. La persona elige si entrar o no a una situación que le puede generar una emoción. Un ejemplo es cuando una persona va caminando y se encuentra en una encrucijada el primer camino es oscuro y solitario el segundo es concurrido y ruidoso la persona elegirá en cual adentrarse o simplemente irse o regresar.

2. Modificación de la situación: esta estrategia se da si se tiene control de alguna situación, si se ha seleccionado la situación entonces viene la modificación de ella, el individuo pretende modificar el impacto emocional que conlleva la situación. Siguiendo con el ejemplo anterior si el individuo eligiera el camino ruidoso tendría que mentalizarse en cuestión del ruido y la gente que habrá por lo cual podría modificar la situación del ruido al ponerse audífonos para disminuir el ruido.

3. Despliegue atencional: consiste en elegir aspectos específicos de la situación en las que el individuo se va a enfocar. Con el ejemplo del individuo y el ruido un despliegue atencional sería poner música y audífonos pues su enfoque estaría en ello y no en el ruido. Hacia los 8 años los niños se dan cuenta de que pueden no tener en la mente el acontecimiento que provoca una emoción no deseada y que pueden redirigir la atención internamente.

4. Cambio cognitivo: Se da después de enfocar los aspectos y consiste en transformar el significado que se da a la situación. Tiene que ver como su nombre lo dice con el manejo de pensamientos, evaluaciones e interpretaciones acerca de las situaciones, de los demás y de nosotros mismos. Por ejemplo, un bailarín que piensa que se equivocará constantemente y tiene miedo por ello, si transforma su pensar en que cualquiera puede equivocarse y puede que no se equivoque, ahí se está aplicando el cambio cognitivo. Es improbable que esta estrategia se dé antes de los 8 años porque antes de los 8 años los niños recurren más bien a reponer con hechos fantásticos la emoción no deseada (Delgado, 2009).

5. Modulación de la respuesta: Consiste en modificar la respuesta (fisiológica, conductual o experiencial) que se da ante una situación, generalmente se busca la supresión o reducción de uno o varios componentes de la respuesta emocional, aquí juegan un papel importante



las llamadas estrategias de regulación baja o supresivas que surgen al tratar de inhibir el comportamiento expresivo de la emoción es decir no mostrar la emoción, estas estrategias son la supresión, la negación, la disociación, rumiación o aislamiento que también forman parte de lo que se conoce como desregulación emocional. (Rodríguez et al., 2017).

A la incapacidad para reconocer, regular, afrontar y expresar emociones que se experimentan y que son mayormente negativas, se le conoce como desregulación emocional, al sentirse incapaz de tolerarlas, recurre a ignorarlas o evitarlas tratando de escapar de ellas. (Rodríguez et al., 2017). Se pueden establecer diferencias entre la desregulación emocional y el afecto negativo puesto que sería un error tomarlas como un mismo constructo o situarlos en un mismo nivel (Contreras, 2017), mientras que la desregulación emocional es una deficiencia en la capacidad para modular las emociones por lo que éstas tienden a salirse de control, el afecto negativo hace referencia al constructo dimensional que representa estados emocionales displacenteros y malestar subjetivo (Contreras, 2017; Padrós et al., 2012). Existen estrategias de regulación emocional adaptativas y desadaptativas un claro ejemplo son las diferencias entre reevaluación cognitiva y la supresión, la primera es adaptativa y la otra no, la reevaluación cognitiva se da antes de que aparezca la respuesta emocional, se elabora una situación que genera una emoción y se revalora, modificando el impacto emocional para darle a la situación un enfoque positivo, mientras que la supresión se presenta después de que la respuesta se ha generado puede modificar el comportamiento de las tendencias de respuesta pero no reduce la experiencia de una emoción negativa y ésta puede continuar y acumularse sin resolver (Gross y John, 2003 citado en Cabello et al., 2006).

Una regulación emocional exitosa es un logro del desarrollo, requiere de cierta experiencia de vida y pasar por un proceso paulatino de interiorización de las estrategias regulatorias, para que la persona pueda tomar decisiones respecto a si mismo y de los demás (Delgado, 2009). En la infancia son los cuidadores los que ayudan al niño a regular sus emociones y hacerle frente a determinadas situaciones hasta la adolescencia, porque ellos son el primer contacto que el niño tiene, ésta ayuda se da hasta la llegada de la adolescencia porque es donde se desarrollan las estrategias de regulación emocional, pero, su consolidación y modificación se lleva a cabo en la adultez (Diamond y Aspinwall, 2003 citado en Gomez y Calleja, 2016; Delgado, 2009) además los niños tienden al aprendizaje por imitación, y generalmente los padres son las figuras de imitación, si las reacciones o el temperamento de ellos es dominado por la experiencia negativa no crearán apegos seguros. Los apegos seguros en el niño propician un mejor desarrollo, mayor seguridad y confianza en sí mismos, logrando desarrollar estrategias suficientes o adecuadas para regular sus emociones además de tener menos errores en la interpretación de emociones ajenas y mejores relaciones con sus iguales. Por otro lado, los niños que presentan desregulación emocional se ven afectados en su desarrollo socioemocional y tienden a ser rechazados por sus iguales, privándolos de algunas habilidades socioemocionales que no puede proporcionar el entorno familiar (Pompa, Gonzalez y Torres, 2010; Delgado, 2009; López-Morales, Pascalis, Gonzalez, Brito, y Sabag, 2014).

## **Capítulo IV Aspectos psicológicos de la obesidad**

La psicología se ha abierto campo en la conducta alimentaria debido a la relación que existe entre la alimentación con los estados emocionales y de ánimo (Peña y Reidl, 2015, García, 2016). La sobre ingesta, el abuso de la comida con bajo valor nutricional y altos en grasa así como el abuso de las dietas, entre otras cosas pueden generar alteraciones alimentarias y forman parte del entorno obesogénico en el que actualmente muchos de los niños y adolescentes viven y se desarrollan, también, las estadísticas muestran un incremento de niños y adolescentes que padecen obesidad, por ello se decidió poner un apartado dirigido a la obesidad infantil la cual tiene repercusiones en la edad adulta. En el capítulo anterior se abordaron temas que se encuentran dentro del desarrollo del niño y adolescente, en este capítulo se habla de cómo algunos de los temas anteriores influyen en el desarrollo y permanencia de la obesidad.

### **4.1 La obesidad infantil como problema de salud pública.**

La obesidad infantil es un problema de salud donde el niño o el adolescente se encuentra por encima de su peso normal, se caracteriza por el exceso de grasa corporal, una persona tiene un peso adecuado en función de su altura, su edad y su tipo de vida. Si un niño sobrepasa los niveles normales de masa corporal se convierte en obeso. Actualmente la obesidad infantil es considerada como la epidemia del siglo XXI, ha afectado tanto a países desarrollados como de bajos y medianos ingresos, México ocupa el primer lugar en obesidad infantil, son 3 de cada 5 niños los que presentan obesidad tan solo del periodo 2006 al 2012 se registraron alrededor de 5,664,870 niños entre 5 y 11 años de edad con sobrepeso y obesidad. Para los adolescentes se registró una prevalencia del 35.8 % en

mujeres, que son alrededor de 3,175,711 y 33.2% en hombres que representa 3,148,146 en todo el país (ENSANUT, 2012).

Las personas que presentan obesidad en su infancia o adolescencia tienen mayor riesgo de presentarla en la edad adulta y también mayor riesgo de presentar las enfermedades no transmisibles asociadas a ella (Ortega et al., 2013), en muchas ocasiones la obesidad en los niños se ha tomado a la ligera por algunas ideas culturales que no permiten hacer conciencia de las consecuencias que esta podría acarrear (Ortega, Martínez et al., 2014; Brito et al., 2014), ideas como que la obesidad en la infancia es un estado transitorio propio de la edad, incluso, se decía que el sobrepeso o la obesidad era signo de sanidad “un niño obeso es un niño sano”, lo cual provocaba que los padres normalizaran el que su hijo (niño o adolescente) no estuviera dentro de su peso (Mercado y Vilchis, 2013; Ortega, Hurtado et al., 2013; Ariza et al., 2015).

El entorno obesogénico propicia un desequilibrio energético por los alimentos que se consumen o por la poca actividad física, este entorno si bien puede deberse a los malos hábitos también puede desarrollarse por la poca asequibilidad y acceso que se tenga a la comida saludable y al ejercicio (Mercado y Vilchis, 2013), de igual modo, Arnaiz, (2010) ha mencionado que la población mexicana tiene un fácil acceso a la comida chatarra debido a factores de índole pragmático y económico, esta es una de las razones que contribuyen a la elevada prevalencia de obesidad en México, también Guzmán et al., (2010) mencionan normalmente son los niños quienes reciben mayor información publicitaria y son ellos quienes tienen mayor acceso a este tipo de comida. Las complicaciones a causa del sobrepeso en niños dependen del lapso entre el inicio del sobrepeso y la aparición de las manifestaciones asociadas, se clasifican en: Inmediatas, intermedias y tardías. Las

complicaciones tardías son las que aumentan la posibilidad de padecer enfermedades coronarias, hipertensión vascular, enfermedad renal vascular, arteriosclerosis, artritis, etc. y logran explicar la mortalidad en la vida adulta (Escudero, Morales, Valverde y Velasco, 2013).

#### **4.2 La Obesidad como Problema de la Conducta Alimentaria**

Se entiende por conducta alimentaria a las acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a motivaciones biológicas, psicológicas y socioculturales vinculadas con la ingestión de alimentos, su alteración da paso a las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) donde los patrones de ingestión se ven distorsionados (Saucedo y Unikel, 2010). Los TCA se destacan por ser parte del ya conocido modelo categórico con el cual se abordan y diagnostican muchos de los problemas psicológicos, sin embargo la obesidad no es uno de ellos. Uno de los principales sesgos que se han encontrado en el modelo categórico es el traslape de síntomas y a partir de ello se nota el crecimiento exponencial de nuevos diagnósticos, lo cual ha llevado a preguntarse, si dos o más trastornos son los que se dan juntos o es un mismo trastorno etiquetado de distinta forma (Contreras, 2017), ante este problema los investigadores se han dado a la tarea de estudiar otro modelo conocido como el modelo dimensional el cual permite abordar de diferente manera los problemas psicológicos al evaluar las dimensiones relevantes de un individuo, en función del grado en que se presenta algún problema, lo que permite establecer un conjunto de dimensiones básicas, reducir la inflación de categorías y poner más énfasis en la gravedad del trastorno, logrando identificar la funcionalidad de la persona (Krueger y Plasecki, 2002 citado en Hernández et al., 2011; Contreras, 2017). La

dimensión dentro de la psicología es un conjunto de magnitudes que sirven para definir un fenómeno psicológico (Hernández et al., 2011).

