

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DE LA CIUDAD DE MEXICO



TESIS:

Validación del Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil versión auto-reporte CEBQ-N.

(Children Eating Behavior Questionnaire Self-report).

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:

Violeta Moreno Ahumada.

TUTORA:

Dra. Lilia Albores Gallo.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO DE 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Dra. Violeta Moreno Ahumada

Correo electrónico: supervioleta@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Lilia Albores Gallo.

Correo electrónico: lialalbores@gmail.com, lialalbores@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Dirección: Av. San Buenaventura no. 86.

Col. Belisario Domínguez Tlalpan, CP. 14080 México D.F.

Nombre de los asesores:

Dr. Enrique Navarro Luna.

Correo electrónico: enrique.hi@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Dirección: Av. San Buenaventura no. 86.

Col. Belisario Domínguez Tlalpan, CP. 14080 México D.F.

RESUMEN

Antecedentes: El CEBQ es uno de los instrumentos más completos en la evaluación de la conducta alimentaria de los niños. Es un cuestionario contestado por el padre respecto al estilo de alimentación de su hijo. Hay poca concordancia entre el reporte de ambos informantes (padre-hijo) para este constructo.

Objetivo: Validar la versión mexicana del instrumento CEBQ-N en formato auto reporte para niños de 7-10 años y adolescentes de 11-14 años de edad.

Material y Métodos: Participaron 460 niños y adolescentes de la comunidad clasificados por su IMC e IOTF (Normopeso, Sobrepeso y Obesidad). Se les aplicó la versión para niños del CEBQ-N y DEBQ-N. La Consistencia interna se evaluó por medio de coeficientes Alpha Cronbach, la validez concurrente entre (DEBQ-N vs. CEBQ-N) se realizó por medio de coeficiente de correlación de Spearman, la validez de criterio se analizó contraste de medianas prueba de Kruskal-Wallis, contrastando las medianas e los puntajes de a subescalas del CEBQ y las categorías del IMC. Se usó la post hoc U Mann-Whithney.

Resultados: La Consistencia interna para las subescalas del CEBQ-N fue ≥ 0.70 exceptuando: Respuesta Saciedad, Remilgoso, Lentitud en el Comer Las medianas de 3 subescalas fueron distintas entre los grupos del IMC: (Normopeso versus Obesidad). Deseo de Beber (U=5084.00, $z=-2.10$, $p=0.03$), Sobre alimentación emocional (U=4850.00, $z=-2.73$, $p=0.001$) y Sub alimentación emocional (U=4657.50 $z=-3.03$, $p=0.001$).

Conclusiones: La versión Mexicana CEBQ-N como auto reporte es un instrumento consistente y válido en la investigación de la conducta alimentaria en niños y adolescentes.

Palabras MeSH: CEBQ, IMC, DEBQ.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINAS
1. Resumen	2
2. Índice general	3
3. Índice de tablas	4
4. Introducción	5
5. Marco Teórico	6
6. Planteamiento del problema	8
7. Justificación	8
8. Objetivos	9
9. Material y Métodos	9
10. Resultados	18
11. Discusión	25
12. Conclusiones	27
13. Limitaciones y Recomendaciones	27
14. Referencias	28
15. Anexos	
Anexo 1	33
Anexo 2	34
Anexo 3a	35
Anexo 3b	35
Anexo 4	36
Anexo 5	37
Anexo 6	38

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁGINAS
Tabla 1. Datos demográficos.	19
Tabla 2. IMC (IOTF) por sexo y grupo de edad.	19
Tabla 3. Alfa de Cronbach de las dimensiones del CEBQ-N por grupo de edad.	21
Tabla 4. Correlaciones Rho de Spearman por grupo de edad.	23
Tabla 5. Prueba no paramétrica Kruskal-Wallis.	24

INTRODUCCION

La importancia del estudio de las conductas de salud se basa en que una proporción sustancial de la etiología de las principales causas de mortalidad se debe a patrones de comportamiento, que son completamente modificables sobre todo la conducta alimentaria ya que contribuyen al desarrollo de problemas de peso en niños y adultos.

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que median la relación del ser humano con los alimentos, se adquiere a través de la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos y las tradiciones culturales. Además se reconoce que factores genéticos y medio ambientales tienen influencia importante en el patrón de ingesta, la conducta alimentaria y la obesidad infantil.

Desde 1980, la obesidad se ha triplicado en todo el mundo, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que la obesidad alcanzó proporciones epidémicas en el año 2013 más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso y obesidad y se calcula que de mantenerse las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025.

La obesidad infantil está asociada a una amplia gama de complicaciones de salud graves. Sin intervención, los menores obesos se mantendrán obesos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. La mayoría de niños obesos (95%) son la consecuencia de una ingesta energética excesiva y/o un gasto calórico reducido, por dicho motivo ha habido un interés creciente por explorar la relación entre la obesidad y la conducta de alimentación, medida a través de herramientas psicométricas que analizan diferentes dimensiones de los estilos del comer.

MARCO TEÓRICO

México, al igual que otros países de América Latina, ha sufrido una transición nutricional en las últimas dos décadas, con los cambios en los estilos de vida hacia un mayor consumo de alimentos ricos en energía y los hábitos sedentarios, disminuyéndose cifras de desnutrición (<2.5%) y aumentando las de sobrepeso y obesidad.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 México es líder mundial en obesidad infantil ya que el 35% de sus adolescentes tienen sobrepeso o son obesos, llegando a casi el 39% en el centro de país¹.

El Cuestionario de Conducta Alimentaria del Niño versión del Padre (CEBQ-P) diseñado por Jane Wardle en 2001² en la Universidad de Londres Inglaterra, contiene ocho subescalas agrupadas en dos grandes dimensiones (Pro ingesta y Anti ingesta) las cuales son el resultado de múltiples factores como la heredabilidad, la genética, la nutrición perinatal, las influencias de los padres durante la infancia y la adolescencia^{3,4}.

El CEBQ-P se validó con el informe de padres de tres muestras de la comunidad (N=131; N=187; N=218) que informaron de la conducta alimentaria de niños en edad preescolar (menores de 12 años), este instrumento demostró tener propiedades psicométricas excelentes, la consistencia interna de todas las subescalas mostraron alphas de 0.72 a 0.91, y el test-retest a una semana por medio de correlaciones de Pearson fue de $\rho=0.52$ a 0.87^2 .

Este instrumento se ha utilizado para diferentes fines de investigación, por ejemplo, para comparar las preferencias del apetito en los niños de padres delgados y obesos^{5,6} para descubrir la continuidad y la estabilidad en la conducta alimentaria de los niños a través del tiempo^{7,8}, para determinar si hay una asociación con las preferencias de conducta alimentaria con la presencia de caries dentales⁸ para comparar la conducta alimentaria en relación al IMC⁹⁻¹⁷ investigar la asociación entre temperamento y la conducta alimentaria¹⁸, para investigar la susceptibilidad a tener obesidad¹⁹⁻²¹.

Diversas traducciones del CEBQ se validaron en países como el Reino Unido^{2,8,10,20}, los Países Bajos¹¹, Portugal⁹, Suecia¹³, China¹⁴, Australia²², Singapur¹⁷, Arabia Saudita²³, Estados Unidos²⁴ y Canadá¹⁹. En Latinoamérica existen versiones para Chile¹⁵ y Brasil¹⁶.

