

**Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria y conductas
obesogénicas en etapas tempranas en población infanto-juvenil: una revisión
sistemática**

Trabajo Final de Máster (TFM)

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Anna Sánchez Bautista

Tutora: Dra. Carol Palma

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte

Universidad Blanquerna - Ramon Llull

Barcelona, 2021.

“Que tu alimento sea tu medicina y

que tu medicina sea tu alimento”

(Hipócrates).

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	7
Método.....	14
Estrategia de búsqueda.....	14
Criterios de inclusión y exclusión	14
Extracción de datos.....	15
Resultados.....	16
Factores de riesgo.....	17
<i>Factores de riesgo interpersonales: Relaciones familiares y Parentalidad</i>	<i>17</i>
<i>Factor de riesgo: La alimentación emocional</i>	<i>26</i>
Programas de prevención y/o intervención	27
<i>Terapia Familiar centrada en las Emociones (EFFT) para los trastornos alimentarios ...</i>	<i>28</i>
<i>Terapia familiar e intervenciones sistémicas.....</i>	<i>30</i>
<i>Tratamiento conductual de la obesidad pediátrica</i>	<i>31</i>
<i>El Programa PEER (Preventing Emotional Eating Routines)</i>	<i>32</i>
Discusión.....	34
Conclusión y Puntos clave	43
Referencias.....	44

Resumen

En la sociedad actual, se presenta un elevado número de niños y adolescentes que mantienen una relación disfuncional con la alimentación e incluso pueden derivar en obesidad infantil o en trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El objetivo de la presente revisión es la exploración, identificación y análisis de factores de riesgo y de posibles intervenciones psicoterapéuticas, en la población infanto-juvenil, para determinados afecciones y trastornos de la conducta alimentaria, todo ello, mediante la revisión diversas investigaciones y revisiones que abordan dichos factores de riesgo, así como, determinadas propuestas de intervención. Par ello, se ha realizado una revisión sistemática a partir de los últimos diez años, en inglés, utilizando las bases de datos MEDLINE, APA PsycArticles, Springer Nature Journals, Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL Complete. El resultado total de la búsqueda bibliográfica ha sido de 244 artículos científicos, de los cuales se seleccionaron 43 artículos, aceptando finalmente 28 que resultaron ser adecuados según los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

Se evidenció el importante papel y la influencia que tiene la familia, concretamente los padres, en el desarrollo de una correcta vinculación relacional con su alimentación, con sus estados emocionales y con su cuerpo. Dichas variables son posibles factores que intervienen en el desarrollo y/o mantenimiento de obesidad o de trastornos de la conducta alimentaria como son la anorexia, la bulimia o el trastorno de atracones.

Estos resultados ponen también en evidencia determinadas brechas de los artículos revisados, en relación con la heterogeneidad de sus resultados y la falta de suficientes estudios longitudinales que permitan realizar un seguimiento del niño/a o adolescentes a lo largo del tiempo. La revisión facilita también nuevas orientaciones para futuras investigaciones. Así mismo, al identificar los factores de riesgo, se facilita poder

promover acciones de prevención y/o de disminución de la intensidad, duración y gravedad de las afecciones y de los TCA.

Palabras clave: alimentación emocional, atracones, niños, crianza de los hijos, relaciones familiares, regulación de las emociones, intervención, factores de riesgo.

Abstract

Today, there is a high number of children and adolescents who maintain a dysfunctional relationship with food and can even lead to childhood obesity or eating disorders (ED). The objective of this review is the exploration, identification and analysis of risk factors and possible psychotherapeutic interventions, in the child and adolescent population, for certain conditions and eating behavior disorders, all of this by reviewing various investigations and reviews that address these risk factors, as well as certain intervention proposals. For this, a systematic review has been carried out from the last ten years, in English, using the databases MEDLINE, APA PsycArticles, Springer Nature Journals, Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL Complete. The total result of the bibliographic search was 244 scientific articles, of which 43 articles were selected, finally accepting 28 that turned out to be adequate according to the proposed inclusion and exclusion criteria.

The important role and influence of the family, specifically parents, in the development of a correct relational bond with their diet, with their emotional states and with their body was evidenced. These variables are possible factors that intervene in the development and/or maintenance of obesity or eating disorders such as anorexia, bulimia or binge eating disorder.

These results also highlight certain gaps in the articles reviewed, in relation to the heterogeneity of their results and the lack of sufficient longitudinal studies that allow the

child or adolescents to be followed over time. The review also provides new directions for future research. Likewise, by identifying risk factors, it is facilitated to promote prevention and/or reduction actions in the intensity, duration and severity of conditions and eating disorders.

Key words: emotional eating, binge eating, children, parenting, family relationships, emotion regulation, intervention, risk factors.