El abordaje y tratamiento de la obesidad también depende del estudio de la psicopatología de ella, muchos de los problemas de alimentación comparten características clínicas distintivas que son mantenidas por procesos psicológicos similares (Dias y Enríquez, 2011), el modelo dimensional ya ha ayudado a explicar la psicopatología de varios problemas psicológicos entre ellos se encuentran los problemas internalizados (reactividad emocional, la ansiedad, la depresión, las quejas somáticas sin causa médica y el retraimiento social) y externalizados (problemas manifiestos que reflejan conflictos con otras personas y la violación de las reglas de convivencia) (Hernández et al., 2011). Este mismo modelo podría ayudar a definir conductas alimentarias disfuncionales o problemas con la alimentación incluida la obesidad como uno de ellos y explicarlos desde la dimensionalidad, sin embargo, aún no hay investigaciones donde se estudie la obesidad a través de este modelo.

#### **4.3 Obesidad y sus Repercusiones Psicológicas**

Además de las afecciones físicas a la salud la obesidad también trae consigo repercusiones psicológicas en el individuo que la padece, esto podría relacionarse con la interiorización de la figura y el peso ideal que promueve la sociedad y los medios de comunicación, poniendo la idea de delgadez como signo de éxito y belleza, puesto que la obesidad se ha puesto como signo de fracaso, de falta de control e incluso se ha llegado a promover la creencia de que las personas con obesidad son diferentes y poco atractivas (Unikel, Diaz y Rivera, 2016). Estas ideas se han insertado tanto en la mente de los seres

humanos que han logrado que el cuerpo se vea como un objeto más, que se juzga y examina por los otros de acuerdo con su apariencia (Saucedo y Unikel, 2010). El seguimiento de los modelos sociales y de apariencia pueden llegar a propiciar la alteración de la imagen corporal y generar problemas de alimentación y del estado nutricional al incrementar conductas alimentarias de riesgo para controlar el peso (Contreras et al., 2016; Hernández et al., 2012).

En primera instancia la obesidad va a repercutir en la adaptación social del niño y el adolescente (Hernández, Rosero y Montenegro, 2015) por el rechazo, hostigamiento o burlas que pueden llegar a sufrir dentro de sus grupos de desarrollo debido a los estigmas sociales acerca de la obesidad, estos rechazos constantes privan al niño de experiencias y aprendizajes que sólo sus iguales pueden brindarle (Marcowits, Friedman y Rudgers, 2004 citado en Cebolla, et al., 2011), además de generar en ellos inseguridad personal y perturbaciones emocionales como depresión ansiedad, problemas con su imagen corporal, baja autoestima y con su autoconcepto (Mercado y Vilchis, 2013), estas afecciones y no saber cómo sobrellevar las propias emociones conducen al niño a conductas inadecuadas entre ellas los problemas alimenticios (García, Rivas, Hernández, García y Braqbien, 2016).

Existen estudios (Pallares y Baile, 2012; Sánchez y Ruiz 2015) que demuestran que los niños que presentan obesidad generalmente tienen una pobre percepción de sí mismos, baja autoestima e inconformidad con sigo mismos (Hernández, Rosero y Montenegro, 2015), en el caso de la baja autoestima y la relación que tiene con la obesidad no tiene que ver con la obesidad en si misma sino que se desencadena por la presencia de un factor intermediario que en este caso es una insatisfacción corporal elevada (Contreras et al., 2016), la insatisfacción corporal no solo se presenta en la obesidad sino que también se

presenta en diferentes problemas de la conducta alimentaria y se la ha considerado como una variable predictora, reguladora y mantenedora de dichos problemas (Mancilla, 2012).

#### **4.4 Obesidad, Afecto Negativo y Desregulación Emocional**

La sociedad ha señalado y estigmatizado a la obesidad y a las personas que la padecen lo cual tiende a generar ansiedad en ellos, y es precisamente la ansiedad a la que se le ha relacionado con los problemas de la conducta alimentaria (Solano y Cano, 2012), incluidos el acto de comer compulsivamente o el aumento en la ingesta de alimentos. La actividad de comer implica un gasto de energía al masticar en donde se desgarran y tritura la comida, esto se transforma en un modo de reducir la ansiedad aunque de manera momentánea, Calderón, Forns y Varea (2009) encontraron que cuando el índice de masa corporal (IMC) aumenta también lo hacen los índices de ansiedad, por otro lado la depresión también se ha identificado como consecuencia de la obesidad pero en este caso los estudios demuestran que es la insatisfacción corporal un factor predisponente para que se desarrolle dentro de la obesidad (Contreras et al., 2016). Tanto la ansiedad como la depresión se encuentran dentro de los constructos del afecto negativo y positivo, el alto afecto negativo junto a la desregulación emocional son parte importante para el desarrollo, mantenimiento, cronificación y recaídas de los problemas alimentarios (Rodríguez et al., 2017; Hernández et al., 2011; Cruzat y Cortez, 2008). La teoría de la regulación del afecto explica que las personas con afecto negativo recurren a las conductas alimentarias de riesgo (CAR) para disminuir su malestar emocional de manera momentánea y al reducirlo deciden mantener la conducta (Gianini et al., 2013; Haynos y Fruzzetti, 2011; Mills et al., 2015 en



Contreras 2017), estudios han demostrado que las CAR aumentan a medida en que aumenta el IMC (Unikel, Díaz y Rivera, 2016).

La mayoría de los niños y adolescentes que padecen obesidad se desarrollan en contextos inadecuados que no apoyan o ayudan al niño o adolescente a expresar y regular de manera adaptativa las emociones positivas o negativas, esta situación muchas veces los empujan a expresar la falla del contexto a través de conductas que no siempre resultan ser las más adecuadas, dentro de estas conductas están las que tienen que ver con la alimentación (Carrasco, Gómez, y Staforelli, 2009; Cebolla, et al., 2011; Montero, 2001; Jonides, Buschbacher y Barlow 2002 citado en Pompa et al., 2010).

El problema de la obesidad no es solo el ideal de delgadez o las experiencias emocionales, aunque se ha encontrado que las emociones participan en gran medida en la elección de alimentos no es la emoción en sí misma la que propicia que la persona tenga una ingesta excesiva sino la forma en la que se afronta la emoción (Aspen 1997 citado en Sánchez y Pontes, 2012), el individuo no controla las ideas que envían los medios de comunicación o la sociedad pero sí tiene cabida en el proceso de internalización de esas ideas así como en la generación de emociones y opiniones propias respecto a situaciones externas a él (Díaz et al., 2019). La teoría psicósomática de Kaplan y Kaplan indica que el aumento de la ingesta alimentaria es una conducta que se utiliza como estrategia disfuncional de afrontamiento de emociones negativas (Palomino, 2020), autores como Gil, Cejudo et al., (2019) han mencionado que las personas que padecen sobre peso u obesidad han reportado problemas para regular sus emociones, también se ha encontrado que las personas que son comedores emocionales se encuentran bajo algún sufrimiento emocional pero no alcanzan a identificar, aceptar o tolerar ese sufrimiento y terminan recurriendo a

estrategias de regulación que no son adaptativas como la supresión y la evitación (Cruzat y Cortez 2008; Lavender, 2015 citado en Rodríguez et al., 2017). La literatura señala que las emociones que aumentan la ingesta de alimentos son: la ira, apatía, frustración, estrés, miedo, pena, ansiedad inquietud, soledad y aburrimiento la mayoría de estas se incluyen dentro del mismo afecto negativo (Padrós et al., 2012). Contreras (2017) menciona al AN como un factor de riesgo que conecta con la conducta alimentaria disfuncional a través de la desregulación emocional, las personas que tratan de evitar problemas emocionales tienden a recurrir al uso de dietas restrictivas mientras que las personas que quieren reducir los estados emocionales desagradables que ya se experimentaron recurren al atracón pero en ambos casos lo que se está intentando es regular la emoción. En torno a la alimentación se han estudiado dos estrategias de regulación emocional: la reevaluación cognitiva que es antes de la respuesta frente a la emoción, esta estrategia es adaptativa y cambia el impacto de la emoción una vez que ocurre la situación; la segunda estrategia es la supresión que es desadaptativa y no disminuye la experiencia emocional.

#### **4.5 Obesidad y Expresividad Emocional**

El papel de las emociones se ha hecho relevante ante problemas físicos y mentales, las emociones son factores que pueden llegar a modificar los patrones alimentarios (Vazquez et al., 2019), tanto las negativas como las positivas influyen en la ingesta alimenticia. Geliebter et al., y Bongers et al. (como se citó en Palomino, 2020) evaluaron la ingesta de alimentos en personas con sobrepeso y normopeso encontrando que las personas con exceso de peso comían más frente a emociones negativas y las de normopeso aumentaban su ingesta frente a emociones positivas, las dificultades con la alimentación

son una manera de expresar sentimientos que no pueden ser dichos, así como emociones que no pueden ser reconocidas, el alimento es la manera en que algunas personas intentan expresar su emoción. Las personas con problemas en la conducta alimentaria tienen problemas para expresar sus emociones y recurren a estrategias desadaptativas de regulación emocional, usan a la comida como un medio para evitar las experiencias emocionales (Hernández et al., 2012; Aspen, 1997; Carrasco et al., 2009). Match, (2008) postuló en su modelo que cuando existe la necesidad de controlar una emoción negativa se promueve la ingesta de alimentos dulces y con alto contenido en grasa, con base en la teoría de Kaplan y Kaplan la selección de estos alimentos tiene una acción sobre el sistema de recompensa neurobiológico (Palomino, 2020).

La expresión emocional (EE) se refiere a la capacidad o tendencia que las personas tienen para expresar y exhibir sus emociones o estados emocionales a través de conductas observables pueden ser positivas o negativas, las personas expresan una variedad de emociones bajo diversas situaciones que las provocan, estas emociones se pueden expresar por los tres canales de expresión los cuales pueden ser: facial, vocal o gestual. (Kring, Smith, y Nale, 1994). la falta de expresividad emocional se ha relacionado con varios trastornos psicológicos entre ellos los de alimentación (Piemontesi, 2012), como se ha mencionado las personas con obesidad tienden a presentar estados emocionales negativos sin embargo es muy poca la literatura que haya relacionado directamente la expresividad emocional con la obesidad, sin embargo se puede creer que la expresividad emocional que predominaría en los problemas de alimentación en este caso la obesidad sería de índole negativo. En el presente estudio se pretende conocer si la expresión emocional en los adolescentes con obesidad y sobrepeso de 11 y 12 años es mayormente negativa que los

adolescentes con peso normal, así como, confirmar el papel del afecto negativo en el sobrepeso y la obesidad.

## **Capítulo V. Metodología**

### **Objetivo general.**

Demostrar si existen diferencias en los adolescentes de 11 y 12 años con peso normal sobrepeso y obesidad respecto a la expresividad emocional, intensidad del impulso y el afecto así como comparar el IMC la expresividad emocional, intensidad del impulso y el afecto en hombres y mujeres adolescentes de 11 y 12 años.