En México Calderón y Albores en 2014 validaron la versión del padre del CEBQ-P. La consistencia interna para los 35 reactivos de la escala total fue de $\alpha = 0.83$ ²⁵.

Llewellyn, en colaboración con Jane Wardle en el 2011²⁶ adaptaron el CEBQ a BEBQ por sus siglas en inglés Baby Eating Behavior Questionnaire, para evaluar el apetito de los bebés en el periodo de lactancia, fue realizado en gemelos $n=2402$, de las 8 subescalas, eliminaron Remilgoso y deseo de beber debido al grupo de edad de estudio, tras su adaptación se evaluaron 18 reactivos y reportaron Alpha de Cronbach de 0.73-0.81.

En Malasia, Loh²⁷ adaptó el instrumento CEBQ para recoger información directamente de los adolescentes de tres etnias distintas (Malayos, Indios y Chinos) esta versión modificada mostró propiedades psicométricas aceptables.

Otras herramientas para medir la conducta alimentaria en niños, son el Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria DEBQ-P²⁸ el Inventario infantil de Conducta Alimentaria CEBI²⁹, Método de Tom y Bob para la Evaluación Nutricional BATMAN³⁰. Todos estos instrumentos recolectan la percepción que los padres tienen respecto de la conducta alimentaria de sus hijos. Sin embargo se sabe que las correlaciones entre el informe de la conducta alimentaria de los padres e hijos son bajas y moderadas³¹, además de que los padres tienden a subestimar el peso de sus hijos cuando estos tienen sobrepeso u obesidad³². Al no existir versiones para niños de estos instrumentos no se ha podido tener un panorama más preciso sobre este constructo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Distintos estudios muestran la importancia de recoger información de la conducta alimentaria a partir de los niños y adolescentes. Sin embargo en México no existen instrumentos de auto reporte sobre este constructo y para este grupo de edad.

La investigación sugiere que las diferencias individuales en los estilos de alimentación contribuyen al desarrollo de problemas de peso en niños y adultos.

Debido al problema de salud pública que implica la obesidad en nuestro País es importante contar con instrumentos adecuados para medir la conducta alimentaria con fines clínicos como epidemiológicos y para identificar además cuáles pueden ser factores de riesgo y protección.

En base a los antecedentes, surge la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de una versión en español del Cuestionario de Conducta alimentaria Infantil (CEBQ-N) en formato de auto reporte para niños y adolescentes Mexicanos?

JUSTIFICACIÓN

En México existen muy pocos estudios sobre la conducta alimentaria de los niños a pesar de las cifras alarmantes y crecientes en torno a este constructo. Los estudios sobre la ingesta de alimentos en obesidad se han centrado principalmente en investigar la cantidad y tipo de alimentos de la dieta habitual, presentando resultados controversiales, además la información que se tiene proviene básicamente del reporte de los padres.

Es importante aumentar el conocimiento de esta conducta a partir de la información proporcionada por niños y adolescentes ya que este grupo de edad invierte muchas horas del día en actividades escolares que equivaldría de 1 a 2 comidas fuera del hogar y existe información que los padres pudieran desconocer acerca del estilo de alimentación de sus hijos. De ahí la necesidad de adaptar el CEBQ como auto reporte para este grupo de edad y así contrastar las respuestas con la de los padres.

OBJETIVOS:

General

- Validar la versión mexicana del instrumento CEBQ-N (Children Eating Behavior Questionnaire) para niños de 7-10 años y adolescentes de 11 a 14 años de edad.

Específicos

- Traducir y adaptar el CEBQ al idioma español en formato de auto reporte para que pueda responderse por niños y adolescentes.
- Analizar la validez de apariencia, la consistencia interna del instrumento.
- Analizar la consistencia interna del CEBQ-N para el total de los reactivos y por subescalas.
- Investigar la validez concurrente del CEBQ-N con el instrumento DEBQ-N (subescalas de ingesta restrictiva, emocional y externa).
- Analizar la validez de criterio analizando la diferencia en los puntajes del CEBQ-N con el IMC (peso bajo, normopeso, sobrepeso y obesidad) de los niños y adolescentes mexicanos de la comunidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio:

Estudio observacional, transversal, descriptivo y comparativo.

Muestra:

Escolares que asisten a escuelas primarias y secundarias públicas de la Delegación Tlalpan de la Ciudad de México.

Tamaño de la muestra: El tamaño mínimo de muestra, atendiendo a una prevalencia estimada de sobrecarga ponderal del 32,5% y considerando un error relativo de 5%.

Criterios:

a) Inclusión:

Niños y adolescentes sanos de ambos sexos de la población general entre 7 y 14 años de edad que asistían regularmente a la escuela que sabían leer y escribir, cuyos padres y ellos mismos aceptaron participar en el estudio.

b) Exclusión:

- Niños y adolescentes que no supieran leer o escribir.
- IMC < 20 (desnutrición).
- Niños que tomen medicamentos, o con alguna enfermedad crónica conocida como diabetes, hipotiroidismo, cáncer, asma, etc.
- Aquellos padres que no autorizaron la participación de sus hijos en el estudio.

c) Eliminación:

- Embarazo.
- Niños o sus padres que rehusaron concluir los cuestionarios o completar alguna de las mediciones antropométricas.
- Niños que faltaron el día de aplicación de las escalas.

Variables:

Subescalas del CEBQ-N:

- Interés por el alimento: variable cuantitativa.
- Deseo de beber: variable cuantitativa.
- Alimentación Sobre emocional: variable cuantitativa.

- Disfrute del comer: variable cuantitativa.
- Respuesta de saciedad: variable cuantitativa.
- Remilgoso: variable cuantitativa.
- Alimentación Sub emocional: variable cuantitativa.
- Lentitud para comer: variable cuantitativa.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad: Variable cuantitativa.
- Sexo: Variable dicotómica.

Medidas antropométricas:

Su obtención se realizó por el personal investigador después de un entrenamiento por personal con experiencia en el INCMNSZ utilizando las mismas herramientas en todos los casos.

- IMC (variable Cuantitativa (kg/m²)).
- Peso (variable cuantitativa continua (kg)).
- Talla (variable cuantitativa continua (m)).
- Perímetro de cintura (variable cuantitativa continua (cm)).

El Índice de Masa Corporal (IMC): definido como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros, al considerarse como el mejor indicador antropométrico para realizar el diagnóstico, ya que se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal tanto en los niños como en los adultos³³. En los niños el valor del IMC varía con la edad y el sexo, debiéndose utilizar los percentiles 85 y 95, para realizar el diagnóstico de sobrepeso y obesidad respectivamente. El peso corporal: de los participantes se realizó con una báscula tanita calibrada. Los niños se pesaron con ropa sin zapatos, calcetines, suéteres ni chamarras. Para la talla se usó un estadímetro y fueron medidos sin calzado.

Se utilizó la clasificación internacional del grupo de trabajo contra la obesidad por sus siglas en inglés International Obesity Task Force, la cual identifica puntos de corte de IMC específicos para cada edad y sexo. Es decir, los puntos de corte específicos para cada edad o sexo en menores de 18 años equivalen a valores específicos de IMC en la edad adulta; por ejemplo, 25 (sobrepeso) y 30 (obesidad), lo que permite comparar las prevalencias de obesidad y sobrepeso en niños y adolescentes entre estudios y entre poblaciones, y establecer un continuo en la evaluación que abarca desde la infancia hasta la edad adulta³³. Esta clasificación ha sido utilizada en múltiples estudios con el CEBQ^{4,10,15}.