Introducción

La sociedad occidental actual presenta un elevado número de personas que mantienen una relación disfuncional con la alimentación, con su cuerpo y con su imagen corporal. Esta relación disfuncional puede, en ocasiones, derivar en ciertas afecciones, tales como la obesidad y el sobre peso infantil, y/o los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) dificultando su propio bienestar y el de las personas que conviven en su entorno (Laghi, McPhie, Baumgartner, Rawana, Pompili, & Baiocco, 2016).

Los trastornos alimentarios aparecen, habitualmente, durante la adolescencia y al principio de la edad adulta, siendo más comunes entre las mujeres que entre los hombres, de manera que, se posicionan como la tercera enfermedad crónica entre la población femenina (Botella, Herrero, & López, 2014).

Algunos de los trastornos de la conducta alimentaria tales como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020), comunes entre los adolescentes (Schwartz & Heather, 2016), se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en la adopción de comportamientos relacionados con la alimentación, que derivan en una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causan un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (American Psychological Association [APA], 2014), así como, consecuencias psicosociales y físicas graves, tanto a corto como a largo plazo (Schwartz & Heather, 2016; Cardi, Di Mateo, Gilbert, Treasure, & Fecpysh, 2014).

La anorexia nerviosa se caracteriza por la restricción en la ingesta energética en relación con las necesidades, la cual conduce a un peso corporal significativamente bajo, un miedo intenso a aumentar de peso o bien, un comportamiento que impide que el individuo aumente de peso. Así mismo, la anorexia provoca alteraciones específicas en relación con la vivencia y la percepción de la propia imagen corporal. El pronóstico a

largo plazo es a menudo precario, con graves complicaciones psicosociales, médicas y de desarrollo, así como, altas tasas de recaída y de mortalidad (APA, 2014; Fisher, Shocic, Rutherford, & Hetrick, 2019).

La bulimia nerviosa se caracteriza por la existencia de episodios recurrentes de atracones, por la utilización de conductas compensatorias tales como purgas y por una preocupación excesiva por el peso y la constitución corporal. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con los individuos con anorexia o anorexia nerviosa, los individuos con bulimia nerviosa mantienen un peso corporal igual o mayor que el límite inferior normal (APA, 2014; Carr, 2019).

El trastorno de atracones se caracteriza por episodios recurrentes de atracones. Los atracones son conductas disfuncionales relacionadas con el consumo de alimentos de forma descontrolada, en un corto periodo de tiempo y sin sensación de hambre fisiológica (APA, 2014).

Si bien la obesidad no se considera un trastorno mental y por tanto no está tipificada como TCA, si podemos afirmar que existen asociaciones importantes entre la obesidad y ciertos trastornos alimentarios tales como la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones, entre otros (APA, 2014). La obesidad y el sobre peso infantil, entendidas como el resultado del exceso de consumo de energía en relación con la energía gastada a largo plazo (APA, 2014), son algunos de los principales problemas de salud más comunes en los países occidentales (Baños, Cebolla, Etchemendy, Felipe, Rasal, & Botella, 2011).

Varios son los factores que han influido en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria tales como la anorexia, la bulimia y el trastorno de atracón, así como, de afecciones de la alimentación tales como la obesidad y el sobre peso infantil (Baños et al., 2011). La literatura destaca factores tales como el apego inseguro (Levy &

Johson, 2019; Lamson, Didericksen, Winter, Brimhall, & Lazorick, 2019), la comparación social y la autoevaluación negativa corporal, los déficits o las dificultades en la capacidad de autorregulación emocional, la alimentación emocional (Christensen, 2019), así como, los problemas en el funcionamiento y en la estructura de las familias (tales como alteraciones psicopatológicas de los padres o madres con trastornos alimentarios (Laghi, McPhie, Baumgartner, Rawana, Pompili, & Baiocco, 2016),

En relación con el apego inseguro, tal y como postuló la Teoría de Aceptación-Rechazo Interpersonal (IPAR), los niños desarrollan una necesidad emocional de base biológica a ser consolados, apoyados y cuidados (Rohner & Carrasco, 2014). Si esta necesidad emocional no se satisface, los niños pueden experimentar sus relaciones mediante formas de un apego inseguro. Por otra parte, la interrupción de los lazos de apego saludables, adaptativos y seguros podría producir angustia emocional y una alteración de la personalidad, implicados ambos en una amplia gama de trastornos clínicos y psicopatológicos de niños y adultos, entre los que se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria (Levy & Johson, 2019). Así mismo, en el estudio realizado por Lamson, Didericksen, Winter, Brimhall y Lazorick (2019), se evidenció que los niños con apego inseguro presentaban más conductas obesogénicas y una menor autorregulación de la alimentación que aquellos niños con apego seguro.

Por otra parte, según el estudio realizado por Cardi et al. (2014), la comparación social y la autoevaluación negativa corporal que los niños/as y los adolescentes manifestaron, afectaron de manera significativa, tanto al desarrollo, como al mantenimiento de los trastornos alimentarios. Según otro estudio realizado por Laghi, Liga, Baumgartner y Baiocco (2012), existió una relación entre los atracones y la insatisfacción con la imagen corporal. Los niños usan la información social para guiar su

alimentación y los padres son un factor social importante (Bjørklund, Belsky, Jay, Wichstrom, & Steinsbekk, 2018), dado que la apariencia externa que se desea proyectar hacia los demás y la necesidad de mantener una imagen positiva del yo social son un rasgo humano fundamental en la vida del niño/a y del adolescente (Cardi, et al., 2014).

