

## Eating habits and depressive symptoms in school children: one-year follow-up study

Hábitos alimentarios y sintomatología de depresión en niños escolares: estudio de seguimiento a un año

Diana K. Straffon-Olivares <sup>a</sup>, Andrómeda I. Valencia-Ortiz <sup>b</sup>, María L. Bautista-Díaz <sup>c</sup> & Alejandra Lima-Quezada <sup>d</sup>

### Abstract:

The healthy eating habits is a protective health factor while having inadequate eating habits increase different health problems in adults and particularly in children. Poor eating habits and the presence of psychological disorders, such as depression symptoms increase health risks. The main objective of this study was to determine the association among eating habits and symptoms of depression in a sample of Mexican children school, in a one-year follow-up study. With a non-experimental, longitudinal panel design, participated an intentional non-probabilistic sampling of 64 children (age range 8 to 10 years). The measurements were identified as evaluation 2016 and 2017. Participants answered in a one session the Child Depression Inventory (CDI) and the Overeating Questionnaire (OQ) after the informed-consent of their parents. It was found a higher number of correlations in evaluation 2017 in comparison 2016 ( $r_s$ ;  $p < .05$ ) in both, boy and girls samples. Specifically, the evaluation 2016, highlights a strong association between body image and total CDI ( $r_s = -.46$ ;  $p < .05$ ) while in evaluation 2017, highlights a strong association between health habits and affective disturbance and total CDI ( $r_s = .62$ ;  $p < .05$ ). In conclusion, boy and girls, body image perception gets worse with the presence depressive symptoms, but over time, high affective alteration gets worse depressive symptoms.

### Keywords:

Eating habits, depressive symptoms, school children, follow-up study

### Resumen:

Los hábitos alimentarios saludables son un factor protector de la salud, mientras que los inadecuados aumentan los diferentes problemas de salud en adultos y particularmente, en niños. Los malos hábitos alimentarios y la presencia de trastornos psicológicos, como síntomas de depresión, aumentan los riesgos para la salud. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre los hábitos alimentarios y los síntomas de depresión en niños escolares mexicanos, en un seguimiento a un año. Con un diseño longitudinal de panel no-experimental, participó una muestra no probabilística-intencional de 64 niños (rango de edad de 8 a 10 años). Las mediciones se identificaron como evaluación 2016 y 2017. Los participantes contestaron en una sesión el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y el Cuestionario de Sobreingesta (OQ), esto posterior al consentimiento informado de sus padres. Se encontró una mayor cantidad de correlaciones significativas en la evaluación 2017 comparada con la del 2016 ( $r_s$ ;  $p < .05$ ) tanto en niños como en niñas. Específicamente, con la muestra total, evaluación 2016, se destaca la asociación más fuerte entre la imagen corporal y el CDI total ( $r_s = -.46$ ;  $p < .05$ ), mientras que en la evaluación 2017, destaca la asociación más fuerte entre la alteración afectiva y el CDI total ( $r_s = .62$ ;  $p < .05$ ). Se concluye que en niños y niñas, la percepción de la imagen corporal empeora con los síntomas de depresión, pero con el paso del tiempo, una mayor alteración afectiva empeora los hábitos de salud.

### Palabras Clave:

Hábitos alimentarios, sintomatología depresiva, escolares, estudio longitudinal

<sup>a</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Maestría en Salud Pública: <https://orcid.org/0000-0002-5727-0111>, Email: karinastraffon94@gmail.com. <sup>b</sup> Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Psicología, <https://orcid.org/0000-0001-9664-1993>, Email: andromeda\_valencia@uaeh.edu.mx,

<sup>c</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Psicología, <https://orcid.org/0000-0003-1154-1737>, Email: maria\_bautsta@uaeh.edu.mx <sup>d</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Maestría en Salud Pública, <https://orcid.org/0000-0001-8768-7340>, Email: li227408@uaeh.edu.mx

## INTRODUCCIÓN

De manera general, un hábito se refiere a la adquisición de destrezas o habilidades adaptables y usadas en cada circunstancia de la vida diaria, de ahí la importancia de poseer hábitos saludables los cuales son un conjunto de acciones que se implementan con el único objetivo de mantener una buena salud (Sandoval, Salvatierra, & Caballero, 2014).

Específicamente, los hábitos alimentarios son manifestaciones recurrentes de comportamientos tanto individuales como colectivos respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos, éstos se adoptan de manera directa e indirecta en las prácticas socioculturales (Macías, Gordillo, & Camacho, 2012).

La mayoría de las veces, los hábitos alimentarios son el reflejo del contexto en el que se desenvuelve el ser humano, entre dichas prácticas habituales: la familia es el agente principal de socialización y transmisión, posteriormente, es el contexto escolar, debido al tiempo que se pasa en los centros educativos, de igual forma los medios masivos de comunicación y las redes sociales, ya que hoy en día, más que otros tiempos juegan un papel importante debido a la disponibilidad de dispositivos electrónicos o digitales (Kelishadi et al, 2008). De este modo, estos agentes de manera independiente o en interacción, son responsables de los hábitos alimentarios, independientemente, si son o no adecuados (Aranceta 2015; Magaña & Matus, 2014). Si se toma en cuenta que la alimentación y la nutrición son dos procesos en los cuales intervienen aspectos biológicos, ambientales y socioculturales, que durante la infancia contribuyen a un desarrollo y crecimiento adecuado, así como una maduración biopsicosocial, es imperante que los niños adquieran durante esta etapa hábitos alimentarios saludables (Galván et al., 2016; Macías, Gordillo, & Camacho, 2012).