Procedimiento:

Este estudio es derivado de un proyecto mayor titulado “Frecuencias de Estilos de Comer pre mórbidos de sobrepeso y obesidad en niños Mexicanos”, registrado en el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, a cargo de la Dra. Lilia Albores Gallo y con el número de registro II3/02/0512 (Anexo 1), el cual tiene como propósitos: 1) desarrollar un conjunto de herramientas para evaluar los estilos de alimentación de la población Mexicana: Cuestionario de Estilos de Comer para México (CECOME versión para el niño(a), CECOME versión del adulto, CECOME versión del padre sobre la conducta alimentaria del niño(a)) y 2) traducir adaptar y co-validar los estándares de oro internacionales para evaluar los estilos de alimentación. (Anexo 4).

Este estudio, se divide en dos grandes etapas (Figura 1):

Primera etapa:

Traducción y adaptación del CEBQ-P a CEBQ-N: Se convocó a especialistas bilingües en el área de psiquiatría, paidopsiquiatría y nutriólogos para traducir y adaptar los instrumentos, de las versiones originales al español, considerados estándares de oro para la evaluación de los estilos de alimentación. Posteriormente todos los reactivos se modificaron para estar fraseados en primera persona y leerse como auto reporte (Ejemplo CEBQ-P: “Disfruta probar nuevos alimentos”; CEBQ-N: “Disfruto probar nuevos alimentos”).

Se realizó un estudio piloto en 20 escolares y 20 adolescentes para evaluar la comprensión de los reactivos, y el tiempo aproximado para completarlos. Posteriormente se realizaron ajustes y modificaciones a los instrumentos con base a las sugerencias que proporcionaron los niños y adolescentes. Durante esta etapa el personal de salud recibió las capacitaciones pertinentes.

Después de que las autoridades escolares y padres de familia conocieron y aprobaron el estudio, los padres firmaron el consentimiento informado, posteriormente los niños y adolescentes dieron su asentimiento y respondieron los instrumentos aplicados por personal capacitado.

Los niños y adolescentes fueron medidos y pesados a lo largo de las valoraciones por parte de las nutriólogas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán las cuales recibieron un entrenamiento.

Se llevó a cabo con personal del Hospital Psiquiátrico Infantil De la Ciudad de México y en escuelas oficiales de la delegación de Tlalpan.

El equipo que realizó la aplicación de los instrumentos descritos fueron:

- Médico residente de paidopsiquiatría (3).
- Médicos en servicio social(1).
- Estudiante de medicina (1).
- Estudiantes de nutriología (3).

Se capturaron los datos en hojas Excel, para generar la base de datos.

Segunda etapa:

Ambas investigadoras realizaron el análisis estadístico mediante el programa SPSS 21.

Este trabajo de investigación es derivado de un proyecto mayor titulado “Construcción y Validación del Cuestionario de Estilos de Comer para México” El cual tiene como propósito desarrollar un conjunto de herramientas para evaluar los estilos de alimentación de la población mexicana:

versión para niños y adolescentes

El objetivo de este estudio es la validación de la escala CEBQ-N como auto reporte para niños y adolescentes.

PRIMERA ETAPA

- Se tradujo y adaptó el instrumento y se entrenó al personal para la aplicación del mismo.
- Medición del peso y talla de los niños y adolescentes
- Se capturaron los datos en hojas Excel.

SEGUNDA ETAPA

- Ambas investigadoras realizaron el análisis estadístico mediante el programa SPSS 21
- Resultados finales y conclusiones
- Elaboración de artículo para publicación.

Figura 1. Diagrama de flujo de actividades.

Cronograma de actividades:

ACTIVIDADES	FECHAS
Entrega de Anteproyecto	Abril 2015
Análisis de resultados	Marzo-Abril 2016
Elaboración de artículo	Abril-Junio 2016
Informe Final	Junio de 2016

Instrumentos de medición:

Children Eating Behavior Questionnaire Self-report (CEBQ-N) (Anexo 3a).

El CEBQ-N consta de 35 reactivos al igual que son contraparte idéntica a la versión del padre, las respuestas están organizados en una escala tipo Likert de cinco puntos, con las siguientes posibles respuestas: 1 = nunca o no aplica, 2 = rara vez, 3 = algunas veces, 4 = frecuente y 5 = casi siempre.

Consta de dos grandes dimensiones, la primera es Pro ingesta, consta de 4 subescalas: Interés por el alimento” (IA, 5 reactivos), “Disfrute del comer” (DC, 4 reactivos), “Alimentación Sobre emocional” 4 reactivos (ASE, 4 reactivos) y “Deseo de beber” (DB, 3 reactivos). La segunda dimensión es "Anti ingesta" incluye: “Respuesta a la saciedad” (RS, 5 reactivos), “Lentitud para comer” (LC, 4 reactivos), “Alimentación Sub emocional” (ASU, 4 reactivos) y “Remilgoso” (Re, 6 reactivos).

DEFINICIONES DE LAS SUBESCALAS CEBQ-N:

- **La subescala de Interés por los alimentos (IA) y Disfrute del comer (DC)** Evalúan la respuesta de comer ante señales ambientales. Dichas respuesta se ha encontrado incrementada en niños con sobrepeso u obesidad^{2,20,21}.
- **La subescala de Deseo por beber (DB)** Detecta un mayor deseo de ingerir bebidas. Varios estudios han encontrado que el IMC se asoció positivamente con el consumo frecuente de bebidas endulzadas con azúcar^{35,36} por lo tanto una disminución en el consumo de refrescos se traduciría en una reducción de los niños con sobrepeso y obesidad³⁷.
- **La subescalas de Sobre alimentación emocional (ASE) y Subalimentación emocional (ASU)** Se refieren a un aumento o una disminución de comer bajo emociones negativas, como la ira, soledad,

depresión y ansiedad. La sobrealimentación emocional se ha encontrado relacionada positivamente al IMC del menor, mientras que la subalimentación emocional se relacionó negativamente con el IMC del niño^{9,38}.

- **La respuesta de saciedad (RS)** Significa la capacidad de control que un niño tiene para regular la cantidad de alimento que come y regular su ingesta de energía. Los bebés tienden a ser muy sensibles a las señales internas de hambre y saciedad, mientras que este nivel de capacidad de respuesta disminuye con la edad avanzada^{20,21,39}.
- **Remilgoso (selectividad para la comida) (R)** Está relacionada con el rechazo de una cantidad sustancial de alimentos nuevos y conocidos. Varios estudios han informado de que el ser remilgoso en la infancia se asocia con un menor índice de masa corporal^{11,40,41} menor porcentaje de grasa corporal⁹, y bajo peso^{12,42}. Sin embargo, otros estudios no encontraron ninguna asociación entre niños remilgosos y el peso^{11,13}.
- **La subescala de lentitud en comer (LC)** Refleja una reducción en la tasa de comer como resultado de bajo interés y disfrute de la comida.

Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ-N) (Anexo 3b).

Consta de 33 reactivos que investigan la conducta alimentaria de niños y adolescentes. Se organiza en tres grandes escalas:

- Restrictiva (10 reactivos).
- Emocional (13 reactivos).
- Respuesta a estímulos externos (10 reactivos).