Así mismo, la existencia de déficits o de dificultades en la capacidad de autorregulación emocional, con origen en la primera infancia, son comunes en muchos trastornos psicológicos, de manera que el fortalecimiento de las habilidades de autorregulación emocional son un objetivo importante en muchas intervenciones psicoterapéuticas (Sanders & Mazzucchelli, 2013; Venta, Harp, & Newlin, 2005).

Hallazgos recientes sugirieron que los atracones, sobre todo en las adolescentes, podían estar asociados con dificultades para regular las emociones, en situaciones que implicaban estados emocionales negativos, presentando un mayor riesgo de recaídas, con carácter adictivo y repetitivo. En este sentido, el nivel de estrategias de regulación emocional desadaptativas se relacionó significativamente con el nivel de alimentación emocional (Vandewalle, Moens, Beyers, & Braet, 2016).

La alimentación emocional se presenta como un patrón alimentario disfuncional y se define como la acción de comer en respuesta de emociones negativas, con el objetivo de poder aliviar el estrés que siente la persona, sin tener en cuenta sus señales fisiológicas internas de hambre y su sensación de saciedad (Baños et al., 2011). Este concepto hace referencia a una forma de afrontar estados psicológicos de angustia emocional. Parte de esta angustia emocional puede tener su origen en experiencias de la infancia del niño/a que han facilitado la construcción de un apego inseguro (Levy & Johson, 2019), o bien, pueden tener también su origen cuando el proceso de individualización y de separación del niño/a se ha realizado de manera inadecuada

(Botella, Herrero, & López, 2014). Las emociones están presentes en todo nuestro proceso vital y desde que nacemos juegan un papel importante en la construcción de nuestra personalidad, en el desarrollo de la nuestra comunicación (López, 2005), así como, en la creación del vínculo afectivo que se establece en la primera infancia (Fonagy, 2004). De esta manera, en el estudio realizado por Rohner y Carrasco (2014), el rechazo materno y el control parental, tuvieron una influencia significativa en el aumento de la alimentación emocional y de la obesidad del niño/a.

Otro factor que influye en las afectaciones y los trastornos de la conducta alimentaria, son problemas en el funcionamiento y la estructura de las familias. Diversos estudios “de Minuchin y Selvini Palazzoli relacionados con la anorexia advertían de la existencia de problemas en el funcionamiento y la estructura de las familias de los pacientes que sufrían este tipo de trastorno alimentario”, poniéndose de manifiesto que “la disfunción familiar, es un factor contribuyente en el desarrollo del trastorno” (Botella, Herrero, & López, 2014, p.71).

Las posibles alteraciones psicopatológicas de los padres pueden también dar lugar a una alteración en su capacidad para desarrollar y gestionar sus “funciones parentales” (Tizón, 2005). En este sentido, según el estudio de Zerwas, Von Holle, Torgensen, Reichborn-Kjennerud, Stoltenberg y Bulik (2012), las madres con trastornos alimentarios, a diferencia de las madres sin trastornos alimentarios, representaron un grupo de alto riesgo para el desarrollo de psicopatologías alimentarias en sus hijos. Así mismo, el mismo estudio concluyó que existía una correlación positiva entre las madres con trastornos alimentarios y las interacciones alimentarias conflictivas entre madres e hijos (Zerwas et al., 2012). Finalmente, dicho estudio concluyó que las mujeres que sufrían anorexia fueron entre 2,3 y 2,8 veces más propensas a calificar como “difícil” el

temperamento de sus hijos respecto de las mujeres que no sufrían dicho trastorno alimentario.

Así mismo, los niños también pueden tener representaciones cognitivas de la familia que no tienen una base segura, de manera que perciben a su familia como una familia inestable e incapaz de satisfacer sus necesidades (Bi, Haak, Gilbert, & Keller, 2017) afectando así a su estilo de alimentación (Rohner & Carrasco, 2014).

Las propuestas de intervención para las afecciones y los trastornos de conducta alimentaria requieren un enfoque multidisciplinar, integral e integrado, tanto para tratar las consecuencias más inmediatas del trastorno, como para prevenir su cronificación (Schwartz & Heather, 2016).

Existen diversos tipos de intervención para prevenir y/o tratar las afecciones de la alimentación, tales como la obesidad, así como los TCA, entre las que destacamos el tratamiento e intervenciones en desórdenes alimentarios-emocionales mediante el entrenamiento de la conciencia de la alimentación, basados en la atención plena, especialmente utilizado en el tratamiento de los trastornos por atracón (Shonin, Van Gordon, & Griffiths, 2014).