Debido a que los hábitos alimentarios son conductas sociales cotidianas que conducen a las personas a escoger y consumir ciertos alimentos y establecer dietas específicas a lo largo de la vida, se puede decir que la receta ideal para mantener una vida saludable es llevar hábitos de alimentación sanos y variados (Aranceta, 2015; Sandoval, Salvatierra, & Caballero, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018a) señala que la nutrición considera la ingesta de alimentos según el requerimiento dietético del organismo por lo que una adecuada nutrición requiere de la ingesta de una variedad de alimentos suficientes en cantidad y calidad de acuerdo con el organismo de cada individuo, no obstante, es necesario realizar ejercicio físico de manera regular para gozar de un buen estado de salud. Por el contrario, una mala nutrición reduce el sistema inmunitario del organismo y aumenta el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, alterando el desarrollo físico y mental. Así, se entiende por el término malnutrición, cuando se observa déficit de peso (desnutrición) o exceso de este, tal es el caso del sobrepeso o la obesidad (Kelishadi et al, 2008; Magaña & Matus, 2014; OMS, 2018b).

Actualmente, en México el exceso de peso en niños y adolescentes es un problema de salud pública debido a las graves consecuencias que tiene para la salud; esta condición altera el proceso normal de crecimiento, tanto físico como psicológico de quien la padece (Rainman, 2011). Se ha observado que el estilo de vida poco saludable, como inadecuados hábitos alimentarios y la falta de actividad física, representan factores importantes de riesgo para el exceso de peso (Kelishadi et al, 2008; Macías et al., 2012). En un estudio realizado en población hidalguesa se identificó que los principales factores desencadenantes del sobrepeso y obesidad en niños de entre seis y 12 años son los malos hábitos alimenticios, la falta de espacio para realizar ejercicio dentro de instituciones educativas y el ambiente obesogénico (Ruvalcaba et al., 2018).

La comorbilidad del exceso de peso con hipertensión arterial, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, Diabetes mellitus tipo II, hígado graso, entre otras, atenta contra la salud física y mental de quien la padece, no sólo en adultos sino también en niños (Rainman, 2011). Así, el exceso de peso disminuye la calidad y esperanza de vida, en adultos se ha estimado que por cada 15 kg corporales extra, aumenta 30% el riesgo de muerte temprana, en cuanto a los niños se habla de una reducción de aproximadamente 10 años en su esperanza de vida además de una disminución en su calidad de vida (Dávila, González, & Barrera, 2015; Rainman, 2011; Rosado-Cipriano, Silvera-Robles, & Calderón-Ticona, 2011).

La OMS (2016) declaró que el exceso de peso infantil es un problema mundial de salud pública, ya que, crece de manera alarmante sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, por lo que se requiere de atención urgente por especialistas de la salud, para la identificación de factores de riesgo e incidir en la prevención secundaria.

Durante la infancia el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) no sólo conllevan consecuencias físicas sino también psicológicas, éstas pueden ser a nivel conductual, emocional y social (Rainman, 2011). Particularmente, la sintomatología de depresión y otros problemas psicosociales como la estigmatización o el aislamiento social pueden alterar el desarrollo normal del infante (Almonte & Montt, 2015; OMS, 2016).

Bajo este razonamiento, la condición de exceso de peso puede ser causa o consecuencia de malestar físico, ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa, frustración, reproches hacia sí mismo o su entorno, principalmente, debidos el ideal de belleza de delgadez que prevalece en la actualidad, ya que, al compararse y no alcanzar dicho ideal puede provocar alteraciones que atentan contra la salud física y psicológica (Rainman, 2011; Thompson, Schaefer, & Menzel, 2012).

La sintomatología de depresión es un factor importante que se debe tomar en cuenta, cuando se habla de salud mental ya que, es la que mayor incapacidad, coste económico y sufrimiento genera en las personas que lo padecen (Almonte & Montt, 2015; OMS, 2018c; Pintado & Castillo, 2017).

Se ha referido que en el siglo XX las investigaciones en cuanto a la salud mental infantil se enfocaron a comprender los estados afectivos y emocionales de los niños en las diferentes etapas del desarrollo (Esparza & Rodríguez, 2009), pero parecía inconsistente relacionar el término depresión con una etapa caracterizada por la risa, el bullicio y la alegría, por lo que se decía que ésta sólo se presentaba en los adultos, es posible que ésta sea la razón, por la que por mucho tiempo la sintomatología o la depresión fueran considerada inexistentes (Herrera, Núñez, Tobón, & Arias, 2009).

Actualmente, se sabe que la sintomatología de depresión infantil es real, pero fue hasta hace poco más de 40 años que se empezó a reconocer como un padecimiento en los niños y adolescentes (Acosta-Hernández, et al, 2011).

Los síntomas de la depresión infantil muchas veces se ven enmascarados debido a las dificultades de los niños para expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos (Alcalá, Rojas, & Hernández, 2011).

La depresión infantil se potencializa por el exceso de atención a los aspectos negativos y la falta de importancia hacia los positivos (Pintado & Castillo, 2017). Por lo que experimentar una situación afectiva negativa de tristeza profunda y de mayor intensidad envuelve al niño/a hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos de desesperación y desaliento; aunque se ha sugerido que el eje principal de la depresión infantil es la tristeza (Bermúdez & Bermúdez, 2004); en ocasiones, el niño está irritable en lugar de triste, por lo que algunas veces se confunde con otros problemas o enfermedades (Acosta-Hernández, et al, 2011; Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013).

Cuando la sintomatología depresiva se mantiene durante semanas o meses, limita la capacidad del infante para funcionar normalmente, entonces se puede hablar de episodios depresivos graves o mera depresión (Acosta-Hernández, et al, 2011; Almonte & Montt, 2015). Los niños y adolescentes que presentan depresión pueden padecer comorbilidad con los trastornos de ansiedad, de conducta, baja autoestima o alteraciones somáticas (Heredia-Ancona, Lucio-Gómez, & Suárez-de la Cruz, 2011).

Al respecto, Chávez-Hernández, Correa-Romero, Klein-Caballero y Macías-García, (2017) sostienen que la depresión infantil entre los seis y 12 años de edad se presenta entre 1 y 2% de la población general, mientras que la depresión en adolescentes (13 a 18 años) se presenta del 4% al 8% de la población general. No obstante, algunos estudios han reportado datos superiores al 30%, esto en niños en edades escolares (Gallegos, Linan-Thompson, Stark, & Rubalcaba, 2013; Rodríguez-Espínola, 2010).