Fue adaptado como auto reporte en el 2008. Los coeficientes alfa de Cronbach para las tres subescalas se mantuvieron con α 0.73 a 0.82 con correlaciones satisfactorias $P < 0.01$ ⁴³.

Análisis estadístico:

Se realizó por medio de estadística descriptiva con el programa SPSS versión 21.

1) Para analizar los datos demográficos se utilizaron medidas de tendencia central (medias, desviación estándar y frecuencias).

2) La consistencia interna del instrumento se calculó el coeficiente de alpha de Cronbach⁴⁴ (alphas de $\geq .80$ = excelentes, $0.61 - .79$ = buenos, $< .60$ inaceptables) para el total de los reactivos del CEBQ-N y para los reactivos de cada subescala. La muestra total se dividió en dos grupos de edad: G1= niños de 7 a 10 años y el G2= 11 a 14 años.

3) En cuanto a la validez concurrente se calcularon los coeficientes de correlación Rho de Spearman entre los reactivos de las subescalas del CEBQ-N con las subescalas del DEBQ-N. Posteriormente se analizó por medio de la prueba Kolmogorov-Smirnov la distribución normal de todas las subescalas encontrando que todas tuvieron distribuciones apartadas de la normalidad.

4) Se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para el análisis del contraste de medianas (MDN) de las subescalas del CEBQ-N de los grupos: normopeso, sobrepeso y obesidad.

5) Para la prueba post hoc se utilizó el análisis U Mann-Whitney para las subescalas desiguales. El nivel de significancia estadística se estableció $p = < .05$

Consideraciones éticas:

Se solicitó permiso al equipo de la doctora Wardle quienes dieron la autorización para traducir y adaptar el CEBQ.

El estudio actual también fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (Anexo 4). Se siguieron los lineamientos estipulados y de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. Títulos del primero al sexto y noveno, de forma especial Título II, Capítulos I, artículos 17, fracción II (Diario Oficial de la Federación). Se catalogó de riesgo mínimo ya que se consideró que se encuentra dentro de los estudios que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico, tratamiento rutinario y realización antropometría.

Después de explicar el estudio a los padres, aquellos que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado y sus hijos dieron su asentimiento (Anexo 2).

RESULTADOS

La muestra total incluyó a 460 niños y adolescentes de ambos sexos con una edad promedio de 11.8 (DE 1.5) y un rango de 7 a 14, el 56.7% (n=261) fueron del sexo femenino y la mayoría 76.9% (n=354) estudiaba el nivel escolar de secundaria. La tasa de respuesta de la encuesta fue del 89.3% (Tabla 1).

Tabla 1. Datos demográficos.

Datos demográficos	
Sexo	N(%)
Masculino	199 (43.30)
Femenino	261 (56.70)
Edad (M, DE)	11.80 (1.50)
Rango	7-14
Escolaridad	N(%)
Primaria	106 (23)
Secundaria	354 (77)
NSE (M,DE)	10.10 (8)
T. Resp. (%)	89.30
Muestra total (N)	460

Nota: M = media; DE = Desviación estándar; NSE= Nivel socioeconómico medido por focos; T. Resp.= Tasa de respuesta.

En la tabla 2 puede verse la distribución del índice de masa corporal por sexo y grupo de edad, el 32.3% de los niños de 7 a 10 años y el 41.6% de los adolescentes de 11 a 14 años se encuentra dentro de la clasificación de sobrepeso y obesidad.

Tabla 2. Datos demográficos IMC (IOTF) por sexo y grupo de edad.

Escolares	G1			G2			Total
	NM	SP	OB	NM	SP	OB	
Masculino N (%)	18(60)	8(26.70)	4(13.30)	89(55.30)	50(31.10)	22(17.70)	189 (43.70)
Femenino N (%)	26(74.30)	7(20)	2(5.70)	128(60.70)	58(27.50)	25(11.80)	246 (56.30)

Nota: IMC = índice de masa corporal; IOTF = International Obesity Task Force; G1= grupo de edad 7 a 10 años; G2= grupo de edad 11 a 14 años; NM= normopeso; SP=sobrepeso; OB=obesidad; N = número de muestra.

En la Tabla 3 se muestran los coeficientes Alpha de Cronbach para los reactivos de las subescalas del CEBQ–N y la comparación con el estudio original² y el CEBQ de auto-reporte de adolescentes en Malasia²⁷. Para la muestra total los coeficientes de Cronbach fueron buenos para la Dimensión de Pro Ingesta, con un rango de $\alpha=0.79$ a 0.87 para las subescalas (DC) y (DB) respectivamente. La consistencia interna aumenta con la eliminación de ciertos reactivos de las subescalas. La eliminación del reactivo 29 (“Siempre pido algo de tomar”) de la subescala DB aumentó la consistencia $\alpha=0.83$ a 0.90 . La eliminación del reactivo 17 de la subescala ASE “Como más cuando no tengo algo que hacer” aumentó la consistencia de $\alpha=0.77$ a 0.81 . La eliminación del reactivo 11 (“Espero la hora de comer”) de la subescala DC aumentó la consistencia interna de $\alpha=0.80$ a 0.81 .

La dimensión Anti Ingesta mostró coeficientes alpha de Cronbach para RS y ASU en un rango $\alpha=0.52$ a 0.84 respectivamente. La eliminación del reactivo 20 (“Tengo un gran apetito”) de la subescala de RS aumentó la consistencia interna de $\alpha=0.57$ a 0.76 . La eliminación del reactivo 27 (“Como más cuando estoy feliz”) de la subescala ASU aumentó la consistencia interna $\alpha=0.84$ a 0.86 . La eliminación del reactivo 6 (“Decido que la comida no me gusta antes de probarlas”) de la subescala Re aumentó la consistencia interna $\alpha=0.52$ a 0.56 . La eliminación del reactivo 33 (“Termino de comer muy rápido”) de la subescala LC aumentó la consistencia interna $\alpha=0.60$ a 0.75 .

Por grupo de edad, el G1 los coeficientes de Alpha de Cronbach demostró resultados buenos para la Dimensión de Pro Ingesta con rango de $\alpha=0.75$ a 0.90 para DC y ASE respectivamente. La consistencia interna aumenta con la eliminación de ciertos reactivos de las subescalas. Para la subescala DB la eliminación del reactivo 29 (“Siempre pido algo de tomar”) la consistencia interna aumentó de $\alpha=0.78$ a 0.81 . Eliminando el reactivo 8 del DC (“Estoy interesado (a) en la comida”) de la subescala DC y aumentó la consistencia interna de $\alpha=0.75$ a 0.76 . Para la Dimensión de Anti Ingesta los coeficientes de alpha de Cronbach tuvieron un rango de $\alpha=0.26$ a 0.71 para Re y ASU respectivamente. La eliminación del reactivo 20 (“Tengo un gran apetito”) de la subescala RS aumentó la consistencia interna de $\alpha=0.55$ a 0.77 . Re la eliminación del reactivo 6 (“Decido

que la comida no me gusta antes de probarlos”) aumentó la consistencia interna de 0.26 a 0.44. La eliminación del reactivo 33 de la subescala LC (“Termino de comer muy rápido”) aumentó la consistencia interna de 0.46 a 0.83.