### **Objetivos específicos.**

1. Comparar el IMC, el afecto positivo, negativo, la expresividad positiva, negativa y la intensidad del impulso entre hombres y mujeres.
2. Comparar el afecto positivo y negativo entre los grupos de sobrepeso, obesidad y peso normal.
3. Comparar la expresión emocional positiva, negativa y la intensidad del impulso entre los grupos de sobrepeso, obesidad y peso normal.
4. Conocer si la expresión emocional en los adolescentes con obesidad y sobrepeso de 11 y 12 años es mayormente negativa que los adolescentes con peso normal, así como, confirmar el papel del afecto negativo en el sobrepeso y la obesidad.

### **Tipo de estudio.**

La investigación llevada a cabo fue cuantitativa, analítica transversal y con un muestreo no probabilístico intencional.

### **Definición conceptual de variables.**

Índice de masa corporal: Indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad (OMS, 2021)

Afecto positivo: Dimensión general de experiencias emocionales positivas asociadas a una interacción agradable con el ambiente (Balladares y Saiz, 2015)

Afecto negativo: Dimensión general de malestar subjetivo compuesta por emociones adversas como: ira tristeza, miedo etc. (Martín, Riquelme y Pérez, 2015)

Expresividad emocional: Exhibición externa de emociones, positivas o negativas de manera vocal, facial o gestual (Kring, Smith, y Nale, 1994)

Expresividad emocional positiva: Grado en que la tendencia de respuesta emocional positiva es expresada comportamentalmente (Gross y John, 1997).

Expresividad emocional negativa: Grado en que la tendencia de respuesta emocional negativa es expresada comportamentalmente (Gross & John, 1997).

Intensidad del Impulso: la experiencia de emociones fuertes que empujan a la expresión y son difíciles de reprimir para el individuo" (Gross y John, 1998, p. 175)

## **Hipótesis**

Hipótesis 1: Existen diferencias entre hombres y mujeres adolescentes respecto al IMC, el afecto positivo y negativo, la expresividad emocional y la intensidad del impulso.

Hipótesis nula 1. No existen diferencias entre hombres y mujeres adolescentes respecto al IMC, el afecto positivo y negativo, la expresividad emocional y la intensidad del impulso.

Hipótesis 2: Los grupos sobrepeso y obesidad presentarán mayor afecto negativo y expresividad negativa que los situados en peso normal.

Hipótesis nula 2: Los grupos sobrepeso y obesidad no tendrán mayor afecto negativo ni mayor expresividad negativa que los situados en peso normal.

Hipótesis 3: Habrá diferencia respecto a la expresión emocional y el afecto entre los adolescentes que se encuentren en el rango de sobrepeso y obesidad con los adolescentes que se encuentren en el rango de peso normal.

Hipótesis nula 3: No habrá diferencias en el afecto y expresividad emocional entre los adolescentes que se encuentren en el rango de sobrepeso y obesidad con los adolescentes con peso normal.

Hipótesis 4: Habrá diferencia respecto a la expresión emocional e intensidad del impulso entre los grupos de sobrepeso y obesidad con los adolescentes que se encuentren en el rango de peso normal.

Hipótesis nula 4: No habrá diferencia entre los adolescentes que se encuentren en el rango de sobrepeso y obesidad con los adolescentes que se encuentren dentro del peso normal respecto a la expresión emocional y la intensidad del impulso.

### **Participantes**

Participaron 96 adolescentes 55 mujeres y 41 hombres, (media de edad 11.30 años, ver tabla 1). Se realizó un muestreo no probabilístico intencional en población abierta. La unidad de muestreo fue el grupo escolar de adscripción en una primaria ubicada en el estado de México, un centro comunitario en la Ciudad de México y personas voluntarias en la Ciudad de México en el municipio de Tlalpan y Magdalena Contreras.

**Tabla 1***Datos sociodemográficos (N=96)*

<b>Variable</b>		<b>Media / Frecuencia</b>	<b>D.E. / Porcentaje</b>	<b>Mínimo – Máximo</b>
Edad adolescentes		11.30	0.462	11 –12
Sexo	Mujeres	55	57.3	
	Hombres	41	42.7	
Edad por sexo	Mujeres	11.66	0.408	11 –12
	Hombres	11.86	0.419	11 –12

*Nota: La tabla muestra los datos de edad de los participantes de manera general.*

Como se puede observar la media de edad en general fue de 11.30. Para los hombres la media de edad fue de 11.86 y para las mujeres de 11.66.

**Criterios de Inclusión.**

Únicamente se incluyeron a adolescentes de entre 11 y 12 años, cuyo consentimiento informado (Anexo A), estuviera firmado por los padres de familia.

**Criterios de Exclusión.**

Cualquier dificultad que impida responder los cuestionarios, como: no saber leer, no comprender instrucciones y/o no tener consentimiento de los padres.

Durante el análisis de comparación por grupos de peso se excluyeron a los participantes que no se encontraran dentro de los grupos de peso normal, sobrepeso u obesidad.

**Instrumentos**

Cuestionario de Expresividad Emocional de Berkeley (BEQ), (Anexo B). Es un cuestionario que se basa en el modelo jerárquico de la Expresividad Emocional (EE), se



compone de 16 ítems que se responden en una escala likert donde 1 es totalmente falso y 7 totalmente cierto y evalúa tres factores diferenciados:

1. La fuerza o intensidad del impulso de la emoción: Fuerza de las reacciones físicas o cambios de conducta que acompañan a la experiencia, y que son difíciles de esconder.
2. Expresividad positiva: es la medida de la expresión de emociones positivas.
3. Expresividad negativa: La medida de la expresión de emociones negativas.

Cuestionario de afecto Positivo y Negativo (PANAS), (Anexo C). La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) fue desarrollada por Watson, Clark y Tellegen (1988), es una lista de sentimientos y emociones 10 positivas y 10 negativas, dando un total de 20 ítems puntuables entre 1 y 5, las respuestas se dan en base a la medida en que la persona ha sentido esa emoción durante la última semana siendo 1 nada, 2 poco, 3 regular, 4 bastante o 5 mucho. En este caso se aplicó una adaptación que consta de 29 ítems.

Báscula digital marca OMIYA con batería de litio, modelo PT-922 y 4 cintas métrica MBZ que se utilizaron para medir y pesar a los participantes para poder obtener su índice de masa corporal.

Tablas de la OMS 2007 para la clasificación del peso según la edad (Anexo D)

### **Procedimiento**

Se acudió a la escuela y al centro comunitario para solicitar la autorización de los directivos y explicar el propósito de la investigación, así como la entrega de los consentimientos informados a los padres de familia; en el caso de los voluntarios se contactó primero con los padres y se les entregaron los consentimientos informados directamente. La recolección de datos se llevó de febrero a agosto 2019.

Con la autorización de las respectivas autoridades de las instituciones y de la entrega del consentimiento informado a los padres, se comenzó el proceso incluyendo únicamente a las personas cuyos padres autorizaron, y en forma personal se les preguntó si deseaban participar en el estudio, manteniendo así la participación voluntaria en esta investigación, sólo un participante se negó a realizar el estudio, en este caso no se le impidió la salida. Se programaron sesiones para obtener la estatura y el peso, así como para la aplicación de los instrumentos psicológicos cuestionario de afecto positivo y negativo (PANAS) y el cuestionario de expresividad emocional de Berkeley (BEQ).

El proceso inició con la programación de sesiones para obtener el índice de masa corporal (IMC), esto se obtuvo a través de medir y pesar a los participantes por medio de la cinta métrica y una báscula electrónica. A cada participante se le daban las instrucciones de quitarse zapatos y objetos que pudieran alterar el peso, posteriormente se les clasificó en uno de 4 grupos: Peso normal, sobrepeso, obesidad y desnutrición. Para la clasificación se aplicó la fórmula  $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$ , posteriormente se utilizaron las tablas de percentiles para población infantil de 11 y 12 años y se corroboró con el programa de la OMS “who anthrow” para personas de 5 a 20 años.

Para la aplicación de los instrumentos psicológicos se elaboraron grupos de 15 personas para una mejor aplicación y control de grupo. Las instrucciones se dieron de manera colectiva, se asignó un aula especial para la aplicación y medición, se sentaron a los participantes de manera individual de modo en que tuvieran privacidad al responder, se dio una breve explicación sobre la expresión de emociones, cada pregunta se fue leyendo en voz alta de manera grupal por la persona a cargo, explicando cada ítem para una mejor comprensión.

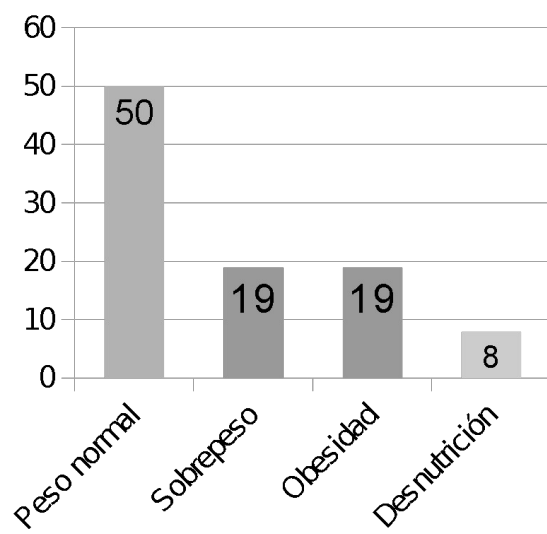
Todo el proceso se llevó a cabo durante horas hábiles y dentro de las instalaciones de los lugares respectivos, los voluntarios fueron citados en diferentes días acompañados de sus padres y con el permiso firmado. Los participantes fueron informados de la confidencialidad de los datos y de los objetivos de investigación, también las dudas que surgieron en el momento de la aplicación fueron atendidas por la persona a cargo de la investigación, para las personas voluntarias de igual forma se les citó a horas similares en diferentes días y se aplicaron los cuestionarios atendiendo igualmente las dudas.

### **Separación de grupos.**

Para la comparación por sexos se dividió a hombres y mujeres quedando 55 mujeres y 42 hombres. Posteriormente para la comparación por grupos de peso se elaboraron 4 grupos: Peso normal, sobrepeso, obesidad y desnutrición. Para la clasificación se aplicó la fórmula  $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$ , posteriormente se utilizaron las tablas de percentiles para población infantil de 11 y 12 años y se corroboró con el programa de la OMS “who anthrow” para personas de 5 a 20 años, finalmente en las comparaciones por grupos de peso se decidió excluir a los participantes con desnutrición porque eran muy pocos participantes quedando así un total de 88 participantes para dicho análisis, en la Fig 1 se puede observar el número de participantes por grupo.

**Fig1**

Agrupaciones por IMC



## **Resultados.**

### *Comparación por sexo de las variables de estudio*

Se realizó una comparación entre hombres y mujeres, 55 mujeres y 41 hombres respecto al IMC, la expresividad positiva, negativa, la intensidad del impulso y el afecto positivo y negativo, para ello se llevó a cabo una prueba T de student.