En este mismo, sentido se sabe que en México los problemas de salud mental en la infancia son poco identificados, pero se calcula que 7% de la población de entre tres y 12 años se encuentra afectada, a lo cual se suma el hecho de que la búsqueda de atención puede tardar entre ocho y 15 años.

Aunado a que, sólo uno de cada cuatro personas afectadas por trastornos mentales recibe atención especializada (Berenzon, et al, 2013).

Se ha sugerido que, padecer depresión en la infancia o en la adolescencia es un predictor alto de suicidio y mientras más prolongada sea la presencia de un episodio depresivo, mayor es el riesgo de un intento o logro del mismo (Pacheco & Chaskel, 2016). Además, los síntomas de la depresión se asocian con diversos factores que dificultan su intervención, todos estos relacionados con la familia como es el nivel socioeconómico, consumo de alcohol, violencia doméstica física o verbal y el consumo de drogas legales e ilegales, así como antecedentes familiares con problemas de depresión (Jiménez, Wagner, Rivera, & González-Fortaleza, 2015).

Sintetizando la revisión de la literatura, la sintomatología de depresión en los niños puede alterar los hábitos alimentarios y dicha interacción puede modificar el desarrollo normal de los infantes, no obstante, la mayoría de los estudios se realizan con adultos y éstos son de corte transversal (Almonte & Montt, 2012), un estudio longitudinal es un medio valioso para evaluar la tendencia de los fenómenos psicológicos. Por tanto, el objetivo general de este estudio fue determinar la asociación entre los hábitos alimentarios y los síntomas de la depresión en una muestra de población infantil escolarizada de Hidalgo, México, en un seguimiento a un año. Objetivos específicos: 1) Caracterizar a la muestra respecto a las variables de estudio; 2) Evaluar las diferencias respecto al género con base a las variables de estudio; 3) Evaluar la asociación entre variables en la medición 1 y en la medición 2 (seguimiento a un año).

## MÉTODO

Diseño no-experimental, longitudinal de panel, con un alcance correlacional. La muestra se conformó de manera no-probabilística intencional (García, Márquez & Ávila, 2009; Hernández, 2014). Donde participaron 64 niños y niñas con un rango de edad de ocho a 10 años, quienes cumplieron con tres criterios de inclusión: 1) alumnos que contaran con la autorización firmada de la madre, padre o tutor, establecida en el consentimiento informado; 2) asentimiento de los menores; 3) que completaran la batería de cuestionarios en los dos momentos de evaluación.

### *Instrumentos de evaluación*

Para la recolección de los datos, se emplearon dos cuestionarios:

- 1) *Inventario de Depresión Infantil* (CDI, por sus siglas en inglés) el cual consta de 27 reactivos para cuantificar la presencia de síntomas depresivos a nivel subclínico en niños y adolescentes. Consta de cinco subescalas Anhedonia, Ineficacia, Problemas interpersonales, Autoestima negativa y Estado de ánimo negativo. Se trata de un autoreporte con tres opciones de respuesta en escala tipo Likert (2 = Sí; 1 = A veces; 0 = No). Fue diseñado por Kovacs (1992)

y adaptado/validado para población infantil mexicana por Meave (2001). Para esta investigación se obtuvo una adecuada consistencia interna ( $Alfa = .80$ ).

- 2) *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria* (OQ, por sus siglas en inglés; O'donnell & Warren 2004), diseñado para evaluar hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria, consta de 80 reactivos de fácil comprensión, bajo una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 = para nada; 1 = un poco; 2 = moderadamente; 3 = bastante; 4 = muchísimo), los cuales integran 11 escalas: sobreingesta, subingesta, antojos alimentarios, racionalizaciones, motivación para bajar de peso, hábitos de salud, imagen corporal, aislamiento social, alteración afectiva y expectativas relacionadas con el comer y una escala de defensividad. Aun cuando este instrumento se desarrolló en Estados Unidos de Norteamérica, en su validación se incluyó a población hispana, incluida la mexicana. Además, Moral y Meza (2012) llevaron a cabo la validación específicamente, para población mexicana, donde se obtuvo un rango de coeficientes *Alfa* de .54 a .81 de las 11 escalas. Para este estudio el rango de coeficientes de confiabilidad fue entre .51 y .78. Es importante destacar que la subescala de defensividad permite ver la honestidad en las respuestas y el Alfa fue el más elevado (.78).

teórica (19), no obstante, las niñas obtuvieron puntuaciones más elevadas en comparación a los niños, sin embargo, sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en la subescala de estado de ánimo negativo ( $z = -2.21, p = .02$ ). Para la segunda medición (a un año de seguimiento), la mediana se encontró ligeramente por encima de la media teórica. Se destaca que, hubo diferencias estadísticamente significativas entre las dos mediciones en la puntuación total del CDI ( $z = -2.16, p = .03$ ), estado de ánimo negativo ( $z = -2.08, p = .037$ ) y anhedonia ( $z = -2.49, p = .01$ ; ver tabla 1).

### *Procedimiento*

Previo a la aplicación de los instrumentos, se formalizó el contacto con la institución educativa, posteriormente se realizó una junta informativa con los padres, madres y tutores de los estudiantes para solicitar la autorización mediante el consentimiento informado y el asentimiento de los menores. La evaluación, que para esta investigación se identifican como Medición 2016 y 2017, se llevaron a cabo en una sesión para cada grado escolar de manera grupal. En cada medición estuvo presente un equipo de psicólogos capacitado con la finalidad de resolver dudas en los niños, esto con el propósito de garantizar la estandarización de la recolección de los datos.

## **RESULTADOS**

### *Análisis descriptivo*

Medición 2016: respecto al sexo, 35 (54.7%) son niñas y 29 (45.3%) son niños. Los participantes cursaban de 3° a 5° de primaria, con un rango de edad de 8 a 11 años.

Medición 2017: los participantes cursaban de 4° a 6° de primaria, con un rango de edad de 9 a 13 años.