Para el G2 demostró resultados buenos para la Dimensión de Pro Ingesta los Alpha de Cronbach con rango de $\alpha=0.77$ a 0.87 para ASE y DB respectivamente. La eliminación del reactivo 29 (“Siempre pido algo de tomar”) de la subescala de DB aumentó la consistencia interna de 0.87 a 0.91. La eliminación del reactivo 17 (“Como más, cuando no tengo algo que hacer”) de la subescala ASE aumenta el coeficiente alpha de Cronbach de 0.77 a 0.79. La eliminación del reactivo 11 (“Espero la hora de comer”) de la DC aumenta la consistencia interna de 0.80 a 0.82. Para la Dimensión Anti ingesta demostró alpha de Cronbach de 0.54 a 0.86. Eliminando el reactivo 20 (“Tengo un gran apetito”) de la subescala de RS aumenta la consistencia interna de 0.57 a 0.76. Eliminado el reactivo 27 (“Como más cuando estoy feliz”) de la subescala ASU aumentó la consistencia interna de 0.86 a 0.87. Eliminando el reactivo 6 (“Decido que la comida no me gusta, antes de probarla”) de la subescala Re aumentó la consistencia interna de 0.54 a 0.57. Eliminando el reactivo 33 (“Termino de comer muy rápido”) de la subescala LC aumentó la consistencia interna de 0.61 a 0.75.

Tabla 3. Alfa de Cronbach de las dimensiones del CEBQ por grupo de edad.

Subescalas CEBQ		G1	G2	Total	Loh, 2013*	Wardle, 2001**
Pro ingesta	Interés por los alimentos	.85	.82	.83	.62	.83
	Deseo de beber	.78	.87	.87	.75	.85
	Sobre alimentación emocional	.90	.77	.77	.64	.52
	Disfrute de comer	.75	.80	.80	.70	.87
Anti ingesta	Respuesta a la saciedad	.55	.57	.57	---	.85
	Sub alimentación emocional	.71	.86	.84	.59	.64
	Remilgoso	.26	.54	.52	.58	.87
	Lentitud para comer	.46	.61	.60	.71	.83

Nota: G1= grupo de edad 7 a 10 años; G2= grupo de edad 11 a 14 años. *CEBQ respondido por adolescentes (Malasia). **CEBQ (original respondido por padres).

En la Tabla 4. Se muestran los resultados de las correlaciones bivariadas entre los reactivos de la versión Mexicana del CEBQ-N y del DEBQ-N. Para el G1 los coeficientes de correlación de Spearman entre la Dimensión de Pro ingesta del CEBQ-N y la subescala de *Ingesta Restrictiva* (DEBQ-N), fueron en general moderadas en la Dimensión Pro Ingesta: DB ($\rho=0.35, p=0.05$) y en la Dimensión Anti Ingesta: RS ($\rho=0.28, p=0.05$) y ASU ($\rho=0.54, p=0.01$). Para el G2 los coeficientes de correlación de Spearman entre la *Dimensión de Ingesta Restrictiva* (DEBQ-N) y subescalas del CEBQ-N se encontraron correlaciones bajas. Para la Dimensión Pro Ingesta: ASE ($\rho=0.12, p=0.05$) y para la dimensión anti ingesta: RS ($\rho=0.21, p=0.05$), ASU ($\rho=0.23, p=0.05$), R ($\rho=0.10, p=0.01$) y LC ($\rho=0.10, p=0.01$).

En el G1 la *Dimensión de Ingesta Emocional* (DEBQ-N) demostró correlaciones moderadas significativas con las subescalas del CEBQ-N Dimensión Pro Ingesta: IA ($\rho=0.46, p=0.01$), DB ($\rho=0.54, p=0.01$), ASE ($\rho=0.52, p=0.01$) DC ($\rho=0.36, p=0.05$). Y en la Dimensión Anti ingesta: ASU ($\rho=0.37, p=0.01$). Para G2 demostró correlaciones moderadas. Para la Dimensión Pro Ingesta: IA ($\rho=0.40, p=0.01$), DB ($\rho=0.23, p=0.01$), ASE ($\rho=0.51, p=0.01$) y DC ($\rho=0.21, p=0.01$). Para la Dimensión a Anti Ingesta: RS ($\rho=0.21, p=0.01$) y ASU ($\rho=0.34, p=0.01$)

En el G1 la *Dimensión de Ingesta Externa* (DEBQ-N) demostró correlaciones moderadas significativas con las subescalas del CEBQ-N Dimensión Pro Ingesta: IA ($\rho=0.35, p=0.05$), DB ($\rho=0.40, p=0.01$), ASE ($\rho=0.30, p=0.05$) DC ($\rho=0.36, p=0.01$). Y en la Dimensión Anti ingesta: ASU ($\rho=0.37, p=0.01$). Para G2 demostró correlaciones moderadas, en la Dimensión Pro Ingesta: IA ($\rho=0.52, p=0.01$), DB ($\rho=0.34, p=0.01$), ASE ($\rho=0.32, p=0.01$) y DC ($\rho=0.32, p=0.01$). Y para la Dimensión a Anti Ingesta: RS ($\rho=0.12, p=0.05$), ASU ($\rho=0.25, p=0.01$) y LC ($\rho=0.12, p=0.05$).

Tabla 4. Correlaciones Rho de Spearman por grupo de edad.

Variables		DEBQ – N				CEBQ – N							
						Pro ingesta				Anti ingesta			
		1 (I.R)	2 (I.Em)	3 (I.Ex)	4 (IA)	5 (DB)	6 (ASE)	7 (DC)	8 (RS)	9 (ASU)	10 (R)	11 (LC)	
DEBQ – N	1. I. Restrictiva	1	.12*	.04	.03	.07	.12*	-.07	.21**	.23**	.10*	.10*	
	2. I. Emocional	.31*	1	.48**	.40**	.23**	.51**	.21**	.21**	.34**	.09	.07	
	3. I. Externa	.25	.57**	1	.52**	.34**	.32**	.32**	.12*	.25**	.01	.12*	
CEBQ – N	Pro ingesta	4. Interés por los alimentos	.08	.46**	.35*	1	.38**	.52**	.40**	.14**	.35	.06	.08
		5. Deseo de bebidas	.35*	.54**	.40**	.45**	1	.25**	.40**	.19**	.31**	.00	.16**
		6. Sobrealimentación	.17	.52**	.30*	.77**	.43**	1	.18**	.17**	.53**	.12*	.06
		7. Disfrute del comer	.11	.36*	.42**	.04	.32*	.06	1	.08	.11*	-.26**	.08
	Anti ingesta	8. Respuesta a la saciedad	.28*	.17	.09	.05	.30*	.25	.15	1	.28**	.23*	.28**
		9. Subemocional	.54**	.37**	.37**	.56**	.62**	.60**	.21	.38**	1	.11*	.14**
		10. Remilgoso	.12	.07	-.28	.17	.00	.16	-.29*	.03	.16	1	.04
		11. Lentitud comer	.14	.25	.11	.13	.33*	.31*	.20	.22	.26	.05	1

Nota: Correlaciones entre las sub escalas del DEBQ – N , y CEBQ – N , los valores debajo de la diagonal, corresponden al grupo 1 , y los valores por arriba de la diagonal, corresponden al grupo 2; * $p \leq .05$ (bilateral) ** $p \leq .01$ (bilateral)

En la Tabla 5. Se muestra la prueba de Kruskal-Wallis para investigar el efecto de los estilos de alimentación medidos por el CEBQ-N sobre las categorías del IMC. Los grupos mostraron diferencias significativas en tres subescalas de estilos de alimentación, dos de la Dimensión Pro Ingesta: Deseo de Beber ($X^2(1, N=460)=8.37, p \leq .01$), Sobre Alimentación Emocional ($X^2(1, N=460)=8.21, p \leq .01$) y una subescala de la Dimensión Anti Ingesta: Sub Alimentación Emocional ($X^2(1, N=460)=11.23, p \leq .00$).