Se encontraron diferencias significativas en el IMC ( $t(76.17)=-2.107, p<0.05$ ) en el grupo de los hombres hay un índice de masa corporal mayor  $X=21.23$  que el de las mujeres  $X=19.62$ . También al comparar a hombres y mujeres respecto a la intensidad del impulso  $t(60) = 2.479, p<0.05$  se observó que la intensidad es mayor en las mujeres  $X=30.00$  que en los hombres  $X=24.9267$  (véase Tabla 2), lo que permite confirmar que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres adolescentes respecto al IMC y la intensidad del impulso sin embargo no se acepta en su totalidad la hipótesis uno que marcaba que habrá diferencias entre hombres y mujeres adolescentes respecto al IMC, el afecto positivo y negativo, la expresividad emocional y la intensidad del impulso. .

**Tabla 2***Comparación por sexo de las variables de estudio*

Variable	Media hombre (DE)	Media mujer(DE)	<i>T</i>	G1	<i>p</i>	Diferencia de medias
IMC	19.62 (3.28)	21.23(3.98)	-2.16	94	.03*	-1.61
Afecto Positivo	55.60 (10.37)	58.33(9.45)	-1.04	60	.30	-2.72
Afecto Negativo	32.92(11.61)	29.79(9.45)	1.10	60	.27	3.12
Expresión Negativa	26.82 (4.91)	23.95(6.77)	1.93	60	.058	2.87
Expresión Positiva	22.21 (4.97)	21.70(4.76)	.39	60	.69	.50
Intensidad del impulso	30.00 (7.66)	24.91(8.17)	2.47	60	.016*	5.08

\* $p \leq .05$ 

*Comparación de la expresión emocional, intensidad del impulso y el afecto entre los adolescentes con sobrepeso, obesidad y peso normal.*

Para la comparación por grupos de peso se realizó un ANOVA de un factor para comparar la expresividad emocional, la intensidad del impulso y el afecto positivo y negativo, en los adolescentes con peso normal, sobrepeso y obesidad. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la expresión positiva  $F(2, 85) = 3.44, p = .03$ . El grupo de sobrepeso obtuvo la media más alta seguido del grupo de obesidad y el grupo de peso normal obtuvo la media más baja (Ver tabla 3), con estos resultados se puede afirmar que hay diferencias respecto a la expresión emocional positiva entre los grupos.

**Tabla 3.**

*Comparación de la expresión emocional y el afecto entre adolescentes con sobrepeso, obesidad y peso normal*

Variable	ANOVA		Normal (N=50)		Sobrepeso (N=19)		Obesidad (N=19)	
	F (2, 85)	P	MM	DE	MM	DE	M	D E
Afecto positivo	.92	.40	53.7	9.60	57.31	11.01	54.31	8.80
Afecto negativo	1.01	.36	32.98	10.91	31.71	11.61	28.97	7.39
Expresión negativa	1.20	.30	24.48	7.10	26.50	4.72	23.26	6.49
Expresión positiva	3.44	.03*	20.18	6.04	23.89	2.84	20.57	5.17
Intensidad del impulso	.51	.60	27.04	7.10	27.68	9.36	25.31	7.00

\* $p \leq .05$

Posteriormente se realizó el análisis post-hoc de comparaciones múltiples, empleando el estadístico de Tukey, se indicaron diferencias significativas en la expresividad positiva únicamente entre el grupo de peso normal y sobrepeso  $p < 0.05$  (Ver tabla 4), con estos resultados se acepta parcialmente la hipótesis de investigación 3 y 4 que marca que habrá diferencia respecto a la expresión emocional entre los adolescentes que se encuentren en el rango de sobrepeso y obesidad con los adolescentes que se encuentren en el rango de peso normal.

**Tabla 4**

*Análisis post-hoc de comparaciones múltiples en la expresión emocional positiva de acuerdo con el peso corporal*

Grupos		Diferencia de medias	<i>p</i>
Normal	Sobrepeso	-3.71	.03*
Normal	Obesidad	-.39	.95
Sobrepeso	Obesidad	3.31	.14

\*  $p \leq .05$



## **Conclusiones**

La teoría de la regulación del afecto explica que las personas con afecto negativo (AN) recurren a las conductas alimentarias de riesgo (CAR) para disminuir su malestar emocional de manera momentánea (Haynos y Fruzzetti, 2011; Gianini et al., 2013; Mills et al., 2015 citados en Contreras, 2017). Desde una perspectiva del desarrollo es importante conocer si también ocurre en edades tempranas.

Aunque la obesidad y el sobrepeso no forman parte de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de alimentación que se ha relacionado con las emociones negativas como la tristeza, la ansiedad y la depresión (Calderón, Forns y Varea, 2010; Park, Hong y Park, 2017; López et al., 2014), por ello el propósito de esta investigación fue estudiar la expresividad emocional y afecto en la obesidad y sobrepeso en adolescentes de edad escolar de 11 y 12 años, este objetivo se cumplió debido a que los estudios que se realizaron permitieron ampliar el conocimiento de la expresividad y el afecto dentro del problema del sobrepeso y la obesidad.

Los resultados de esta investigación han conducido a afirmar que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al IMC y la intensidad del impulso, esto aunque forma parte de la hipótesis de investigación 1 que dice que existen diferencias entre hombres y mujeres adolescentes respecto al índice de masa corporal (IMC), afecto negativo, la expresividad emocional y la intensidad del impulso, no se puede confirmar en su totalidad. Para ello se llevó a cabo una comparación entre hombres y mujeres en cuanto al IMC, el afecto positivo, afecto negativo, la expresividad positiva, expresividad negativa y la intensidad del impulso, los resultados muestran una diferencia significativa en la intensidad del impulso siendo las mujeres adolescentes quienes presentan mayor intensidad

del impulso (ver tabla 2), ya en estudios como los de Fujita, Diener y Sandvik (1991) y Deng et al., (2016) se exponía que las mujeres experimentan la emoción con mayor intensidad. La diferencia entre hombres y mujeres en la intensidad se ha relacionado con los roles de género y su enseñanza dentro de la sociedad y cultura (Otero et al., 2009; García et al., 2014), en la teoría normativa de Hochschild 1995 se afirma que las emociones pueden referirse a la experiencia interna del sujeto o a la expresión de las emociones internas (Alcalá et al., 2006; Bericat, 2012). En Alcalá et al., (2006) se expone que además de los roles de género las emociones de las mujeres varían en cuanto a su experiencia emocional del pasado al presente, es decir, tienden a recordar experiencias pasadas con tintes de alegría y felicidad que en el presente se han convertido en inseguridad y tristeza, mientras que, en los hombres se ha comprobado que tienen mayor continuidad en su vida emocional entre el pasado y el presente, esta variación en la experiencia emocional pasado-presente también influye en la intensidad emocional, Seidlitz y Diener mencionan que en situaciones actuales tanto hombres como mujeres describen una intensidad parecida, pero cuando lo hacen en retrospectiva, las mujeres describen su experiencia como más intensa (citados en Cova, 2004), esto se debe a la tendencia que tienen a recordar eventos emocionales más detalladamente, las mujeres al reflexionar los eventos ocurridos de alguna forma reviven la situación y la experimentan con más intensidad (Paladino y Gorostiaga, 2004).

En cuanto al afecto negativo (AN) y la expresividad negativa (EN) existen estudios (Fujita, Diener y Sandvik, 1991; Deng et al. 2016; Chaplin, 2015 ; Porro y Andrés, 2011), donde se menciona que las mujeres presentan mayor EN y AN que los hombres, en los resultados de esta investigación se puede observar que existe una diferencia de medias entre los sexos

siendo las mujeres las que presentan una media mayor en dichas variables sin embargo estos resultados no fueron significativos lo cual puede deberse al tamaño de la muestra por ello se sugieren que en el futuro se realicen otros estudios donde la muestra poblacional sea mayor para saber si esta diferencia es significativa en las edades de 11 y 12 años, este estudio permite afirmar que si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la intensidad del impulso y el IMC.

En segundo lugar, se realizó una comparación del afecto positivo, negativo, de la expresividad positiva, negativa y la intensidad del impulso entre los adolescentes con sobrepeso, obesidad y peso normal, los resultados muestran una diferencia significativa en la expresividad emocional positiva entre los grupos, en el análisis post hoc se observa que hay diferencia significativa entre los grupos de sobrepeso y el de peso normal, lo sorprendente en este resultado es que el grupo de sobrepeso tiene una media más alta en la expresión emocional positiva que el grupo de peso normal, los datos permiten aceptar de manera parcial la hipótesis de investigación 3 y 4. Estos resultados podrían deberse al uso de una actitud compensatoria que estén tomando las personas con sobrepeso ante el estigma del sobrepeso, por ejemplo en el estudio de Miller, Felicio y Brand (1995) las mujeres con obesidad se rodeaban de amigos y adquirirían un comportamiento más competente en situaciones sociales como acción compensatoria ante las situaciones a las que se enfrentaban (Lacunza, Caballero, Salazar, Sal y Filgueira, 2016), lo cual puede relacionarse con la forma de regulación emocional pues se ha comprobado que las formas en que las personas eligen regular sus emociones y su expresión externa son fundamentales para facilitar experiencias psicológicas positivas (Kashdan y Breen 2008) de hecho en el estudio de Muñoz et al., (2015) encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento entre

los niños con obesidad y bajo peso con las de los niños con sobrepeso y normopeso.

Durante esta investigación se pensó que el resultado podía deberse al uso de la supresión emocional puesto que se ha mencionado como precursora de muchos de los problemas de alimentación (Contreras, 2017) sin embargo el uso de la supresión estratégica de las experiencias emocionales se ha relacionado con una mayor experiencia de emociones negativas (Porro et al., 2012) y en cambio amortigua o disminuye las emociones positivas (Gross y Levenson, 1997; Strack, Martin y Stepper, 1988) por lo que se descartó dicha suposición.

En la hipótesis de investigación 2 se esperaba que los adolescentes con sobrepeso y obesidad tuvieran mayor afecto y expresividad negativa que los situados en peso normal ya que en estudios como los de Gil-Madrona et al., 2019; Reynolds y Richmond y Zhao et al., 2018 se ha encontrado una relación entre el AN con el grupo de sobrepeso y obesidad, sin embargo, los resultados de este estudio se contraponen a esta afirmación puesto que no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los grupos que confirme dicha relación, esto podría sugerir la posibilidad de que un estado de obesidad no necesariamente se asocia con expresividad negativa ni con afecto negativo lo cual ha sido propuesto también por otros autores como Ríos y Osornio, (2013); Castillo y Jáuregui, (2017) y Jiménez, (2014) quienes no encontraron relación entre el AN y la obesidad.