En la Tabla 1 se presentan las medianas y rangos por sexo obtenidas en el CDI en ambas mediciones. En la primera medición, la muestra general puntuó por encima de la media

Tabla 1

Medianas, rangos y comparación entre sexo y entre medición respecto al Inventario de Depresión Infantil

Variable	Medición														
	2016						2017								
	Niños n = 29		Niñas n = 35		U de Mann Whitney	Total N = 64		Niños n = 29		Niñas n = 35		U de Mann Whitney	Total N = 64		W Wilcoxon
<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>z</i>	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>Z</i>	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>z</i>	
Puntuación total	19	34	23	27	-1.60	20	34	16	34	21	28	-.64	19.5	34	-2.16*
Estado de ánimo negativo	5	11	7	10	-2.21*	6	11	6	12	6	11	-.39	6	12	-2.08*
Autoestima negativa	2	8	2	6	-1.09	2	8	2	7	2	7	-.95	2	7	-.13
Ineficacia	3	6	3	6	-.12	3	6	3	7	2	5	-.85	2	7	-.78
Anhedonia	5	11	7	11	-1.48	6	11	4	12	6	10	-1.24	5	12	-2.49*
Problemas interpersonales	3	5	3	5	-.06	3	6	3	6	3	5	-.47	3	6	.000

\* $p > .05$

En cuanto al sexo, sólo se encontraron diferencias significativas en la medición 2016 respecto al estado de ánimo negativo con mayor amplitud de rango en los niños.

Por otro lado, los datos descriptivos del OQ se aprecian en la tabla 2, en la medición 2016, ambos sexos obtuvieron puntuaciones dentro del rango normal. Específicamente, los niños presentan mejores puntuaciones en hábitos de salud, menores puntuaciones en alteración afectiva y mayores puntuaciones en expectativas relacionadas con comer, comparados con las niñas.

Aunque las puntuaciones se encuentran dentro de los parámetros normales se puede observar que, para los niños la puntuación de subingesta ( $M_e = 58$ ), hábitos de salud ( $M_e = 58$ ) e imagen corporal ( $M_e = 58$ ) se encuentran en el límite para el nivel alto, mientras que, en las niñas, la puntuación más alta se encuentra en motivación para bajar de peso ( $M_e = 54$ ).

Respecto al sexo en el OQ, existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de antojos alimentarios ( $z = -2.79$ ,  $p = .005$ ).

Ahora bien, en la medición 2017, los participantes obtuvieron puntuaciones más altas en comparación que la medición anterior, pero dentro de los parámetros normales. Los niños obtuvieron puntuaciones más altas en las escalas hábitos de salud ( $M_e = 58$ ) e imagen corporal ( $M_e = 58$ ) y más bajas en alteración afectiva ( $M_e = 50$ ).

No obstante, las niñas obtuvieron puntuaciones más bajas en comparación con la medición 2016, específicamente en sobreingesta ( $M_e = 48$ ), aislamiento social ( $M_e = 51$ ) y expectativas relacionadas con el comer ( $M_e = 46$ ).

Sólo se identificaron diferencias estadísticamente entre las dos mediciones en las subescalas de expectativas relacionadas con el comer ( $z = -3.40$ ,  $p = .001$ ) y subingesta ( $z = -2.65$ ,  $p = .008$ ), como se observa en la Tabla 2.

Análisis de asociación entre variables

Se empleó la prueba no paramétrica *Rho* de Spearman para identificar la asociación estadísticamente significativa entre las puntuaciones del CDI y el OQ para cada medición, por sexo y para la muestra total. En la medición 2016 de niños, se

encontraron asociaciones estadísticamente significativas interesantes (ver Tabla 3), destaca la correlación significativa, moderada, entre hábitos saludables con ineficacia ( $r_s = -.57$ ,  $p = .01$ ) siendo la más alta, mientras que, con anhedonia es la más baja ( $r_s = -.50$ ,  $p = .01$ ). No obstante, se subraya que la imagen corporal se asoció negativamente con todas las variables de la sintomatología de depresión excepto con problemas interpersonales (rango entre  $r_s = -.32$  y  $-.46$ ,  $p \leq .05$ ). En la medición 2017, de manera general, se hallaron correlaciones significativas de moderadas a altas (rango entre  $.37$  y  $.74$ ,  $p \leq .05$ ), excepto en las subescalas de antojos alimentarios, expectativas relacionados con el comer, motivación para bajar de peso y subingesta. Pero es importante subrayar que, específicamente la imagen corporal se asoció negativamente con todas las variables de la sintomatología de depresión excepto con relaciones interpersonales (rango entre  $r_s = -.30$  y  $-.42$ ,  $p \leq .05$ ); pero la alteración afectiva se asoció positivamente con todas éstas (rango entre  $r_s = .36$  y  $.62$ ,  $p \leq .05$ ), de la misma manera que, el aislamiento social se asoció positivamente con todas variables de la sintomatología de depresión (rango entre  $r_s = .34$  y  $.52$ ,  $p \leq .05$ ; ver Tabla 4).

Con respecto a las niñas en la medición 2016, sólo se hallaron correlaciones entre: sobreingesta y relaciones interpersonales; alteración afectiva, la puntuación total del CDI, estado de ánimo negativo, autoestima negativa con problemas interpersonales ( $r_s = .46$ ,  $.38$ ,  $.39$ ,  $.52$ , respectivamente); en tanto que, racionalizaciones se asociaron con anhedonia y problemas interpersonales ( $r_s = .35$ ,  $.46$ , respectivamente) como se observa en la tabla 5. En la medición 2017, se hallaron un mayor número de asociaciones comparadas con la medición 2016, destacado la asociación más alta entre alteración afectiva y la puntuación total del CDI ( $r_s = .77$ ,  $p = .01$ ), mientras que la más baja se observó entre sobreingesta y la puntuación total del CDI ( $r_s = .33$ ,  $p = .05$ ; ver Tabla 6). No obstante, no se hallaron correlaciones significativas en las subescalas de hábitos de salud, alteración afectiva, expectativas relacionadas con el comer, motivación para bajar de peso y racionalizaciones.