Tabla 5. Prueba no paramétrica Kruskal-Wallis.

Subescalas CEBQ		NM (n=239)	SP (n=121)	OB (n=51)	χ^2	p
Pro ingesta	Interés por los alimentos					
	M	8.40	7.40	8.80	4.75	.09
	MDN	7.00	7.00	8.00		
	DE	4.30	3.20	3.90		
	Deseo de beber					
	M	9.90	9.30	11.40	8.37	.01*
	MDN	9.00	8.00	12.00		
	DE	4.50	4.70	4.70		
	Sobre alimentación emocional					
	M	5.70	5.50	6.50	8.31	.01*
	MDN	4.00	4.00	5.00		
	DE	3.10	2.80	2.90		
Disfrute de comer						
M	12.60	11.60	12.60	4.71	.09	
MDN	13.00	11.00	12.50			
DE	4.50	4.40	3.80			
Anti ingesta	Respuesta a la saciedad					
	M	12.60	12.30	12.90	2.23	.32
	MDN	12.00	12.00	13.00		
	DE	3.70	3.50	3.40		
	Sub alimentación emocional					
	M	6.50	6.10	8.30	11.23	.00*
	MDN	4.00	4.00	8.00		
	DE	3.90	3.30	4.40		
	Remilgoso					
	M	239.00	14.60	14.80	0.15	.92
	MDN	14.90	15.00	15.00		
	DE	15.00	4.20	4.00		
Lentitud para comer						
M	10.30	9.80	10.40	2.69	.26	
MDN	10.00	9.00	10.00			
DE	3.40	3.10	3.50			

Nota: M= media; MDN= mediana; DE= desviación estándar; NM= normopeso; SB= sobrepeso; OB= obesidad; χ^2 = chi cuadrada; p= significancia (* $p \leq .5$).

En la prueba post hoc por medio de la U de Mann Whitney se demostró que el grupo de obesos obtuvieron puntajes significativamente mayores para las tres subescalas con respecto al grupo de normopeso DB (U=5084.00, z=-2.10, p=0.03), ASE (U=4850.00, z=-2.73, p=0.001) y ASU (U=4657.50 z=-3.03, p=0.001).

DISCUSIÓN

En este trabajo investigamos la consistencia interna y validez de una versión de auto reporte del niño del CEBQ con buenos resultados.

El CEBQ-N demostró buenas propiedades psicométricas la consistencia interna de la mayoría de las subescalas de las dos dimensiones (Anti y Pro ingesta) fueron aceptables y buenas. A excepción de "RS" y "Re" cuyos coeficientes de Cronbach fueron muy bajos.

Comparados con la versión de Malasia²⁷ CEBQ auto reporte del adolescente, el CEBQ-N tiene mejor consistencia interna para las subescalas: Interés por los Alimentos, Deseo de Beber, Alimentación Sobre Emocional, Disfrute del Comer y Sub Alimentación Emocional. Excepto por las subescalas de Remilgoso y Lentitud para Comer. En ambos estudios la consistencia fue baja para las subescalas: Remilgoso y Respuesta a la Saciedad.

En comparación al estudio original de la versión para padres (CEBQ-P) la versión mexicana para niños (CEBQ-N) mostró coeficientes mayores en las subescalas de Deseo de Beber, Sobre Alimentación Emocional y Sub Alimentación Emocional. En contraste las subescalas de Disfrute de comer; Respuesta a la Saciedad, Remilgoso y Lentitud para Comer de la versión de los padres tuvo mayores coeficientes. Ambas versiones tuvieron los mismos coeficientes para la subescala de Interés por los alimentos.

En general los resultados de las correlaciones entre los reactivos de las subescalas del CEBQ-N y el DEBQ-N tienen la dirección esperada. Es decir la Dimensión de Pro Ingesta tuvo correlaciones bajas con la subescala restrictiva del

DEBQ-N, excepto por la subescala de Deseo de Beber cuya correlación fue moderada. Mientras que las correlaciones fueron moderadas entre los reactivos de las subescalas del CEBQ-N de la Dimensión Anti Ingesta y la Ingesta Restrictiva del DEBQ-N con excepción de la subescala Remilgoso y Lentitud para Comer.

Es posible que la correlación moderada de la subescala Deseo de Beber y la subescala de Ingesta Restrictiva (DEBQ-N) se deba a que los niños de 7 a 10 años suelen ingerir más líquido disminuyendo su apetito no correspondiendo con una definición de ingesta restrictiva.

Al igual que en nuestro estudio validaciones factoriales previas del CEBQ han indicado problemas en ciertos reactivos y en niveles de factorización cuando el cuestionario se adapta a las nuevas poblaciones como en Portugal, China Chile, China, Australia y Malasia^{9,14,15,22,27}, esto probablemente se debe a que la preferencia de alimentos difiere, tanto entre los individuos de una misma tradición cultural, como lo hace generalmente entre las culturas por lo que es difícil emitir un juicio estricto en relación a lo que puede ser una "buena comida o una mala comida", esto dependerá del enfoque, lo que debe de estar presente es que cada grupo étnico tiene sus hábitos y esto debe ser considerado para las adaptaciones del instrumento.

La elevada participación de los niños y adolescentes (89.3%) es una fortaleza de este estudio

Los resultados del IMC, concuerdan con las encuestas Nacionales¹ de que alrededor del 35% de los menores de edad reportan sobrepeso y obesidad lo cual es una cifra alarmantemente alta dadas las graves consecuencias para la salud que acarrea el exceso de peso. En nuestro estudio el grupo de los adolescentes presentó mayor IMC que el grupo de los niños consistente con la literatura en parte debido a que la respuesta a la saciedad tiende a disminuir con la edad mientras las asociadas con el interés por los alimentos tiende a aumentar⁸.

CONCLUSIONES

1. El CEBQ-P fue adaptado del idioma inglés al castellano en el 2015. Las preguntas del CEBQ-P se rephrasaron para ser contestadas en primera persona y por niños de 7 a 14 años de edad, lo que constituye el auto-reporte CEBQ-N.
2. La versión mexicana del CEBQ-N como un instrumento útil para recoger el informe de los niños y adolescentes respecto de su conducta alimentaria.
3. El instrumento demostró buenas propiedades psicométricas en la versión de auto reporte.
4. Se destaca en este estudio la evaluación de problemas emocionales como factores que influyen en los estilos de alimentación tanto sobre como sub emocional.
5. Sigue siendo un reto el descubrir los comportamientos subyacentes que contribuyen a las diferencias en la condición de peso en los niños. Desentrañar estos factores servirá para el desarrollo de programas de intervención basados en la evidencia para prevenir el sobrepeso y la obesidad en esta población.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Estudios futuros podrían investigar la correlación entre informantes (CEBQ-P vs CEBQ-N) además es necesario evaluar la significancia clínica del instrumento así como los datos psicométricos de formas alternativas de administrar del instrumento como sería a través de una entrevista directa. Otra línea de investigación sería evaluar si el CEBQ-N tiene sensibilidad al tratamiento como se ha demostrado para el DEBQ.