Existen estudios (Ambrona y López, 2014) que han hablado de la existencia de la relación entre el AP y la EP (Riquelme y Pérez, 2015) pero el afecto positivo tampoco fué significativo en ninguno de los grupos de peso lo cual también puede sugerir que haya un factor mediador entre estos constructos como la regulación emocional, para esta investigación no se encontró literatura que haya estudiado la relación entre la expresividad

positiva (EP) con el sobrepeso y la obesidad, dentro de la literatura revisada lo mas cercano a esta investigación fueron estudios a personas que padecían obesidad donde al disminuir varios factores estresantes relacionados con la obesidad vieron que estos disfrutaban de una mejor salud psicológica que las personas delgadas (Crocker y Major, 1989 en Carra et al., 2007), también Avitia, Portillo, Reyes y Loya, (2018) y Cueva, (2017) en sus estudios obtuvieron que las personas con sobrepeso presentan mejor actitud hacia la vida y mejor autoestima.

Otra posible explicación de estos resultados es que exista algún factor que medie la relación entre el AN con el IMC, este factor podría ser la desregulación emocional que ya se ha señalado como factor mediador entre el AN y los problemas de la conducta alimentaria (Contreras, 2017), habría que hacer más estudios que puedan comprobar si este factor es determinante para incentivar el sobrepeso o la obesidad en adolescentes de 11 y 12 años o si se debe a algún otro factor como podría ser la edad de la población.

Es necesario continuar investigando otros factores que puedan estar incidiendo en los resultados de este estudio por ejemplo la cultura, el contexto y la edad. En la comparación entre sexos la cultura es un factor importante en la comunicación y afrontamiento de las emociones pues es ella la que en gran medida promueve expresar o inhibir ciertas emociones y cuando se experimentan o incluso lo que no se debe experimentar o expresar (Fernandez, Zubieta y Páez, 2000), en México existen emociones designadas para cada género. Referente a la edad muchos de los estudios se han enfocado a la población joven y adulta (Ramos et al., 2019) lo cual puede deberse a que como ha indicado Contreras et al., (2016) la psicopatología de los niños y adolescentes es un proceso de cambios constantes a lo largo de la vida y su expresión no es clara en edades tempranas.

La obesidad se ha asociado constantemente con el afecto negativo (Ciscar, Perpiñá, Blasco, y Segura, 2019; Zhao et al., 2018), pero en este estudio no fue de esta manera por ello se propone que estos resultados en lo que al afecto negativo se refiere pueden deberse a que falte algún factor mediador que sea el que influya para que el afecto negativo se eleve en los adolescentes con obesidad, se propone a la desregulación emocional como posible factor mediador puesto que Rief y Hilbert, 2008 encontraron que los niños con mayor desregulación emocional carecían de control al comer (Contreras, 2017). Una opción alterna hace referencia a estudios (Castillo-Luna y Jáuregui, 2017; Ríos y Osornio, 2013; Jiménez, 2014) que sugieren que no siempre el peso corporal se asocia con el afecto negativo, ni con una expresión emocional negativa.

Esta investigación se realizó con la finalidad de conocer las diferencias en el afecto, y expresividad emocional de los adolescentes con peso normal, sobrepeso y obesidad con base a los resultados obtenidos se puede concluir:

1. Las mujeres adolescentes presentan mayor intensidad del impulso que los hombres.
2. No siempre la obesidad se asocia con el afecto negativo o la expresión emocional negativa.
3. El sobrepeso se relaciona con la expresión emocional positiva

En futuras investigaciones habría que indagar más sobre el papel que desempeña la expresividad emocional en el sobrepeso así como el uso de otros instrumentos que permitan confirmar la relación encontrada. También habría que indagar más acerca del papel de la regulación emocional (RE) y de la desregulación emocional (DE) en la obesidad y el sobrepeso pues ésta podría estar interactuando dentro del desarrollo y mantenimiento de estos padecimientos. Por último, la mayoría de los estudios sobre los problemas en la

conducta alimentaria se han dirigido especialmente hacia la anorexia, bulimia y trastorno por atracón dejando de lado a la obesidad por no estar presente dentro de la categoría de los TCA habría que replantearse si la obesidad, el sobrepeso y los demás problemas alimentarios se pueden incluir dentro de una misma línea y así futuramente podría hablarse de un psicopatología de la alimentación desde un modelo dimensional.

### **Limitaciones del estudio**

Como limitaciones de estudio se señala el tamaño de la muestra poblacional estudiada, otro factor encontrado en esta investigación tiene que ver con la frecuencia en que se estudia lo positivo, normalmente las investigaciones van dirigidas hacia la búsqueda de lo negativo (Martínez, 2019), lo que complicaba explicar la relación entre la expresividad emocional positiva con el sobrepeso, dentro de la literatura revisada en esta investigación no se encontraron estudios que relacionaran la expresividad emocional con el sobrepeso o la obesidad lo cual se considera como algo novedoso, habría que hacer más investigaciones que relacionen la expresividad emocional (EE) con el índice de masa corporal (IMC) y que puedan corroborar lo que se ha encontrado, si bien el que no se hayan encontrado estudios previos de investigación que hayan relacionado la expresividad emocional con el IMC y que haya muy pocos que comparen el afecto con el IMC puede considerarse como una limitación, también puede ayudar a abrir nuevas y futuras investigaciones.

Este estudio se une a la línea de investigación de los factores psicológicos de la obesidad

en adolescentes de México, pues el conocer y descartar factores que influyen para que este problema se desarrolle (en este caso la expresividad emocional y el afecto) ayudará a crear mejores y futuras intervenciones.





## Referencias

- Abarca, M. (2003). *La educación emocional en la Educación Primaria: Currículo y Práctica*. (Tesis doctoral, Universitat de Barcelona. Barcelona).
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J. e Ibañez, E. (2006). Afectos y Género. *Psicothema* 18(1), 143-148.
- Álvarez, P. (2005). Diagnóstico y clasificación de la obesidad. En F, Cordido: *Fisiología y fisiopatología de la nutrición. I curso de especialización en nutrición (1º. A Coruña. 2003)*, 203-208. España. Universidad de Coruña. Recuperado de:  
<http://hdl.handle.net/2183/11328>.
- Ariza, C., Ortega, E., Sánchez, F., Valmayor, S., Juárez, O., Pasarín, M. y Grupo de investigación del proyecto POIBA., (2015). La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. *Atención Primaria*, 47(4). 246-255.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.006>
- Arnaiz, M. G. (2010). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. *Revista Fac. Med. (Méx.)*, 54,
- Avitia, G., Portillo, V., Reyes, G. y Loya, Y. (2018). Relación del índice de masa corporal con felicidad, autoestima y depresión en adultos jóvenes. *Revista de Ciencias sociales y humanidades, noesis*, 27 (53-1)
- Baile, J. (2003). ¿Qué es la Imagen Corporal?. *Uned Revista De Humanidades “cuadernos del Marqués de San Adrián”*. 2.
- Balladares, S. y Saiz, M. (2015). Sentimiento y Afecto. *Ciencias Psicológicas*, 9(1), 63-71.
- Banasco, M., Praszek, E. y Bidacovich, G. (2015). Obesidad infantil y alimentación emocional. En Metchevers (presidencia), VII Congreso Internacional de

Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación y XI Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. Buenos aires, Argentina.

Barquera, S., Hernández, L., Tolentino, M., Espinosa, J., Wen, S., Rivera, J. y Popkin B.

(2008). Energy Intake from Beverages is Increasing among Mexican Adolescents and Adults. *The Journal of Nutrition*, 138 (12), 2454-2461.

<https://doi.org/10.3945/jn.108.092163>

Barquera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R. y Rivera, J. (2010). Obesidad en México:

epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Medica de Mexico*, 146, 297-407.

Bericat, E. 2012. Emociones. *Sociopedia.isa*. 1-13. DOI: 10.1177/205684601261

Bernilla, A. (2019). “Programa Educativo Albem, basado en las Competencias

*Emocionales de Bisquerra, para fomentar emociones positivas de la alegría y el orgullo en niños de 3er grado de Primaria* (Tesis de pregrado, Universidad católica de San Pablo Facultad de ciencias económicas, empresariales y humanas). Arequipa, Perú. pp 5-18.

Boullosa, N. (2010). Sobre la percepción histórica de la obesidad y el sobrepeso. *Fair*

*companies*.

<https://faircompanies.com/articles/sobre-la-percepcion-historica-de-la-obesidad-y-el-sobrepeso/>

Brito, O., López, J., Exiga, E., Armenta, O., Jorge, B., Domínguez, A.... Sabag, E. (2014).

Medidas antropométricas en la población infantil urbana de 6 a 12 años del noroeste

de México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 52(1), S34-S41.

<http://revistamedica.imss.gob.mx>

Cabello, R., Fernández, P., Ruíz-Aranda, D., y Extremera, N. (2006). Una aproximación de diferentes medidas de Regulación Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 155-166.

Calderón, C., Forns, Ma y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4):641-647. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3092/309226761017>

Calvo, A. (2006). Acoso entre escolares: identificación y prevención. En Consejería de Educación y Cultura Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa Centro de Profesores y Recursos de Cieza (Ed). *Habilidades sociales para la mejora de la convivencia En Los Centros*. Murcia: Cieza.

Carrasco, D., Gómez, E. y Staforelli, A. (2009). Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. *Terapia Psicológica* 27(1), pp. 143-149. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100014>.

Casillas, M., Montaña-Castrejon, N., Reyes Vazques, V., Bacardí-Gascón, M. y Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomedica*; 17, 243-249.

Castillo-Luna, A. y Jáuregui, I. (2017). Experiencias de rechazo social relacionados con el peso. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 25, 2637-2682

Castillo-Sarmiento, A., Suárez, J. & Mosquera, J. 2017. Naturaleza y sociedad: Relaciones y tendencias desde un enfoque eurocéntrico. *Revista Luna Azul*, 44, 348-371 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321750362021>

- Cebolla, A., Baños, R., Botella, C., Lurbe, E. y Torró, M. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 16 (2), 125-134.
- Celada, F. (2013). ¿El suicidio es consecuencia de un bajo autoconcepto y de una autoestima disminuida? *Researchgate*. DOI: 10.13140/RG.2.1.4736.3608.
- Chaplin, T. (2015). Gender and emotion expression: A developmental contextual perspective. *Emotion Review*, 7(1), 14-21. doi: 10.1177/1754073914544408
- Charvel, S., Rendón, E. y Hernández, M. (2013). La importancia de la regulación en el control de la epidemia de obesidad. En J. Rivera (Ed). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado* (pp. 392-411). México: Universidad Nacional Autónoma de México Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Ciscar, S., Perpiñá, C., Blasco, L. y Segura, M. (2019). Funcionamiento ejecutivo, afecto y autorregulación alimentaria en los trastornos alimentarios y La Obesidad. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, Xxviii (1), 1-11. doi: 10.24205/03276716.2018.1083
- Contreras-Valdez, J., Hernández-Guzmán, L. y Freyre, M. 2016. Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Rev. Mex. de trastornos alimentarios* 7(1) 24-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.04.001>
- Contreras-Valdez, J. (2017). *¿La desregulación emocional media entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional en preadolescentes y adolescentes?* (Tesis doctoral, UNAM Ciudad universitaria). Ciudad de México.
- Corominas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. (3ra ed).