Por otro lado, en la muestra total ( $N = 64$ ) de la medición 2016, se identificaron asociaciones significativas únicamente en las subescalas de hábitos de salud, imagen corporal y alteración afectiva resaltando la correlación más alta entre imagen corporal y la puntuación total del CDI ( $r_s = -.46, p = .01$ ), por el contrario, la más baja, se observó entre hábitos de salud y estado de ánimo negativo ( $r_s = -.24, p = .05$ ; ver Tabla 7).

En la medición 2017 para la muestra total, se presentaron un mayor número de correlaciones significativas como se puede observar en la Tabla 8, las correlaciones positivas se ubican dentro de un rango entre .25 y .62 mientras que las negativas se ubican en un rango de -.29 y -.43. Sólo en las subescalas expectativas relacionadas con el comer, motivación para bajar de peso y subingesta, no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 2  
Medianas, rangos y comparación entre sexo y entre medición respecto al Cuestionario de Sobreingesta

Variable	Medición														
	2016					2017									
	Niños $n = 29$		Niñas $n = 39$		<i>U</i> de <i>Mann</i> <i>Whitney</i> <i>z</i>	Total $N = 64$		Niños $n = 29$		Niñas $n = 35$		<i>U</i> de <i>Mann</i> <i>Whitney</i> <i>Z</i>	Tota $N = 64$		<i>W</i> <i>Wilcoxon</i> <i>z</i>
<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>		<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>Z</i>	<i>M<sub>e</sub></i>	<i>R</i>	<i>z</i>	
Sobreingesta	51	33	51	25	-.22	51	33	53	36	48	36	-2.12*	50	36	-.77
Hábitos de salud	58	38	51	42	-1.51	52	46	58	36	53	47	-1.23	28	47	-.99
Imagen corporal	58	40	51	30	-1.84	58	42	58	36	53	39	-1.38	28	45	-.89
Alteración afectiva	51	20	53	34	-1.28	53	34	50	31	51	39	-1.48	20.50	39	-1.33
Aislamiento social	53.60	28	52	20	-.22	52	28	51	31	51	28	-.11	51	31	-1.28
Antojos alimentarios	54	22	50	30	-2.79*	52	30	52	38	48	29	-2.07*	50	38	-1.50
Defensividad	47	50	47	31	-.04	47	50	53	43	51	39	-.82	52	46	-2.10*
Expectativas relacionadas con el comer	52	37	50	31	-1.52	51	37	52	30	46	27	-2.18*	48	30	-3.40**
Motivación para bajar de peso	56	25	54	37	-.49	54	37	55	37	51	39	-1.31	54	44	-.25
Racionalizaciones	59	23	50	21	-2.28*	56	23	54	24	48	26	-1.65	51	26	-1.66
Subingesta	58	28	53	35	-2.33*	56	35	55	29	50	27	-2.00*	52	33	-2.65*

\* $p > .05$

Tabla 3

Correlaciones *Rho* de *Spearman* entre las puntuaciones del Cuestionario de Sobreingesta y las del Cuestionario de Depresión Infantil correspondientes a la medición 2016 de los niños ( $n = 29$ )

Subescalas OQ	Puntuación total CDI	Estado de ánimo negativo	Autoestima negativa	Ineficacia	Anhedonia	Problemas interpersonales
Sobreingesta	-0.02	-0.07	-0.24	0.19	-0.04	-0.09
Hábitos de salud	<b>-.53**</b>	-0.22	<b>-.50**</b>	<b>-.57**</b>	<b>-.48**</b>	-0.27
Imagen corporal	<b>-.54**</b>	-0.30	<b>-.51**</b>	<b>-.53**</b>	<b>-.54**</b>	-0.19
Alteración afectiva	0.07	0.08	-0.20	0.16	0.03	0.00
Aislamiento social	0.06	0.06	-0.14	0.25	-0.00	0.03
Antojos alimentarios	-0.01	0.13	-0.28	-0.01	-0.16	0.07
Defensividad	<b>-.59**</b>	<b>-.42*</b>	<b>-.42*</b>	<b>-.56**</b>	<b>-.40*</b>	-0.25

Expectativas relacionadas con el comer	-0.13	-0.03	-0.36	-0.36	0.00	-0.04
Motivación para bajar de peso	-0.33	-0.17	-0.34	-0.27	-0.34	-0.14
Racionalizaciones	0.11	-0.03	-0.06	0.26	0.10	0.08
Subingesta	-0.13	-0.07	-0.33	0.07	-0.16	0.09

Nota: OQ = Overeating Questionnaire; CDI = Children Depression Inventory

\*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .05$

Tabla 4

Correlaciones *Rho* de Spearman entre las puntuaciones del Cuestionario de Sobreingesta y las del Cuestionario de Depresión Infantil correspondientes a la medición 2017 de los niños ( $n = 29$ )

	Puntuación total CDI	Estado de ánimo negativo	Autoestima negativa	Ineficacia	Anhedonia	Problemas interpersonales
Subescalas OQ						
Sobreingesta	<b>.42*</b>	0.36	<b>.41*</b>	<b>.39*</b>	0.23	<b>.44*</b>
Hábitos de salud	<b>-.67**</b>	<b>-.60**</b>	<b>-.67**</b>	<b>-.65**</b>	<b>-.44*</b>	-0.27
Imagen corporal	<b>-.68**</b>	<b>-.53**</b>	<b>-.52**</b>	<b>-.69**</b>	<b>-.55**</b>	-0.24
Alteración afectiva	<b>.38*</b>	<b>.43*</b>	<b>.41*</b>	<b>.46*</b>	0.23	0.10
Aislamiento social	<b>.61**</b>	<b>.58**</b>	<b>.58**</b>	<b>.57**</b>	0.36	0.31
Antojos alimentarios	0.17	0.06	0.32	0.17	0.00	0.29
Defensividad	<b>-.58**</b>	<b>-.55**</b>	<b>-.46*</b>	<b>-.74**</b>	<b>-.37*</b>	-0.18
Expectativas relacionadas con el comer	0.16	0.11	0.26	0.30	-0.04	0.23
Motivación para bajar de peso	-0.31	-0.19	-0.31	-0.20	-0.25	-0.02
Racionalizaciones	<b>.38*</b>	<b>.49**</b>	<b>.42*</b>	0.17	0.27	0.17
Subingesta	0.01	-0.02	0.22	-0.13	-0.08	0.09