Otras terapias que se destacan son las terapias familiares, propuestas por Fisher et al. (2019), que proponen como elemento en común la involucración de la familia en el tratamiento. En este sentido, Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1988), entre otros autores, pusieron de manifiesto el importante papel que juegan los factores familiares en la etiología de la anorexia y de la bulimia nerviosa (Abbate-Daga, Quaranta, Marzola, Cazzaniga, Amianto, & Fassino, 2013).

Así mismo, destacamos la Terapia Basada en la Familia (FBT), centrada en mejorar la sintomatología alimentaria (regulación del peso, restricciones alimentarias, déficits interoceptivos o el miedo a la madurez). Dicha terapia es considerada como un

tratamiento estándar dentro en las terapias familiares para adolescentes (Abbate-Daga, Quaranta, Marzola, Cazzaniga, Amianto, & Fassino, 2013).

Cabe mencionar también, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), basada en el modelo de regulación afectiva, desarrollado específicamente para mejorar la regulación emocional de adolescentes con trastornos por atracones (Safer & Jo, 2010) y bulimia nerviosa. En el estudio realizado por (Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone, 2012) se concluyó que la DBT era eficaz tanto en la regulación de los estados de ánimos como en el tratamiento de las conductas de los trastornos alimentarios (Boutelle, Braden, Knatz-Peck, & Anderson, 2018).

Otras intervenciones se centran en el asesoramiento y la orientación para padres, con el objetivo de poder informar, educar y brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias y mejorar así, las relaciones/dinámicas familiares y las dificultades emocionales e informativas de los padres (Abbate-Daga, Quaranta, Marzola, Cazzaniga, Amianto, & Fassino, 2013).

Del proceso de búsqueda de literatura relacionada con el contenido de la presente revisión, se pudo observar que las investigaciones y las revisiones que abordan los factores de riesgo que influyen en las afecciones y trastornos de la conducta alimentaria, así como, de la obesidad, en pocas ocasiones abordan la alimentación emocional como factor de riesgo en niños/as y adolescentes. Así mismo, tampoco se ha encontrado suficiente literatura que permita abordar dichos factores de riesgo desde una visión de interrelación e interdependencia entre los mismos. La presente revisión, permite abordar la alimentación emocional como factor de riesgo, así como, a determinados factores de riesgo desde la interacción e interdependencia que se genera entre ellos.

Es por este motivo y basado en la literatura descrita con anterioridad que, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión sistemática de los factores de riesgo y de las

intervenciones psicoterapéuticas para los trastornos de la conducta alimentaria, en etapas tempranas, en la población infanto-juvenil. Para ello, se propone explorar, identificar y analizar diversas investigaciones y revisiones que abordan dichos factores de riesgo, así como, diversas propuestas de intervención.

Los objetivos de la presente revisión se concretan en dos: 1) Analizar los diferentes factores de riesgo detectados en etapas previas o tempranas al desarrollo de un TCA, en cuanto a alimentación disfuncional y emocional, hábitos alimentarios, regulación emocional y parentalidad; 2) Describir qué tipos de intervenciones a nivel psicológico se están realizando en relación con dichos los factores de riesgo.

Método

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda de la literatura en cuestión, a partir de diferentes bases de datos tales como MEDLINE, Business Source Elite, APA PsycArticles, Springer Nature Journals, Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL Complete, comprendida entre los años 2010 y 2020. Así mismo, se acotó la búsqueda al idioma inglés. Los descriptores que se incluyeron en la búsqueda fueron: “emotional eating” AND, “binge eating” AND “children” AND “parenting” AND “family relationships” AND “emotion regulation” AND “intervention” AND “risk factors”.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la realización de la revisión sistemática, establecidos previamente, fueron estudios y revisiones sistemáticas que incluían: 1) muestras o datos de países occidentales; 2) niños y/o adolescentes con edades comprendidas entre 6 a 18 años y sus respectivos padres o tutores legales; 3) temáticas relacionadas con la afecciones en la alimentación o con trastornos de la conducta alimentaria, alimentación emocional, regulación disfuncional de las emociones 4) un

funcionamiento disfuncional familiar y/o parental 5) intervenciones psicoterapéuticas para tratar las afecciones y/o los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

De acuerdo con los criterios de exclusión, se descartaron aquellos artículos o revisiones que 1) incluían poblaciones orientales; 2) incluían niños con edades inferiores a 6 años y adultos a partir de los 18 años 3) no hacían referencia a disfunciones o afecciones en la alimentación y/o TCA 4) se referían a niños/as y/o adolescentes que, si bien presentaban alguna afección y/o trastorno de la conducta alimentaria, cursaban también algún trastorno del desarrollo, discapacidades intelectuales, trastornos de personalidad y/o otros trastornos psicopatológicos; 5) aquellas propuestas de intervenciones y/o tratamientos que no abordaban afecciones alimentarias y/o TCA; 6) fueran capítulos de un libro, ensayos, artículos de divulgación o abstracts de congresos.