Para futuras adaptaciones del instrumento, podría considerarse la etnicidad y cultura ya que el origen étnico de las personas a menudo determina las preferencias alimentarias.

El diseño transversal del estudio es otra limitación. La realización de un estudio de tipo longitudinal nos permitiría observar la conducta alimentaria a través de las distintas etapas del desarrollo y podría sugerir estilos de alimentación que fueran factores de riesgo o protectores para sobrepeso/obesidad en los niños y adolescentes y así realizar intervenciones oportunas.

REFERENCIAS

1. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Franco-Núñez A, Villalpando S, Cuevas-Nasu L, Gutiérrez J et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Pública de México*. 55, S332-S340.
2. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:963–70.
3. Johnson F, Pratt M, Wardle J. Epidemiology of obesity in children and adolescents. *Public Health*. 2010;2:391-418
4. Farrow C. Do parental feeding practices moderate the relationships between impulsivity and eating in children?. *Eating Behaviors*. 2012;13(2):150-153
5. Powers SW, Chamberlin LA, van Schaick KB, Sherman SN, Whitaker RC: Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and child BMI in low-income African-American preschoolers. *Obesity (Silver Spring)* 2006, 14 (11):2026–2033.
6. Wardle J, Guthrie C, Sanderson S, Plomin R: Food and activity preferences in children of lean and obese parents. *Int J Obes* 2001, 25:971-977.
7. de Barse L, Tiemeier H, Leermakers E, Voortman T, Jaddoe V, Edelson L et al. Longitudinal association between preschool fussy eating and body composition at 6 years of age: The Generation R Study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12(1).
8. Ashcroft J, Semmler C, Carnell S, Van Jaarsveld CHM, Wardle J. Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *European Journal of Clinical Nutrition [Internet]*. 2008 [cited 2015 Apr 27];62(8):985–90.
9. Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. C. Children's Eating Behaviour

- Questionnaire: Associations with BMI in Portuguese children. *British Journal of Nutrition*, 2008. 100(2), 445-450.
10. Webber, L., Hill, C., Saxton, J., Van Jaarsveld, C. H. M., & Wardle, J. Eating behaviour and weight in children. *International Journal of Obesity*, 2008. 33(1), 21-28.
 11. Sleddens, E. F., Kremers, S. P., & Thijs, C. The children's eating behaviour questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2008. 5, 49.
 12. Jansen, P. W., Jaddoe, V. W. V., Roza, S. J., Mackenbach, J. D., Verhulst, F. C., Tiemeier, H., . . . Raat, H. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: Results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2012. 9.
 13. Svensson, V., Lundborg, L., Cao, Y., Nowicka, P., Marcus, C., & Sobko, T. Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight-factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 2011. 8, 134.
 14. Ying-Ting Cao, Viktoria Svensson, Claude Marcus, Jing Zhang, Jian-Duan Zhang and Tanja Sobko. Eating behaviour patterns in Chinese children aged 12-18 months and association with relative weight - factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2012, 9:5
 15. Santos et al. Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutrition Journal* 2011 10:108
 16. Passos D, Gigante D, Maciel F, Matijasevich A. Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. *Revista Paulista de Pediatria*. 2015;33(1):42-49.
 17. Quah P, Chan Y, Aris I, Pang W, Toh J, Tint M et al. Prospective associations of appetitive traits at 3 and 12 months of age with body mass index and weight gain in the first 2 years of life. *BMC Pediatrics*. 2015;15(1).

18. Haycraft E, Farrow C, Meyer C, Powell F, Blissett J. Relationships between temperament and eating behaviours in young children *Appetite*. 2011;56(3):689-692.
19. Spence, J. C., Carson, V., Casey, L., & Boule, N. Examining behavioural susceptibility to obesity among Canadian pre-school children: the role of eating behaviours. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2011. 6(2-2), e501- e507.
20. Carnell, S., & Wardle, J. Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. *Appetite*, 2007. 48(1), 104- 113.
21. Carnell S, Wardle J: Appetite and adiposity in children: evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. *AmJClin Nutr* 2008, 88(1):22–29.
22. Mallan KM, Liu WH, Mehta RJ, Daniels LA, Magarey A, Battistutta D. Maternal report of Young children's eating styles. Validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in three ethnically diverse Australian samples. *Appetite*. 2013;64:4855.
23. Alhamad AH. Validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) in the population of Saudi preschoolers [Thesis]. University of Waikato; 2013
24. Sparks M, Radnitz C. Confirmatory factor analysis of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in a low-income sample. *EatBehav*. 2012; 13(3):267–270.
25. Calderon-Hinojosa M. Validación del cuestionario de conducta alimentaria infantil CEBQ (children eating behavior questionnaire). [Especialidad de Psiquiatría Infantil]. [Mexico D.F.]: Universidad Nacional Autónoma de México,; 2015.
26. Llewellyn C, van Jaarsveld C, Johnson L, Carnell S, Wardle J. Development and factor structure of the Baby Eating Behaviour Questionnaire in the Gemini birth cohort. *Appetite*. 2011;57(2):388-396.
27. Loh D, Moy F, Zaharan N, Mohamed Z. Eating Behaviour among Multi-Ethnic Adolescents in a Middle-Income Country as Measured by the Self-


Reported Children's Eating Behaviour Questionnaire. PLoS ONE. 2013;8(12):e82885.

28. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB: The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord* 1986, 5:295-315
29. Archer LA, Rosenbaum PL, Streiner DL: The Children's Eating Behavior Inventory: reliability and validity results. *J Pediatr Psychol* 1991, 16:629-642
30. Babbitt RL, Edlen-Nezien L, Manikam R, Summers J, Murphy CM: Assessment of eating and weight-related problems in children and special populations: measures, theory, and research. In *Handbook of assessment methods for eating behaviours and weight-related problems* Edited by: Allison DB. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995:31-492
31. Mariano P, Watson HJ, Leach DJ, McCormack J, Forbes DA. Parent-child concordance in reporting of child eating disorder pathology as assessed by the eating disorder examination: Parent-Child Concordance On The Ede. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2013 Sep [cited 2016 Mar 14];46(6):617–25.
32. Scholtens S, Brunekreef B, Visscher TL, Smit HA, Kerkhof M, de Jongste JC, Gerritsen J, Wijga AH: Reported versus measured body weight and height of 4-year-old children and the prevalence of overweight. *Eur J Public Health* 2007, 17(4):369–374
33. Cole T, Flegal K, Nicholls D, Jackson A. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. 2007;335(7612):194-194
34. Kaufer-Horwitz MToussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2008;65(6):502-518.
35. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL: Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2001, 357:505-508.

36. Utter J, Scragg R, Schaaf D, Fitzgerald E, Wilson N: Correlates of body mass index among a nationally representative sample of New Zealand children. *Int J Pediatr Obes* 2007, 2:104-113.
37. James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D: Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004, 328:1237
38. Braet C, Van Strien T: Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve year-old obese and non-obese children. *Behav Res Ther* 1997, 35:863-873.
39. Cecil JE, Palmer CAN, Wrieden W, Murrie I, Bolton-Smith C, Watt P, Wallis DJ, Hetherington MM: Energy intakes of children after preloads: adjustment, not compensation. *Am J Clin Nutr* 2005, 82:302-308
40. Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *J Am Diet Assoc.* 2005;105(4):541–8
41. Rodenburg G, Kremers SPJ, Oenema A, van de Mheen D. Associations of Children's appetitive traits with weight and dietary behaviours in the context of general parenting. *PLoS One.* 2012;7(12):e50642
42. Ekstein S, Laniado D, Glick B. Does picky eating affect weight-for-length measurements in young children? *Clin Pediatr.* 2010;49(3):217–20.
43. Van Strien T, Oosterveld : The Children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. *Int J Eat Disord* 2008, 41:72-81
44. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951;16(3):297-334

ANEXOS

ANEXO 1. Aprobación del Comité de Investigación del Cuestionario de la conducta alimentaria infantil versión auto-reporte CEBQ-N.