Nota: OQ = Overeating Questionnaire; CDI = Children Depression Inventory

\*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .05$

Tabla 5

Correlaciones *Rho* de Spearman entre las puntuaciones del Cuestionario de Sobreingesta y las del Cuestionario de Depresión Infantil correspondientes a la medición 2016 de las niñas ( $n = 35$ )

	Puntuación total	Estado de ánimo negativo	Autoestima negativa	Ineficacia	Anhedonia	Problemas interpersonales
Subescalas OQ						
Sobreingesta	0.20	0.02	0.14	0.13	0.12	<b>.35*</b>
Hábitos de salud	-0.08	-0.14	0.19	-0.30	0.05	-0.09
Imagen corporal	-0.30	-0.20	-0.07	-0.14	-0.28	-0.19
Alteración afectiva	<b>.46**</b>	<b>.38*</b>	<b>.39*</b>	0.12	0.31	<b>.52**</b>
Aislamiento social	-0.01	-0.16	-0.06	-0.09	0.10	0.18
Antojos alimentarios	0.17	0.08	0.21	0.07	0.11	0.29
Defensividad	-0.12	-0.14	-0.02	-0.15	0.09	-0.21
Expectativas relacionadas con el comer	-0.07	-0.13	0.01	-0.08	-0.06	0.04
Motivación para bajar de peso	0.18	0.02	0.19	-0.11	0.20	0.29
Racionalizaciones	0.29	0.16	0.01	0.09	<b>.35*</b>	<b>.46**</b>
Subingesta	0.17	0.03	0.19	-0.21	<b>.34*</b>	0.17

Nota: OQ = Overeating Questionnaire; CDI = Children Depression Inventory

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

Tabla 6

Correlaciones Rho de Spearman entre las puntuaciones del Cuestionario de Sobreingesta y las del Cuestionario de Depresión Infantil correspondientes a la medición 2017 de las niñas ( $n = 35$ )

	Puntuación tota CDI	Estado de ánimo negativo	Autoestima negativa	Ineficacia	Anhedonia	Problemas interpersonales
Subescalas OQ						
Sobreingesta	<b>.33*</b>	0.28	<b>.36*</b>	0.12	0.25	0.28
Hábitos de salud	-0.07	-0.01	0.07	-0.27	0.00	-0.17
Imagen corporal	-0.15	-0.05	-0.20	-0.19	-0.01	-0.07
Alteración afectiva	<b>.77**</b>	<b>.72**</b>	<b>.57**</b>	0.29	<b>.65**</b>	<b>.57**</b>
Aislamiento social	<b>.44**</b>	<b>.41*</b>	0.30	0.18	0.33	<b>.44**</b>
Antojos alimentarios	<b>.50**</b>	<b>.44**</b>	<b>.53**</b>	0.20	0.30	0.17
Defensividad	<b>-.42*</b>	<b>-.36*</b>	<b>-.34*</b>	<b>-.37*</b>	-0.30	-0.20
Expectativas relacionadas con el comer	0.20	0.18	0.32	0.05	-0.00	0.08
Motivación para bajar de peso	0.02	-0.21	0.22	0.14	-0.03	0.06
Racionalizaciones	0.16	0.11	0.09	0.04	0.07	0.15
Subingesta	0.18	-0.03	<b>.34*</b>	0.13	0.01	0.22

Nota: OQ = Overeating Questionnaire; CDI = Children Depression Inventory

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

Tabla 7

Correlaciones Rho de Spearman entre las puntuaciones del Cuestionario de Sobreingesta y las del Cuestionario de Depresión Infantil correspondientes a la medición 2016 de la muestra total ( $N = 64$ )

	Puntuación total	Estado de ánimo negativo	Autoestima negativa	Ineficacia	Anhedonia	Problemas interpersonales
Subescalas OQ						
Sobreingesta	0.07	-0.02	-0.04	0.15	0.06	0.13
Hábitos de salud	<b>-.34**</b>	<b>-.24*</b>	-0.21	<b>-.42**</b>	-0.23	-0.18
Imagen corporal	<b>-.46**</b>	<b>-.32**</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.43**</b>	-0.19
Alteración afectiva	<b>.33**</b>	<b>.27*</b>	0.15	0.14	0.23	<b>.29*</b>
Aislamiento social	0.03	-0.06	-0.08	0.07	0.07	0.12
Antojos alimentarios	-0.00	-0.02	-0.07	0.03	-0.08	0.15
Defensividad	<b>-.35**</b>	<b>-.26*</b>	-0.23	<b>-.36**</b>	-0.15	<b>-.24*</b>
Expectativas relacionadas con el comer	-0.14	-0.15	-0.18	-0.20	-0.04	-0.00
Motivación para bajar de peso	-0.03	-0.06	-0.03	-0.17	0.00	0.12
Racionalizaciones	0.12	-0.03	-0.02	0.19	0.17	0.22
Subingesta	-0.02	-0.07	-0.08	-0.09	0.06	0.09

Nota: OQ = Overeating Questionnaire; CDI = Children Depression Inventory

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



Tabla 8

Correlaciones Rho de Spearman entre las puntuaciones del Cuestionario de Sobreingesta y las del Cuestionario de Depresión Infantil correspondientes a la medición 2016 de la muestra total (N = 64)