Extracción de datos

Para cualquier estudio o revisión, los resultados se agruparon en diferentes temáticas de manera que fueron incluidas las siguientes variables: a) la alimentación como conducta disfuncional o alimentación emocional b) parentalidad, crianza, vínculo y apego, en relación a las conductas relacionadas con la gestión de la alimentación de los padres y sobre todo con la de sus hijos c) la alimentación, la gestión emocional y la parentalidad en relación a las afecciones y/o los trastornos de la conducta alimentaria y a la obesidad d) tratamientos e intervenciones preventivas en relación a las afecciones de la alimentación y/o a los trastornos alimentarios y la obesidad desde un enfoque cognitivo-conductual y sistémico-relacional.

Resultados

Para realizar la selección de los estudios y revisiones sistemáticas, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura científica publicados en bases de datos. Los resultados obtenidos se muestran en el diagrama de flujo de la Figura 1.

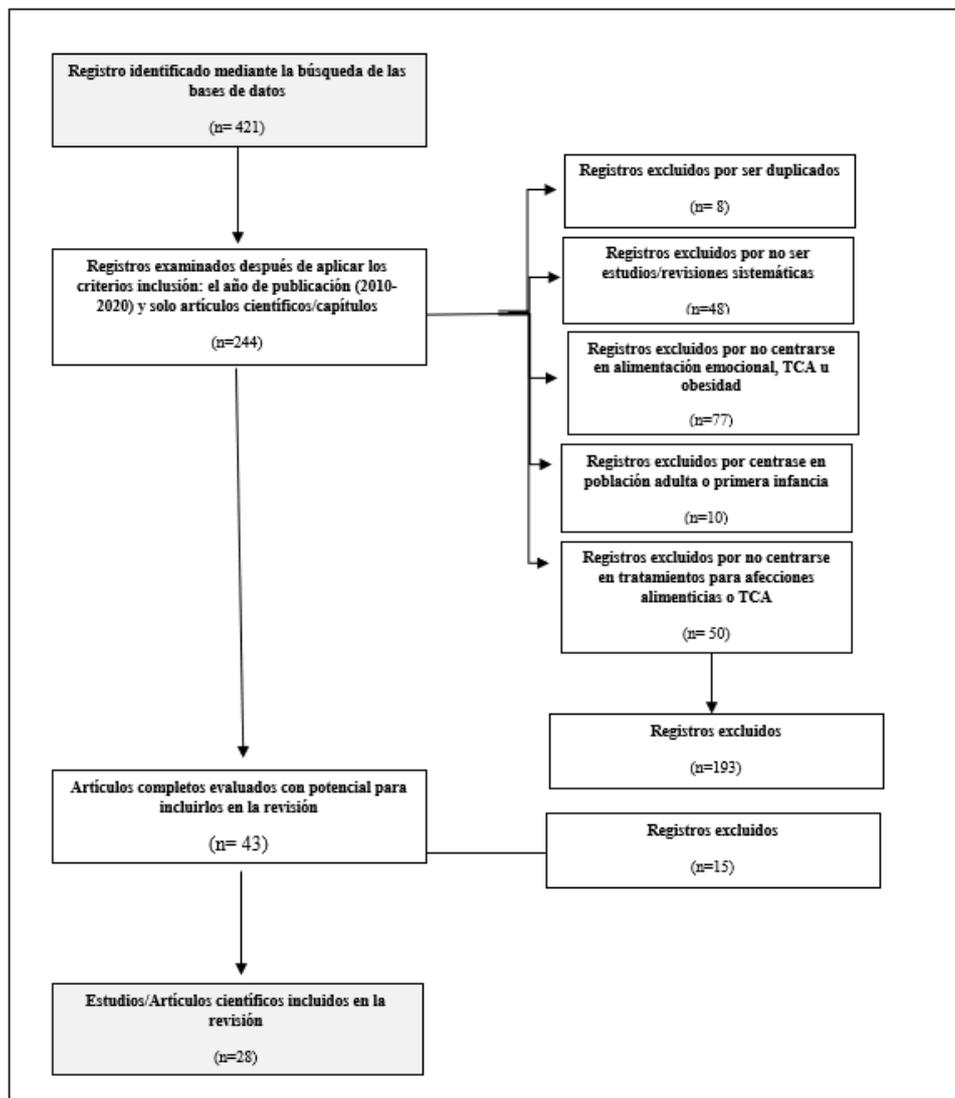


Figura 1: Diagrama de selección de estudios y artículos en la revisión

La búsqueda bibliográfica se llevó a efecto en las bases de datos, MEDLINE, APA PsycArticles, Springer Nature Journals, Psychology and Behavioral Sciences Collection y CINAHL Complete con los descriptores mencionados en apartados anteriores. Las

bases de datos presentaron 421 artículos en total, de los cuales, 193 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión explicitados anteriormente. Los 43 artículos resultantes hacían referencia a los factores de riesgo e intervenciones en niños/as y adolescentes relacionados con algunos de los factores destacados y de las afecciones y/o trastornos de la conducta alimentaria, pero, sin embargo, los 28 restantes hablaban específicamente de los factores de riesgo e intervenciones para la prevención y del no mantenimiento de la obesidad y del TCA.