- Cova, F. 2004. Diferencias de género en bienestar y malestar emocional: evidencias contradictorias. *Terapia Psicológica*, 22 (2), 165-169.  
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78522207.pdf>
- Cruzat, C., y Cortez, I. (2008). Expresión emocional, afecto negativo, alexitimia, depresión y ansiedad en mujeres jóvenes con trastornos de alimentación: una revisión teórica. *Rev. Argentina de Clinica PSicológica*, 17(1), 5-17.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921796001>
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M. Álvarez, G. y Nigh, R. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad*, 25(57).
- Cueva-Melón, G.A. (2017). *Autoestima en adolescentes con sobrepeso y obesidad de una institución educativa particular, chimbote, 2017* (Tesis de pregrado, Escuela profesional de psicología). Chimbote, Perú.
- Delgado, B. (2009). *Psicología del Desarrollo: Desde la infancia a la vejez*, España, McGRAW-Hill, 2, 37-63.
- Delgado, M. (2015). *Fundamentos de Psicología*. Editorial Médica Panamericana. pp. 275-288.
- Deng, Y., Chang, L., Yang, M., Huo, M. y Zhou, R. (2016). Gender Differences in Emotional Response: Inconsistency between Experience and Expressivity. *PLOS ONE*, 11(6),  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158666>
- Dias, D. y Enríquez-Sandoval, D. (2011). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Bol Clinica Hosp Infantil Edo Son*, 24(1), 22-26.

- Díaz, F., Cruzat, C., Oda, C., Inostroza, M., Saravia, S., y Lecaros, J. (2019). Comparación de mujeres jóvenes con obesidad y normopeso: vivencia corporal, hábitos saludables y regulación emocional. *Revista chilena de nutrición*, 46(3), 308-318.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000300308>
- Escudero, G., Morales, L., Valverde, C., y Velasco, J. (2013). Riesgo cardiovascular en población infantil de 6 a 15 años con obesidad exógena. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1),59-62.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. (2012). Recuperado de:  
[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/otros/ENSANUT2012\\_Sint\\_Ejec-24oct.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/otros/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. (2018). Recuperado de:  
[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
- Falcon, H., (2008) Historia de la obesidad en el mundo. Santiago de Cuba.
- Fausto, J., Valdez López, R. M., Aldrete, M. G., y López, M. (2006). *Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México*. VIII (2).
- Fernández, A., y Goñi, E. (2008). El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, 1(2), 13-22.
- Fernández, I., Zubieta, E., y Páez, D. (2000). Expresión e inhibición en diferentes culturas. En D. Páez., y M. M. Casullo (Comps). *Cultura y alexitimia: ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* 73-98. Buenos Aires, Paidós.

- Figueroba, A. (29 Mayo 2017). Que es “el Yo” en psicología. Psicología y mente.  
Recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/el-yo-en-psicologia>
- Fojo, F. J. (2013). *Una breve historia de la obesidad*. United States, Palibrio, pp 15-51
- Foz, M. (2005). Historia de la obesidad. Monografías Humanitas, 1697-1663.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6669474>
- Fujita, F., Diener, E., y Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 427–434. doi:10.1037/0022-3514.61.3.427
- Gálvez Fernández, I. 2020. Estrategias para la pérdida de peso en jóvenes adultos con sobrepeso y obesidad (Tesis doctoral, Universidad de Málaga). ID <https://orcid.org/0000-0001-9319-4999>
- García, R., Rivas, V., Hernández, J. E., García Barjau, H., y Braqbien Noygues, C. (2016). Ansiedad, Depresión, Hábitos Alimentarios y Actividad en Niños con Sobrepeso y Obesidad. *Horizonte sanitario 15(2)*, 91-97.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457846538006>
- Gómez, E. (11 de diciembre de 2014). Identidad del niño: quién es y quién cree que es. *El confidencial*. [https://blogs.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/relacion-padres-e-hijos/2012-07-27/la-identidad-del-nino-quien-es-y-quien-cree-que-es\\_588347/](https://blogs.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/relacion-padres-e-hijos/2012-07-27/la-identidad-del-nino-quien-es-y-quien-cree-que-es_588347/)
- Gómez, O. y Calleja, N. (2016). Regulación Emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de investigación en Psicología*, 8(1).
- Gómez, Y., y Velázquez, E. B. (2019). Salud y cultura alimentaria en México. *Revista Digital Universitaria 20(1)*.  
<http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n1.a6>



- González, D., González, T., Barquera, S., y Rivera, J. A. (2007). Alimentos industrializados en la dieta de los preescolares mexicanos. *Salud pública de México*, 49(5), 345-356.  
DOI: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649505>
- González, N. I., Domínguez, A., y Valdez, J. L. (2017). Autoestima como mediador entre afecto positivo-negativo y resiliencia en una muestra de niños mexicanos. *Acta universitaria* 27(1) México. <http://dx.doi.org/10.15174/au.2017.1140>
- González, M.C. y Tourón, J. (1992). Autoconcepto y rendimiento escolar: sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje. *Pamplona: EUNSA*. <https://hdl.handle.net/10171/21388>
- Grimaldo, M. (2003) Validez y Confiabilidad de la Escala de Afectos Positivos y Negativos (SPANAS) en estudiantes de secundaria de nivel socio económico medio y bajo de Lima. *Revista Cultura* 17. pp. 341-364.
- Gross, J. (1998). Antecedent- and response -focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*. 74(1), 224-237.
- Gross, J., y John, O. (1997). Revealing feelings: facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of personality and social psychology*, 72 (2), pp 435-448
- Güemes, M., y Muñoz, M. T. (2015), Obesidad en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, XIX(6):412-427.
- Güemes, M., González, M. y Hidalgo, I. 2017. Pubertad y adolescencia. *Adolescere* 2017; V(1), 7-22.

- Guzmán, L. 2017. La adolescencia principales características. Escuela Nacional Colegio de Ciencias y Humanidades. Dirección General Portal Padres de Familia.  
<https://www.cch.unam.mx/padres/sites/www.cch.unam.mx.padres/files/archivos/07-Adolescencia2.pdf>
- Guzmán, M. E., Del Castillo, A. y García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. A. Morales, *Obesidad: Un enfoque multidisciplinario*, pp. 201-218. Editorial: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Harris, P. L., Johnson, C. N., Hutton, D., Andrews, G., y Cooke, T. (1989). Young children's theory of mind and emotion. *Cognition and Emotion*, 3(4), 379–400.  
<https://doi.org/10.1080/02699938908412713>
- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M., y Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1148-1155. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5829>
- Hernández-Guzmán, L., del Palacio, A., Freyre, M., y Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (2) pp. 111-120. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243029631001>
- Hernández, I., Rosero, CY. y Montenegro, F. A.. (2015). Obesidad: una pandemia que afecta a la población infantil del siglo xxi. *Curare*. 2015;2(1) pp. 29-42.  
doi: <http://dx.doi.org/10.16925/cu.v2i1.1279>
- Hernández, A. 2014. Esquema evolutivo de las civilizaciones más importantes y fenómenos de carácter universal en su desarrollo. *Reduca (Recursos educativos) serie historia* 6(2), 1-20

- Hervas, G., y Vazquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Hill, N. (10 de Junio de 2013). Self Concept: Self-Image, Ideal Self, and Self-Esteem. Boston, MA. Practice Wisdom A collection of reflections for those learning and practicing psychotherapy, and clinical social work more generally.  
<http://practicewisdom.blogspot.com/2013/06/self-concept-self-image-ideal-self-and.html>
- Jiménez, A. (2014). Culpa y satisfacción con la imagen corporal en adolescentes (Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de México). Ciudad de México.
- Joiner, T. E., Catanzaro, S. J., Laurent, J., y Sandín, B., y Blalok, J. A. (1996). Modelo Tripartito sobre el Afecto Positivo y Negativo, la Depresión y la Ansiedad: Evidencia Basada en la estructura de los síntomas y en diferencias Sexuales. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica Vol. I.(1)*, 27-34.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.1996.3807>
- Kashdan, T. B., y Breen, W. E. (2008). *Social Anxiety and Positive Emotions: A Prospective Examination of a Self-Regulatory Model With Tendencies to Suppress or Express Emotions as a Moderating Variable. Behavior Therapy*, 39(1), 1–12. doi: 10.1016/j.beth.2007.02.003
- Kring, A., Smith, D. & Neale, J. 1994. Individual difference in dispositional expressiveness: Development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of personality and social psychology* 66(5), 934-949
- Kofman, L. s.f. Obesidad Infantil: Principales Consideraciones y Posibles Intervenciones. Universidad de Palermo: Facultad de ciencias sociales.

- Lacunza, A. B., Caballero, S. V., Salazar, R., Sal, J., & Filgueira, J. (2016). Déficiats sociales en adolescents con sobrepeso y obesidad. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 25-32. <https://doi.org/10.22235/cp.v7i1.1094>
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M., y Ortiz, M. (2001). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid, Ediciones Pirâmide.
- López, M. S. (2017). Análisis del orden en el que el autoconcepto, la autoestima y la autoimagen deberían aparecer en el proceso de maduración personal para alcanzar el bienestar emocional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology revista INFAD de Psicología*, 1(2), 257-264. doi: 10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1126
- López-Morales, C.M., Pascalis-Orozco, J., Gonzalez-Heredia, R., Brito-Zurita, O. R., y Sabag-Ruiz, E. (2014). Depresión y estado desnutrición en escolares de Sonora. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 52(1), S64-S67.
- Mancilla, A., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Hernández, A. A., y Álvarez Rayón, G. (2012). Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 3(1), 62-79. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741617008>
- Mansilla A, M. E. (2014). Etapas del Desarrollo Humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105-116. doi: 10.15381/rinvp.v3i2.4999
- Martín, M., Marín, A. R., & Díaz, R. P. (2015). Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos [Negative and positive affect in Cuban adults with anxiety, depression and without symptoms].

*Psicología desde el Caribe*, 32(3), 410–423.

<http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.3.6668>

Martínez, Y. (2019). Percepción de los niveles de bienestar y satisfacción: una valoración en estudiantes del norte de México. En M. del Carmen Pérez et al., (Ed). *Variables Psicológicas y Educativas para la intervención en el ámbito escolar Volumen III* (pp.59-64). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP)

Martínez, Y. L., Vega, C. Z., Nava, C., y Anguiano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del SSXXI en México. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1): 186-198.

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/16915/16099>

Mateu, J. (2019). *¿Qué es la identidad sexual?*. Psicología y mente.

<https://psicologiaymente.com/psicologia/identidad-sexual>

Mercado, P., y Vilchis, G. (2013). La obesidad infantil en México. *Alternativas en Psicología Revista Semestral* 17(28), 49-57.

Montero, J. C. (2001). *"Obesidad: una visión antropológica"*. Yumpu.