Comisión de Investigación Científica y Tecnológica
de Salud - Hacia el Bienestar
Secretaría de Salud
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Gómez"

Oficio: DI/CI/948/0516
Asunto: registro de tesis derivada
México, D.F., a 2 de Mayo de 2016

Dra. Lilia Albores Gallo
Investigador responsable
Presente

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: **Frecuencia de estilos de comer pre mórbidos de sobrepeso y obesidad en niños mexicanos**
No. de registro: **II3-02-0512**
Aprobación CI: **7 mayo 2012**

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**


Título: **Validación de la versión mexicana del cuestionario de conducta alimentaria infantil para niños CEBQ-N (Children Eating Behavior Questionnaire)**
No. Registro: **II3-02-0512-Td**
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**
Tesisista: **Violeta Moreno Ahumada**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesisista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesisista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente


Dra. Ma. Elena Marquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación

Ccp: Registro de productividad
Archivo

Dr. A. Hernández 86 Col. Belsa - Delegación Tlal. México - C.P. 06700 - Tel. 56 23 11 11
56 23 11 11 - 56 23 11 11 - 56 23 11 11 - 56 23 11 11 - 56 23 11 11 - 56 23 11 11

ANEXO 2. Carta de consentimiento informado CEBQ-N versión auto-reporte.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Título del Proyecto de investigación: Frecuencia de Estilos de comer premórbidos de sobrepeso y obesidad en niños mexicanos.

Se me ha informado que el propósito de la investigación en la que participaremos mi hijo y yo (padre y alumno), es estudiar la posible asociación que existe entre la frecuencia de los distintos estilos de comer en alumnos de primaria, secundaria y preparatoria y su correspondiente peso (peso bajo, normal, sobrepeso u obesidad). Con mi participación voluntaria contribuiré a aportar información valiosa que será empleada en esta investigación.

La participación de mi hijo consistirá en contestar en el aula de clases los cuestionarios: 1. Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria, versión auto-informe, 2. Cuestionario de Conducta Alimentaria en Niños, versión auto-informe, 3. Cuestionario de Estilos de Comer para México, versión auto-informe, 4. Cédula de Asignación Diagnóstica, versión auto-informe y 5. Cédula de Autolesiones, acerca de estilos de alimentación y comportamiento del adolescente. Mi participación como padre consistirá en contestar los cuestionarios: 1. Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria, informe del padre, 2. Cuestionario de Conducta Alimentaria en Niños, informe del padre, 3. Cuestionario de Estilos de Comer para México, informe del padre, 4. Cédula de Asignación Diagnóstica, informe del padre que tienen como finalidad conocer el comportamiento y estilos de alimentación del adolescente. Además todos los alumnos participantes se medirán y pesaran por profesionales previamente entrenados.

Beneficios: La detección de: bajo peso, sobrepeso u obesidad será conocida por los padres mediante un informe en sobre cerrado. Se darán pláticas informativas sobre aspectos conocidos de los estilos de alimentación y su asociación con la obesidad y el sobrepeso. La fecha, hora y el lugar se determinara en acuerdo con las autoridades escolares.

Confidencialidad: Mi identidad y la de mi hijo(a) no serán reveladas en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información personal sólo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio y para fines del mismo.

He leído la hoja de información y entiendo que he recibido información suficiente, entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado(a) de que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias negativas para mi persona o para mi hijo(a). Todas las dudas y preguntas que realicé libremente con respecto al estudio fueron contestadas.

De la misma manera, mi información, será destruida en el momento en que yo decidiera ya no participar en el estudio.

Fecha: Día: _____ /Mes: _____ /Año: _____ Nombre y firma del padre y madre o tutor _____

Fecha: Día: _____ /Mes: _____ /Año: _____ Nombre y firma del alumno _____

Fecha: Día: _____ /Mes: _____ /Año: _____ Firma del investigador _____

Fecha: Día: _____ /Mes: _____ /Año: _____ Testigo 1 Nombre y Firma. _____

Fecha: Día: _____ /Mes: _____ /Año: _____ Testigo 2 Nombre y Firma _____

Fecha: Día: _____ /Mes: _____ /Año: _____ Profesional que proporcionó la información
Nombre y Firma _____

Contacto: En caso de existir alguna duda respecto al estudio, usted puede contactar a:

Dra. Lilia Albores Gallo Tel 5523162517 liliaalbores@gmail.com,

Secretaría de Salud, División de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Dirección: Av. San Buenaventura no. 86 Col. Belisario Domínguez Tlalpan CP. 14080 México D.F.

Commutador: 5573-4866 Ext. 123

ANEXO 4. Aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” para el proyecto principal “Frecuencias de Estilos de Comer premórbidos con sobrepeso y obesidad en niños Mexicanos”.



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



No. de oficio: CEI/139
Asunto: Dictamen de aprobación.

México D.F. A 05 de julio del 2012

DRA. LILIA ALBORES GALLO
INVESTIGADOR PRINCIPAL

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado “*Frecuencia de Estilos de comer premórbidos de sobrepeso y obesidad en niños mexicanos*”, con clave en el hospital *II3/02/0512*, en donde usted aparece como investigador principal.

El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio y fin del reclutamiento de sujetos de investigación y la finalización del estudio, así como también de entregar por escrito un informe final.

Debe tener presente que los compromisos que usted ha adquirido con el hospital incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los participantes en el protocolo que son sujetos de estudio.

Atentamente




PSIC. VERÓNICA PÉREZ BARRÓN
PRESIDENTE DEL COMITÉ
DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Cep: Dra. Dora María Pérez Ordaz - Dirección del Hospital.
L. E. O. Lucía Arellano Bucaramo - Secretaria de la Comisión de Investigación.
Asesor del Comité de Ética en Investigación.



Av. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-4844

Anexo 5. Carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos.

  
Comité de Ética en Investigación

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

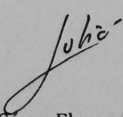
15/08/2016
Oficio 34

Dra. Violeta Moreno Ahumada
Tesisista

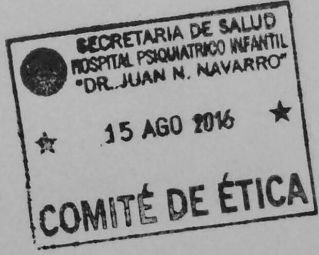
Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos secundarios derivados del proyecto: "Validación del cuestionario de conducta alimentaria infantil, versión Autoreporte CEBQ-N (Children Eating Behavior Questionnaire).

Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Atte.



Dr. Julio César Flores Lázaro
Presidente del Comité de Ética en Investigación



C.c.p. Archivo del comité

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación. Tlalpan, C. P 14080, México DF
Teléfono 5573-2655, 5573-4866 y 5573-4844, www.sap.salud.gob.mx

Anexo 6. Certificado NIH.