	Puntuación total	Estado de ánimo negativo	Autoestima negativa	Ineficacia	Anhedonia	Problemas interpersonales
Subescalas del OQ						
Sobreingesta	<b>.35**</b>	<b>.28*</b>	<b>.35**</b>	<b>.30*</b>	0.19	<b>.32**</b>
Hábitos de salud	<b>-.37**</b>	<b>-.29*</b>	<b>-.30*</b>	<b>-.43**</b>	<b>-.25*</b>	-0.20
Imagen corporal	<b>-.41**</b>	<b>-.29*</b>	<b>-.38**</b>	<b>-.42**</b>	<b>-.30*</b>	-0.13
Alteración afectiva	<b>.62**</b>	<b>.59**</b>	<b>.51**</b>	<b>.37**</b>	<b>.48**</b>	<b>.36**</b>
Aislamiento social	<b>.52**</b>	<b>.49**</b>	<b>.46**</b>	<b>.38**</b>	<b>.34**</b>	<b>.35**</b>
Antojos alimentarios	<b>.28*</b>	0.22	<b>.37**</b>	0.21	0.10	0.21
Defensividad	<b>-.51**</b>	<b>-.45**</b>	<b>-.41**</b>	<b>-.54**</b>	<b>-.34**</b>	-0.18
Expectativas relacionadas con el comer	0.16	0.14	0.24	0.18	-0.01	0.16
Motivación para bajar de peso	-0.09	-0.17	-0.01	0.02	-0.14	0.03
Racionalizaciones	<b>.27*</b>	<b>.29*</b>	0.24	0.19	0.15	0.19
Subingesta	0.03	-0.05	0.20	0.06	-0.10	0.15

Nota: OQ = Overeating Questionnaire; CDI = Children Depression Inventory

\*\* p .01 \*\* p .05

## DISCUSIÓN

Los hábitos alimentarios son conductas complejas resultado de la interacción de múltiples componentes sociales, culturales y psicológicos, por lo que el estudio de su desarrollo en la infancia puede sentar la clave para una mejor comprensión de las variables que influyen para que estos hábitos puedan ser saludables, especialmente cuando se presentan alteraciones emocionales como la presencia de síntomas de depresión (Macías, Gordillo, & Camacho, 2012).

Al respecto, los datos obtenidos en este estudio señalan que la presencia de un estado emocional negativo puede influir en los hábitos alimentarios en niños en edad escolar. Destacando la vulnerabilidad que presentan las niñas quienes tienen puntuaciones elevadas en alteración afectiva, motivación para bajar de peso, baja autoestima, aislamiento social y problemas interpersonales.

Por tanto, se destaca que a pesar de no alcanzar la significancia estadística entre sexo, las niñas reportaron mayor presencia de sintomatología depresiva colocándolas en una situación de predisposición para desarrollar un trastorno mental como depresión, esta interacción puede potenciar la probabilidad de presentar comorbilidad con conductas alimentarias de riesgo o con un trastorno alimentario (Acosta-Hernández, et al, 2011; Almonte & Montt, 2015; OMS, 2018c).

En tanto que, los niños presentan mejores puntuaciones en hábitos de salud, menores puntuaciones en alteración afectiva y mayores puntuaciones en expectativas relacionadas con comer, por lo que muestran menor probabilidad de generar alteraciones emocionales y de hábitos alimenticios, sin embargo, es

importante continuar con estudios que evalúen en ellos conductas de subingesta e imagen corporal ya que, se encontraron puntuaciones en el límite para el nivel alto.

De igual forma, resulta interesante explorar las diferencias reportadas con respecto al sexo, en la subescala de Antojos alimentarios, para poder distinguir si estas diferencias están relacionadas con conductas sociales aprendidas o necesidades nutricionales o en todo caso son de origen psicológico.

Es importante destacar el papel que presenta la autoeficacia en lograr iniciar y mantener conductas como los hábitos saludables (Flores, González-Celis, & Valencia, 2010) y el papel negativo que puede tener la presencia de ineficacia en los niños, afectando directamente su capacidad para lograr desarrollar conductas saludables (Muñoz & Angarita, 2017). La interacción entre los hábitos alimentarios no saludables y las alteraciones psicológicas, concretamente la imagen corporal y los síntomas de depresión puede conducir a los niños a la condición de exceso de peso, formando un ciclo vicioso que puede hacer más compleja la evaluación e intervención en esta población (Delgado-Floody et al., 2017; Ruvalcaba et al., 2018; Sánchez & Ruiz, 2015; Thompson et al., 2012). Específicamente, el aislamiento social y la alteración afectiva vinculados a los hábitos alimentarios son rasgos distintivos en la conducta de atracón, tanto de la bulimia nerviosa como del trastorno por atracón (American Psychiatric Association, 2013).

## CONCLUSIONES

La observación de las conductas y cogniciones a lo largo del tiempo brinda información valiosa sobre los puntos críticos o de cambio, así el presente estudio longitudinal en la infancia permite concluir que algunos síntomas depresivos y los hábitos

alimentarios inadecuados se mantienen a lo largo del tiempo. La interacción de la imagen corporal, el aislamiento social y la alteración afectiva con los síntomas de depresión, podría llevar

Al respecto, las autoras hipotetizan que la edad y el grado escolar juegan un papel importante, en el desarrollo o mantenimiento de hábitos y alteraciones psicológicas, por lo que, se evidencia la necesidad de intervención de los profesionales de la salud en el campo de la prevención entre la población infantil.

Los resultados de este estudio permiten reflexionar sobre la pertinencia de elaborar estrategias de intervención diferenciadas para niños y niñas, que puedan lograr revertir la vulnerabilidad que cada uno de estos grupos presenta. No obstante, futuros estudios deberán explorar las variables del estudio con instrumentos específicos para síntomas de trastornos alimentarios, insatisfacción corporal, así como indicadores de exceso de peso a través del tiempo.

**Agradecimientos:** las autoras de este estudio agradecen a las autoridades de la institución educativa por las facilidades otorgadas en las evaluaciones de la presente investigación, y especialmente, agradecen a las familias y a los niños y niñas que brindaron sus datos haciendo posible esta investigación de corte longitudinal.