<https://www.yumpu.com/es/document/view/14082921/obesidad-una-vision-antropologica-meducar>

Monutti, N. (2016). *Sobrepeso Y Regulación Emocional* (Tesis de grado, Universidad Siglo 21). Córdoba

Moreno, G. M. (2012). Definición y Clasificación de la obesidad [Definition and classification of obesity]. *Revista Medica Clinica las Condes*, 23(2), 124-128. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70288-2

- Muñoz, S., Vega, Z., y Berra, E. (2015). Caracterización de estrés, emociones y afrontamiento en adolescentes con diferentes tipos de IMC. *Eureka*, 12(2), 268-280.  
[https://www.researchgate.net/publication/292967476\\_Caracterizacion\\_de\\_estres\\_emociones\\_y\\_afrontamiento\\_en\\_adolescentes\\_con\\_diferentes\\_tipos\\_de\\_IMC](https://www.researchgate.net/publication/292967476_Caracterizacion_de_estres_emociones_y_afrontamiento_en_adolescentes_con_diferentes_tipos_de_IMC).
- Muñoz, S., Vega, Z., Berra, E., Nava, C., y Gómez, G. (2015). Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17 (1), 11-29. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80242935002>
- Oliva, A., Antolín-Suárez, L., Povedano Díaz, A., Suárez Relinque, C., del Moral Arroyo, G., Rodríguez-Meirinhos., A., Capecci, V., y Musitu Ochoa, G. (2017). *Bienestar y desarrollo positivo adolescente desde una perspectiva de género: Un estudio cualitativo*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/720151.pdf>
- Oliva, A. (2008). Problemas psicosociales durante la adolescencia. En B. Delgado (Ed.). *Psicología del desarrollo: Desde la infancia a la vejez* (pp. 137-164). Madrid: McGraw Hill.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. ¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles?*.  
[https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_consequences/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/)
- Organizacion Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Obesidad y sobrepeso*.  
Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Estrategia mundial: meta general*.  
<https://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *10 datos sobre la obesidad*.  
<https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. P 17
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (17 Sep 2019). *Etiquetado frontal: un tema de protección a la salud de la niñez*. Recuperado de:  
[https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1454:etiquetado-frontal-un-tema-de-proteccion-a-la-salud-de-la-ninez&Itemid=499](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1454:etiquetado-frontal-un-tema-de-proteccion-a-la-salud-de-la-ninez&Itemid=499)
- Ortega, R. (2014). Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias. *Revista Med Inst Mex Seguro Soc.*, 52(S1), S8-S11. Recuperado de:  
<http://revistamedica.imss.gob.mx>
- Ortega, R., Hurtado, E., López, A., Trujillo, X., Tlacuilo, J., y Colunga, C. (2013). Caracterización de niños obesos con y sin diagnóstico de síndrome metabólico en un hospital pediátrico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 52(1), 48-57.
- Paladino, C y Gorostiaga, D. Expresividad emocional y estereotipos de género. Universidad Nacional de La Plata, Proyecto de Investigación acreditado H 379-2004. Cátedras Psicología Evolutiva y Psicología General, Departamento de Ciencias de la Educación. F.H.C.E. <https://core.ac.uk/download/pdf/301024718.pdf>

Padrós, F., Soriano, C., y Navarro, G. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes?. *Interdisciplinaria*, 29(1), 151-164.

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180/18026124008>

Park, B. J., Hong, J., y Park, H. (2017). Neuroimaging biomarkers to associate obesity and negative emotions. *Scientific reports*, 7(1), 7664. doi:10.1038/s41598-017-08272-8

Peña, E. y Reidl, L.M. (2015). Las Emociones y la Conducta Alimentaria. *Acta de investigación psicológica*, 5(3), 2182-2193. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358943649006>

Pérez, E. C., Sandoval, M. J., Schneider, S. E., y Azula, L. A (2008). Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 179, 16-19.

Petrova, D., Salamanca-Fernández, E., Rodríguez, M., Navarro, P., Jiménez, J., y Sánchez, M. J. 2020. La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones [Obesity as a risk factor in COVID-19: Possible mechanisms and implications]. *Atención primaria* 52(7), pp 496-500.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.003>

Piemontesi, S. E. (2012). Validación de la Escala de Expresividad Emocional en una muestra de Universitarios Argentinos. *Suma Psicológica*, 19 (1) pp 59-68.

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez González, A., y Oblitas, L. 2009. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16 (2), 85-112.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>



- Pompa, E., Gonzales, M., y Torres, F. (2010). Ansiedad y Depresión en niños con sobrepeso y obesidad: Resultados de un Campo de Verano. *SUMMA Psicológica UST*, 7(2), 67 –74. doi: 10.18774/448x.2010.7.124
- Pompa, E. & Meza, C. (2014). Manifest anxiety in overweight and obese adolescents [Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad]. *Revista Tesis Psicológica*, 9(2), 162-172.
- Porro-Conforti, M., y Andrés, M. (2011). Tipo de expresividad Emocional y tendencia a la Supresión de la Expresión Emocional en Pacientes Diagnosticados con cáncer. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 3(1), 10-18.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127087002>
- Puerto Sarmiento, 2014. *La obesidad a lo largo de la historia*. core.ac.uk  
Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/230313616.pdf>
- Rafferty, J. American Academy of Pediatrics. (2019). El desarrollo de la identidad de género en los niños. *Healthy children*. Recuperado de:  
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/gradeschool/Paginas/gender-identity-and-gender-confusion-in-children.aspx>
- Ramos, V., Hernández, del R. M., y Álvarez, M. (2019). El afecto emocional en pacientes diabéticos mexicanos. *Tesis Psicológica*, 14(1), 10-28.  
<https://doi.org/10.37511/tesis.v14n1a1>
- Ríos, M. y Osornio, L. (2013). Perfil emocional, obesidad percibida vs IMC y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Alternativas en Psicología*. 17(29),150-164.
- Rivera Dommarco, J., Velasco Bernal, A., Hernández Ávila, M., Aguilar Salinas, C., Vadillo Ortega, F., y Murayama Rendón, C. (2013). Obesidad en México:

recomendaciones para una política de Estado, Trabajo de postura. Rivera, J. (ed). En *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado* pp. 12, 42, 104, 105-107. Ed. D. R. Universidad Nacional Autónoma De México

Rivera Dommarco, J.A., Campos-Nonato, I., Barquera Cervera, González de Cossío, T. (2013). Epidemiología de la obesidad en México: magnitud, distribución, tendencias y factores de riesgo. Rivera, J. (ed). En *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado* (pp 92-115 ). México. Ed. D. R. Universidad Nacional Autónoma De México

Robbins, S. y Judge, T. (2009). Comportamiento organizacional. (13a ed.). Pearson Educación.

Rodríguez, M., Gempeler, J., Mayor, N., Patiño, C., Lozano, L., y Pérez, V. (2017). Disregulación emocional y síntomas alimentarios: Análisis de sesiones de terapia grupal en pacientes con trastorno alimentario. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 8(1), 72-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.001>

Rojas, R. (2020). *Ranking Los 10 países con mayor índice de obesidad en tiempos de Covid-19. México. Saludario: El medio para médicos.*  
<https://www.saludario.com/ranking-los-10-paises-con-mayor-indice-de-obesidad-en-tiempos-de-covid-19/>

Ruíz, P., Bacardí, M., y Jiménez, A. (2019). Historia, tendencias y causas de la obesidad en México. *Journal of negative & no positive results*, 4 (7), 737-745. doi: 10.19230/jonnpr.3054

- Sánchez, J., y Ruiz, A. (2015). Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Rev. Mexicana de trastornos alimentarios*, 6(1), 38-44.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006>
- Sánchez, L., y Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150. doi:10.3305/nh.2012.27.6.6061
- Sánchez, A. (2003). *La literatura en el Egipto Antiguo (Breve antología)*, España: Egiptomania.
- Sandín, B. (2003). Escalas Panas de Afecto Positivo Y Negativo para niños y adolescentes (PANASN) . *Revista de Psicopatología y Psicología*, 8(2), 173-18.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3953>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. (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>
- Saucedo, T. y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud mental*, 33(1), 11-19.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58215621002>
- Saucedo, T., Unikel, C., Villatoro, A. y Fleiz, C. (2003). Curvas porcentilares del índice de masa corporal. Auto-informe de peso y estatura de estudiantes mexicanos. *Acta Pediátrica de México*, 24(1), 23-28.
- Secretaría de Salud. (2010). Obesidad en México. *Vigilancia Epidemiológica*, 27(43).  
Recuorado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/13056/sem43.pdf>

- Solano, N., y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72723439007>
- Tarbal, A. (2005). La Obesidad Infantil: una epidemia mundial. *Faros Sant Joan de Déu* Observatorio de salud de la infancia y la adolescencia. 1-13
- Tarrés, S. (2017). *Desarrollo de la identidad sexual en los niños. En qué momento los niños se dan cuenta de su identidad sexual*. Guía infantil. Recuperado de: <https://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/sexualidad/desarrollo-de-la-identidad-sexual-en-los-ninos/>
- Torres, F. (2013). Transformaciones de la demanda alimentaria como factor de la obesidad en México. En J. Rivera., M. Hernández., C. Aguilar. F. Vadillo y C. Murayama. (Ed.), *Obesidad en México recomendaciones para una política de estado (pp. 152-175)*. México. D. R. Universidad Nacional Autónoma de México.
- UNICEF. (s.f.). *Salud y nutrición*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/salud-y-nutrici%C3%B3n>
- UNICEF, 2014. *Informe anual, México 2018*. <https://unicef.org.mx/Informe2018/Informe-Anual-2018.pdf>
- Unikel, C., Diaz de León, C. y Rivera, J. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 141-148. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.012

- Vallejo, A., Osorno, R. y Mazadiego, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13 (1), 91-105. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213108>
- Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J. y López, P. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.  
<http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>
- Vargas, L. y Bourges, H. (2013). Los fundamentos biológicos y culturales de los cambios de la alimentación conducentes a la obesidad. El caso de México en el contexto general de la humanidad. En J. Rivera (Ed). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado (pp. 119-148)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Zhao, Z., Ding, N., Song, S., Liu, y Wen, D. (2018). Association between depression and overweight in chinese adolescents: across-sectional study. *BMJ Open*, 9 (e024177), 1-7. doi: 10.1136/Bmjopen-2018-024177

## Anexos

### Anexo A. Consentimiento informado

Estimado Padre, Madre o Tutor.

Por medio de la presente se le invita a participar en el Trabajo de Investigación:

**“El papel de la Emoción en la Conducta Alimentaria Disfuncional”**

El estudio pretende detectar el nivel de expresividad emocional en los niños para saber si ésta tiene alguna influencia en la alimentación.

Para la recolección de información se medirá y se pesará a los participantes, posteriormente se les aplicaran 2 cuestionarios relacionados con las emociones.

Este proceso será estrictamente confidencial, el nombre no será utilizado en ningún informe cuando los datos sean publicados. Los datos obtenidos se utilizaran únicamente con fines de investigación

El estudio es completamente voluntario, sin fines de lucro.