Los resultados de la revisión sistemática, se muestra a continuación, distribuidos en diferentes subapartados vinculados a los objetivos planteados anteriormente. Estos son: 1) Factores de riesgo; 1.1) Factores de riesgo interpersonales: Relaciones familiares y Parentalidad; 1.2) Factor de riesgo: La alimentación emocional; 2) Tratamientos e intervenciones de prevención TCA; 2.1) Terapia Familiar centrada en las Emociones para los trastornos alimentarios; 2.2) Terapia familiar e intervenciones sistémicas; 2.3) Tratamiento conductual de la obesidad pediátrica; 2.4) El Programa PEER.

Factores de riesgo

Factores de riesgo interpersonales: Relaciones familiares y Parentalidad

Apego y alimentación emocional

Este estudio basado en la teoría relacional (teoría del apego), apoyó y evidenció que el apego del niño estaba asociado al comportamiento obesogénico infantil, y dicho comportamiento es modulado por la autorregulación del niño. Concretamente, se evidenció que los niños con apegos inseguros tenían más conductas obesogénicas y una menor autorregulación de la alimentación que aquellos niños con apegos seguros. Así mismo, la ansiedad por el apego de los padres se correlacionó de manera significativa y positiva con la evitación del apego del niño. Sin embargo, en este estudio, el modelo

de los padres no fue un predictor significativo de la conducta obesogénica, puesto que, en total, el 48 (62,3%) padres mostraron niveles óptimos de cuidado, mientras que el 29 (37,7%) mostraron un estilo de cuidado subóptimo (Lamson, Didericksen, Winter, Brimhall, & Lazorick, 2019).

Los resultados obtenidos en el estudio realizado por Pace, Aiello y Zappulla (2019) muestran que el grupo de los niños con obesidad, en comparación con sus homólogos sin obesidad, tenían niveles más altos de emocionalidad negativa y labilidad emocional y niveles más bajos de regulación emocional. Así mismo, los resultados muestran que el grupo de niños con obesidad tenían madres más autoritarias y permisivas que sus iguales sin obesidad.

Además, los resultados del análisis correlacional demostraron que la emocionalidad negativa y la labilidad emocional se correlacionaron negativamente con el estilo autoritario y positivamente con el estilo permisivo. La capacidad regulación de las emociones se correlacionó positivamente con el estilo autoritario y negativamente al estilo permisivo y autocrático (Pace, Aiello, & Zappulla, 2019). Finalmente, los resultados sugirieron que los niños sanos con comprensión emocional pueden tener menos probabilidades de tener obesidad y a la inversa, los niños con habilidades deficientes para la regulación de las emociones y altos niveles de labilidad emocional pueden tener una mayor probabilidad de desarrollar obesidad infantil (Pace, Aiello, & Zappulla, 2019).

Identidad de la imagen corporal e ideal del cuerpo perfecto y la regulación de la alimentación

Los resultados del estudio longitudinal realizado por Verstuyf, Van Petegem, Vansteenkiste, Soenens y Boone (2014) sobre una muestra de 418 adolescentes, pusieron de manifiesto la importancia de la adopción del ideal del cuerpo en relación

con la capacidad de regulación de la alimentación de los adolescentes. Los resultados concluyeron que la adopción del ideal del cuerpo perfecto predijo aumentos significativos en la regulación de la alimentación centrada en la apariencia, pero no en la regulación de la alimentación centrada en la salud.

Un factor de riesgo es la preocupación por la imagen corporal. Los resultados del estudio longitudinal realizado por Verstuyf, Van Petegem, Vansteenkiste, Soenens y Boone (2014) sobre una muestra de 418 adolescentes, de los cuales un 54% fueron niñas, pusieron de manifiesto la importancia de la adopción del ideal del cuerpo en relación a la capacidad de regulación de la alimentación de los adolescentes. Los resultados concluyeron que la adopción del ideal del cuerpo perfecto predijo aumentos significativos en la regulación de la alimentación centrada en la apariencia, pero no en la regulación de la alimentación centrada en la salud.

Otro factor de riesgo en las disfunciones alimentarias o en los TCA, la preocupación de los padres por el peso de sus hijos, tal y como se concluyó en el estudio de Hochgraf, McHale y Fosco (2019). Tanto las preocupaciones de los padres por el peso de sus hijos, como por el control de éste y de la alimentación del niño, se asociaron con prácticas de alimentación más restrictivas y, a su vez, se vincularon con puntuaciones más altas en un comportamiento alimentario asociado con la pérdida del control de la alimentación (*grazing*) y con hábitos alimentarios de los niños más desorganizados (Conceição, Pinheiro, Félix, Ramalho, & Gonçalves, 2020). La edad avanzada de los niños jugó también un papel importante en la modelación del nivel de preocupación de los padres por el peso de sus hijos, así como, del control en la alimentación que estos ejercían sobre ellos. Los resultados concluyeron que la edad avanzada correlacionó, de forma significativa, con una mayor preocupación de los padres sobre el peso del niño y con una menor presión para comer por parte de éstos

(Conceição, Pinheiro, Féliz, Ramalho, & Gonçalves, 2020). Así mismo, se correlacionó significativamente con una mayor insatisfacción con la imagen corporal.