## REFERENCIAS

- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, J., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F., Cruz-Sánchez, J. & Durán, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos de Neurociencia*, 16(1), 20-25. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=30118>
- Alcalá, V., Rojas, O. & Hernández, C. (Septiembre 2011). *Prevalencia de sintomatología depresiva en una muestra de niños de educación primaria en el sur de la ciudad de México*. En H. Casanova (Presidencia), XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. Congreso llevado a cabo en CDMX, México
- Almonte, C. & Montt, M. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterráneo
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5*. Washington, DC., EUA: Author
- Aranceta, J. (2015). Influencia de los medios de comunicación en la elección de alimentos y en los hábitos de consumo alimentario. (Tesis doctoral Universidad del País Vasco). Recuperado de [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/18487/TEISIS\\_ARA\\_NCETA\\_BARTRINA\\_JAVIER.pdf?sequence=1](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/18487/TEISIS_ARA_NCETA_BARTRINA_JAVIER.pdf?sequence=1)
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado de: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342013000100011&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342013000100011&script=sci_arttext&tlng=es)
- Bermúdez, M. & Bermúdez, A. (2004). *Manual de psicología infantil: aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica*. España: Biblioteca Nueva.
- Chávez-Hernández, A., Correa-Romero, F., Klein-Caballero, A. & Macías-García, L. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 501-514. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4733>
- Dávila, J., González, J., & Barrera, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-249. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745542001>
- Delgado-Floody, P., Caamaño, F., Osorio, A., Jerez, D., Fuentes, J., Levin, E., & Tapia, J. (2017). Imagen corporal y autoestima en niños según su estado nutricional y frecuencia de actividad física. *Revista Chilena de Nutrición*, 44 (1), 12-18. Doi 10.4067/S0717-75182017000100002
- Esparza, N. & Rodríguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5(1), 47-65. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916259005>
- Flores, A., González-Celis, A. L. & Valencia, A. (2010). Validación del instrumento de autoeficacia para realizar conductas saludables en niños mexicanos sanos. *Psicología y Salud*, 20(1), 23-30. <https://doi.org/10.25009/pys.v20i1.613>
- Galván, M., López, G., Guzmán, R. Fernández, T., Gil, A., Vargas, E., Amezcua, A., & Hernández, J. (2016). Educación en nutrición y prevención de obesidad en la escuela. En Galván, M., Granados, V., López, G., & Hernández, J., *Educación en salud y nutrición en escuelas primarias*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Stark, K. & Ruvalcaba, N. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: testing the effectiveness of a school-based program in México. *Psicología Educativa*, 19(1), 37-44. <https://doi.org/10.5093/ed2013a6>
- García, B., Márquez, L., & Ávila, J. L. (2009). Planeación y Desarrollo del Proyecto de Investigación. En B. García, (Ed.), *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales: Un enfoque de enseñanza basado en proyectos* (pp. 3-47). México: El Manual Moderno
- Heredia-Ancona, M., Lucio- Gómez, E., & Suárez-de la Cruz, L. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1 (2), 49-57. DOI:10.5461/RLMC.V1.I2.20704
- Herrera, E., Núñez, A., Tobón, S. & Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 59-70. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3091304>
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación, Sexta Edición México*. DF, Editores, SA de CV
- Jiménez, T., Wagner, F., Rivera H. & González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2), 103-107. Recuperado de:

- <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=57493>
- Kelishadi, R., Ardalan, G., Gheiratmand, R., Gouya, M. M., Razaghi, E. M., Delavari, A.,...Mehdi, R. (2007). Association of physical activity and dietary behaviours in relation to the body mass index in a national sample of Iranian children and adolescents: CASPIAN Study. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 19-26. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2007.v85n1/19-26/en>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. New York, USA: Multi-health Systems, Inc.
- Macías, A. I., Gordillo, L. G., & Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(3), 40-43. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>
- Magaña, C. & Matus, M. (2014). Perspectivas antropológicas al fenómeno de la alimentación y los alimentos. En A. López & K. Franco (Eds.), *Comportamiento alimentario: una perspectiva multidisciplinar*, p.p. 12-32. Guadalajara, Méx.: Universitas.
- Meave, S. (2002). *Reporte de experiencia profesional*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México
- Moral, J. & Meza, C. (2012) Validación de la versión en español del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en una muestra de mujeres mexicanas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(2), 73-96. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=802258670006>
- Muñoz, M., & Angarita, S. (2017). *Formación de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en la etapa de educación inicial*. (Tesis de Especialidad). Universidad Distrital Francisco José De Caldas, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/6447/1/Mu%C3%B1ozBarajasMarelvi2017.pdf>
- O'Donnell W. E. & Warren W. L. (2007). *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)*. México: El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Informe de la Comisión para Acabar con la obesidad infantil*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Temas de salud* [Sede Web]. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *Malnutrición*. [Sede Web]. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/malnutrition>
- Organización Mundial de la Salud (2018c). *Notas descriptivas de la depresión*. [Sede Web]. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Pacheco, P. & Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. *Precop SCP*, 15(1), 30-38. Recuperado de: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>
- Pintado, S. & Castillo, M. (2017). Propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 3(1), 60-67. Recuperado de: <http://psycap.cl/wp-content/uploads/2017/05/revista-psycap-sepp.pdf>
- Raimann, T. X. (2011). Obesidad y sus complicaciones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 20-26. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70389-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70389-3)
- Rodríguez-Espínola, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/180/18018446005/>
- Rosado-Cipriano, M. M., Silvera-Robles, V. L., & Calderón-Ticona, J. R. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 24(4), 163-169. Recuperado de: [http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista\\_24\\_4\\_2011/prevalencia\\_de\\_sobrepeso\\_y\\_obesidad\\_en\\_ninos\\_escolares.pdf](http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_24_4_2011/prevalencia_de_sobrepeso_y_obesidad_en_ninos_escolares.pdf)
- Sánchez, J. J. & Ruiz, A. O. (2015). Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232015000100038](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000100038)
- Sandoval, L., Salvatierra, R., & Caballero, E. (2014). *Módulo educativo para la promoción de la alimentación y nutrición saludable dirigido al personal de salud*. 2a ed. Lima: Ministerio de Salud; pp 81-95.
- Ruvalcaba, J. C., Hernández, J., García, J. R., Lozano, A., Morales, L., Hernández, M., Islas, I., Rivera, M., & Reynoso, J. (2018). Factores desencadenantes de obesidad infantil, un problema de salud pública. *Journal of Negative and no Positive Results*, 3(8), 614-626. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2542>
- Thompson, J. K., Schaefer, L., & Menzel, J. E. (2012). Internalization of thin-ideal and muscular-ideal. En T. F. Cash, *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (p.p. 499-504). San Diego, California, E. U.: Academic Press