Si desea participar favor de llenar la siguiente información:

Mediante éste documento yo (nombre del Padre Madre o Tutor)

---

estoy informada y Autorizo que mi hijo (a)

---

participe en el estudio.






---

Firma Padre Madre o Tutor

## Anexo B Cuestionario de expresividad de Berkeley (BEQ).

- |    | <b>Falso</b> | <b>Neutro</b> | <b>Cierto</b> |
|----|--------------|---------------|---------------|
| 1  |              |               |               |
| 2  |              |               |               |
| 3  |              |               |               |
| 4  |              |               |               |
| 5  |              |               |               |
| 6  |              |               |               |
| 7  |              |               |               |
| 8  |              |               |               |
| 9  |              |               |               |
| 10 |              |               |               |
|    | <b>Falso</b> | <b>Neutro</b> | <b>Cierto</b> |
| 11 |              |               |               |
| 12 |              |               |               |
| 13 |              |               |               |
| 14 |              |               |               |
| 15 |              |               |               |
| 16 |              |               |               |

**Anexo C. Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS).**

Sentimiento o emoción	Muy poco o nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
					
<b>1. Motivado(a), con ganas de hacer cosas</b>	A	B	C	D	E
<b>2. Triste</b>	A	B	C	D	E
<b>3. Espantado(a)</b>	A	B	C	D	E
<b>4. Alerta, bien despierto(a)</b>	A	B	C	D	E
<b>5. Emocionado(a)</b>	A	B	C	D	E
<b>6. Con pena</b>	A	B	C	D	E
<b>7. Enojado(a)</b>	A	B	C	D	E
<b>8. Feliz</b>	A	B	C	D	E
<b>9. Decidido(a), firme</b>	A	B	C	D	E
<b>10. Inquieto(a)</b>	A	B	C	D	E
<b>11. Culpable</b>	A	B	C	D	E
<b>12. Con energía</b>	A	B	C	D	E
<b>13. Asustado(a)</b>	A	B	C	D	E
<b>14. Calmado(a)</b>	A	B	C	D	E
<b>15. Sin suerte</b>	A	B	C	D	E



16. Alegre	A	B	C	D	E
17. Activo(a)	A	B	C	D	E
18. Satisfecho(a)	A	B	C	D	E
19. Con miedo	A	B	C	D	E
20. Contento(a)	A	B	C	D	E
21. Solo(a)	A	B	C	D	E
22. Furioso(a)	A	B	C	D	E
23. Valiente	A	B	C	D	E
24. Molesto(a)	A	B	C	D	E
25. Conforme	A	B	C	D	E
26. Deprimido(a)	A	B	C	D	E
27. Atrevido(a)	A	B	C	D	E
28. Recuerdo con tristeza	A	B	C	D	E
29. Animado(a)	A	B	C	D	E

## Anexo D. Tablas para la clasificación del peso según la edad y sexo.

### BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m <sup>2</sup> )										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
11: 4	136	-1.7884	17.1262	0.11228	13.8	14.3	14.6	15.4	16.0	17.1	18.6	19.5	21.4	22.3	24.4
11: 5	137	-1.7880	17.1746	0.11266	13.9	14.4	14.6	15.4	16.0	17.2	18.6	19.6	21.5	22.4	24.5
11: 6	138	-1.7873	17.2236	0.11304	13.9	14.4	14.7	15.5	16.0	17.2	18.7	19.6	21.6	22.5	24.6
11: 7	139	-1.7861	17.2734	0.11342	13.9	14.4	14.7	15.5	16.1	17.3	18.8	19.7	21.7	22.6	24.7
11: 8	140	-1.7846	17.3240	0.11379	13.9	14.5	14.7	15.6	16.1	17.3	18.8	19.8	21.8	22.7	24.8
11: 9	141	-1.7828	17.3752	0.11415	14.0	14.5	14.8	15.6	16.2	17.4	18.9	19.8	21.8	22.8	24.9
11:10	142	-1.7806	17.4272	0.11451	14.0	14.5	14.8	15.6	16.2	17.4	18.9	19.9	21.9	22.9	25.0
11:11	143	-1.7780	17.4799	0.11487	14.0	14.6	14.9	15.7	16.3	17.5	19.0	20.0	22.0	23.0	25.1
12: 0	144	-1.7751	17.5334	0.11522	14.1	14.6	14.9	15.7	16.3	17.5	19.1	20.1	22.1	23.1	25.2
12: 1	145	-1.7719	17.5877	0.11556	14.1	14.6	14.9	15.8	16.3	17.6	19.1	20.1	22.2	23.1	25.3
12: 2	146	-1.7684	17.6427	0.11590	14.2	14.7	15.0	15.8	16.4	17.6	19.2	20.2	22.3	23.2	25.4
12: 3	147	-1.7645	17.6985	0.11623	14.2	14.7	15.0	15.9	16.4	17.7	19.3	20.3	22.3	23.3	25.6
12: 4	148	-1.7604	17.7551	0.11656	14.2	14.8	15.1	15.9	16.5	17.8	19.3	20.3	22.4	23.4	25.7
12: 5	149	-1.7559	17.8124	0.11688	14.3	14.8	15.1	16.0	16.5	17.8	19.4	20.4	22.5	23.5	25.8
12: 6	150	-1.7511	17.8704	0.11720	14.3	14.8	15.1	16.0	16.6	17.9	19.5	20.5	22.6	23.6	25.9
12: 7	151	-1.7461	17.9292	0.11751	14.3	14.9	15.2	16.1	16.6	17.9	19.5	20.6	22.7	23.7	26.0
12: 8	152	-1.7408	17.9887	0.11781	14.4	14.9	15.2	16.1	16.7	18.0	19.6	20.6	22.8	23.8	26.1
12: 9	153	-1.7352	18.0488	0.11811	14.4	15.0	15.3	16.2	16.8	18.0	19.7	20.7	22.9	23.9	26.2
12:10	154	-1.7293	18.1096	0.11841	14.5	15.0	15.3	16.2	16.8	18.1	19.7	20.8	23.0	24.0	26.3
12:11	155	-1.7232	18.1710	0.11869	14.5	15.0	15.4	16.3	16.9	18.2	19.8	20.9	23.1	24.1	26.4
13: 0	156	-1.7168	18.2330	0.11898	14.5	15.1	15.4	16.3	16.9	18.2	19.9	20.9	23.1	24.2	26.5
13: 1	157	-1.7102	18.2955	0.11925	14.6	15.1	15.4	16.4	17.0	18.3	19.9	21.0	23.2	24.3	26.7
13: 2	158	-1.7033	18.3586	0.11952	14.6	15.2	15.5	16.4	17.0	18.4	20.0	21.1	23.3	24.4	26.8
13: 3	159	-1.6962	18.4221	0.11979	14.7	15.2	15.5	16.5	17.1	18.4	20.1	21.2	23.4	24.5	26.9

2007 WHO Reference

# BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m <sup>3</sup> )										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
11: 4	136	-1.4436	17.4847	0.12882	13.6	14.2	14.5	15.5	16.1	17.5	19.2	20.3	22.5	23.6	25.9
11: 5	137	-1.4389	17.5464	0.12914	13.7	14.2	14.6	15.5	16.2	17.5	19.3	20.4	22.6	23.7	26.0
11: 6	138	-1.4339	17.6088	0.12946	13.7	14.3	14.6	15.6	16.2	17.6	19.3	20.4	22.7	23.8	26.1
11: 7	139	-1.4288	17.6719	0.12978	13.7	14.3	14.7	15.6	16.3	17.7	19.4	20.5	22.8	23.9	26.2
11: 8	140	-1.4235	17.7357	0.13009	13.8	14.4	14.7	15.7	16.3	17.7	19.5	20.6	22.9	24.0	26.4
11: 9	141	-1.4180	17.8001	0.13040	13.8	14.4	14.8	15.7	16.4	17.8	19.6	20.7	23.0	24.1	26.5
11:10	142	-1.4123	17.8651	0.13070	13.9	14.5	14.8	15.8	16.4	17.9	19.6	20.8	23.1	24.2	26.6
11:11	143	-1.4065	17.9306	0.13099	13.9	14.5	14.9	15.8	16.5	17.9	19.7	20.8	23.2	24.3	26.7
12: 0	144	-1.4006	17.9966	0.13129	14.0	14.6	14.9	15.9	16.6	18.0	19.8	20.9	23.3	24.4	26.8
12: 1	145	-1.3945	18.0630	0.13158	14.0	14.6	15.0	15.9	16.6	18.1	19.9	21.0	23.4	24.5	26.9
12: 2	146	-1.3883	18.1297	0.13186	14.0	14.7	15.0	16.0	16.7	18.1	19.9	21.1	23.5	24.6	27.0
12: 3	147	-1.3819	18.1967	0.13214	14.1	14.7	15.0	16.1	16.7	18.2	20.0	21.2	23.6	24.7	27.2
12: 4	148	-1.3755	18.2639	0.13241	14.1	14.7	15.1	16.1	16.8	18.3	20.1	21.3	23.7	24.8	27.3
12: 5	149	-1.3689	18.3312	0.13268	14.2	14.8	15.1	16.2	16.8	18.3	20.2	21.3	23.8	24.9	27.4
12: 6	150	-1.3621	18.3986	0.13295	14.2	14.8	15.2	16.2	16.9	18.4	20.2	21.4	23.9	25.0	27.5
12: 7	151	-1.3553	18.4660	0.13321	14.3	14.9	15.2	16.3	17.0	18.5	20.3	21.5	23.9	25.1	27.6
12: 8	152	-1.3483	18.5333	0.13347	14.3	14.9	15.3	16.3	17.0	18.5	20.4	21.6	24.0	25.2	27.7
12: 9	153	-1.3413	18.6006	0.13372	14.3	15.0	15.3	16.4	17.1	18.6	20.5	21.7	24.1	25.3	27.8
12:10	154	-1.3341	18.6677	0.13397	14.4	15.0	15.4	16.4	17.1	18.7	20.6	21.8	24.2	25.4	27.9
12:11	155	-1.3269	18.7346	0.13421	14.4	15.1	15.4	16.5	17.2	18.7	20.6	21.8	24.3	25.5	28.0
13: 0	156	-1.3195	18.8012	0.13445	14.5	15.1	15.5	16.5	17.3	18.8	20.7	21.9	24.4	25.6	28.1
13: 1	157	-1.3121	18.8675	0.13469	14.5	15.2	15.5	16.6	17.3	18.9	20.8	22.0	24.5	25.7	28.2
13: 2	158	-1.3046	18.9335	0.13492	14.6	15.2	15.6	16.7	17.4	18.9	20.9	22.1	24.6	25.8	28.4
13: 3	159	-1.2970	18.9991	0.13514	14.6	15.3	15.6	16.7	17.4	19.0	20.9	22.2	24.7	25.9	28.5

2007 WHO Reference