La imagen corporal es un factor que influye en la psicopatología alimentaria, tal y como se concluyó, en el estudio realizado por Duarte y Pinto - Gouveia (2017), en el que los resultados mostraron que la vergüenza de la imagen corporal y la psicopatología alimentaria presentaron una fuerte asociación.

Recuerdos tempranos de calidez y seguridad y psicopatología alimentaria

En el estudio realizado por Duarte y Pinto - Gouveia (2017) se puso a prueba la hipótesis de que los recuerdos tempranos de calidez y seguridad en las adolescentes podían tener un efecto positivo en la autoconfianza y un efecto negativo en las experiencias de vergüenza de la imagen corporal y síntomas de la psicopatología alimentaria. El estudio se realizó sobre una muestra no clínica de 609 niñas adolescentes de 12 años a 18 años. Los resultados concluyeron que los recuerdos de calidez y seguridad fueron significativamente positivos en asociación con la autoconfianza, y negativamente significativos en asociación con la vergüenza de la imagen corporal y la psicopatología alimentaria. El estudio presenta diversas correlaciones que permiten reforzar el papel de los recuerdos de calidez y seguridad en la infancia, de manera que éstos se asociaron positivamente con la autoconfianza y negativamente con la vergüenza de la imagen corporal y los síntomas de psicopatología alimentaria. Por otra parte, los recuerdos de calidez y seguridad se asociaron de manera negativa, pero débilmente, con el Índice de Masa Corporal (IMC). Además, la autoconfianza se correlacionó negativamente con la vergüenza de la imagen corporal y los síntomas de la psicopatología alimentaria y con una asociación más débil con el IMC. Por otra parte, el IMC presentó asociaciones moderadas y positivas con la vergüenza de la imagen corporal y los síntomas de psicopatología alimentaria.

Parentalidad, presión y restricción alimentaria

La presión que los padres ejercen sobre sus hijos en cuanto a comer ciertas cantidades de manera forzada o, por el contrario, a restringir su alimentación, actuaron como factor de riesgo y pudieron generar conductas alimentarias desordenadas.

En el estudio realizado por Loth, MacLehose, Fulkerson, Crow y Neumark-Sztainer (2014) los niños adolescentes, expuestos a niveles más altos de presión para comer o para restringir su alimentación, sentían sobre todo emociones como la vergüenza o la culpa, como consecuencia de esta restricción o presión para comer. Además, hay que añadir que eran significativamente más propensos a participar en conductas alimentarias desordenadas, incluidas las dietas y las conductas de control de peso extremas y poco saludables, en comparación con los niños expuestos a niveles más bajos de presión alimentaria. El resultado de los análisis de datos del estudio en cuestión indicó que, por cada unidad de aumento en la restricción alimentaria de las madres, las niñas tenían 1,33 veces más probabilidades de participar en conductas extremas de control alimentario (Loth, MacLehose, Fulkerson, Crow, & Neumark-Sztainer, 2014). Así mismo, los resultados del estudio de Romm y Metzge (2018) indicaron que el control psicológico de los padres se asoció positivamente y de manera significativa con conductas de alimentación restrictivas. Sin embargo, el control psicológico de los padres no se asoció significativamente con la frecuencia de comportamientos de comer en exceso (Romm & Metzge, 2018).

En relación con la idea anterior, en el estudio longitudinal realizado por Bjørklund, Belsky, Jay, Wichstrom y Steinsbekk (2018) se afirmó que la alimentación restringida por parte de los padres también pronostica problemas en la conducta alimentaria en los niños mayores. En relación con la restricción alimentaria, el estudio longitudinal pronosticó, a los 8 años, un incremento del Índice de Masa Corporal (IMC) infantil. Los

resultados concluyen que, a los 10 años, dos años después, se observó un incremento en capacidad de respuesta a los alimentos y del IMC.

En relación con los efectos que la alimentación restrictiva ejercida por los padres puede provocar en los hijos, en el estudio realizado por Flahive, Chvan y Haile (2019) se muestra la asociación positiva entre las madres que presentan una alimentación restrictiva hacia sus hijos y la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión en los mismo. La alimentación restrictiva o bien la presión de los padres para que sus hijos coman, puede provocar pérdida de control de los hijos (Matheson, 2015), tal y como se concluye en el estudio realizado por Matheson (2015). Los resultados que se obtuvieron pusieron de manifiesto que los padres que presentaban una mayor restricción, así como, niveles más altos técnicas de presión para comer, tenían más probabilidades de tener hijos que presentaban pérdida de control, poniendo de manifiesto también que los padres, que utilizaron técnicas de alimentación más instrumentales e indicaciones y estímulos para comer, tenían menos probabilidades de tener hijos que informaron pérdida de control.

Otro factor que afecta a la pérdida de control de los hijos es el IMC de los padres, tal y como se aprecia en los resultados del estudio realizado por Matheson (2015), el IMC de los padres se relacionó significativamente con la alimentación con pérdida de control del niño, de modo que los padres con un IMC más alto tenían más probabilidades de que un niño que comía con pérdida de control.

Obesidad infantil, emocionalidad negativa, regulación de emociones, estilos de crianza

Los resultados obtenidos en el estudio realizado por Pace, Aiello y Zappulla (2019), mostraron que el grupo de niños con obesidad tenían un perfil de madres más autocráticas o permisivas que el grupo de niños sin obesidad. Los resultados obtenidos concluyeron que la obesidad de los niños tendía a ser menor cuando el estilo autoritario era bajo y a

ser mayor cuando el estilo autocrático era alto (Pace, Aiello, & Zappulla, 2019). Otros estudios como el de Connell y Francis (2014) mostraron que, los niños que tuvieron madres autocráticas y no retrasaron la gratificación, tuvieron una tasa de crecimiento del IMC significativamente más pronunciada desde la niñez hasta la adolescencia, que los niños de cualquier otro grupo de crianza. En relación a los estilos de crianza autocráticos y permisivos se observó que el 46% de los niños aumentaron más rápido el IMC, puesto que vieron que no podían retrasar la gratificación. En definitiva, se vió que la capacidad de retrasar la gratificación protegía contra el aumento del IMC, para los niños que tenían padres con estilos de crianza autocráticos o permisivos (Connell & Francis, 2014), de manera que el efecto del retraso de la gratificación sobre las ganancias de IMC indica que con el tiempo, los niños que no retrasan la gratificación tienen mayores ganancias de IMC que aquellos que pueden retrasar la gratificación, clasificando a estos niños con obesidad (Connell & Francis, 2014), por el contrario, la demora de la gratificación sirve como moderador para patrones de comportamiento parental más negativos.

Disfunción familiar y disfunción alimentaria

En el estudio realizado por Laghi, McPhie, Baumgartner, Rawana, Pompili y Baiocco (2016) se planteó la hipótesis sobre que la disfunción familiar estaría relacionada con una mayor disfunción alimentaria entre los adolescentes. En el estudio se examinó la asociación entre diferentes dimensiones del funcionamiento familiar y la alimentación disfuncional, en una muestra de niños y niñas adolescentes italianas, con un total de 727 adolescentes (500 niños y 227 niñas) con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años. Los resultados del análisis sugirieron que aspectos del funcionamiento familiar como la flexibilidad, la cohesión, la desconexión, el enredo, la rigidez y el caos estaban relacionados con la alimentación disfuncional en los adolescentes. Los resultados obtenidos muestran que los niveles

más altos de enredo y desconexión familiar se asociaron con niveles más altos de alimentación disfuncional en los niños, mientras que los niveles más bajos de enredo y desconexión familiar se asociaron con niveles más bajos de alimentación disfuncional en los niños. Por otra parte, el nivel de vinculación y desconexión familiar no afectó el nivel de alimentación disfuncional de las niñas. En otras palabras, el nivel de desconexión y enredo familiar influyó más en la alimentación disfuncional de los niños que de las niñas (Laghi, McPhie, Baumgartner, Rawana, Pompili, & Baiocco, 2016). Así mismo, en el estudio longitudinal de Hochgraf, McHale y Fosco (2019) se concluyó que las adolescentes expuestas a un alto conflicto interparental informaron de problemas de peso elevados. Siguiendo con esta idea, Bi, Haak, Gilbert y Keller (2017) han encontrado que los conflictos matrimoniales se asociaron con niveles más altos de alimentación restringida, alimentación emocional y conductas alimentarias externas que controlan la demografía y las prácticas de alimentación de los padres. Además, descubrió que el matrimonio conflictivo se relacionó con una mayor inseguridad emocional del niño hacia la familia, que se asoció con una mayor ansiedad infantil y que luego, a su vez, se relacionó con una alimentación disfuncional (alimentación restringida, alimentación emocional y alimentación externa) o trastornos alimentarios (Bi, Haak, Gilbert, & Keller, 2017). Los conflictos parentales se asociaron con una mayor evitación infantil que se relacionó con una mayor ansiedad infantil que, a su vez, se asoció con una mayor alimentación restringida por el niño, una alimentación externa del niño y también una alimentación emocional del niño. Por lo tanto, los informes de los niños sobre la conyugalidad conflictiva se relacionaron, de manera más consistente, con la inseguridad emocional y la ansiedad del niño, que predijeron conductas alimentarias más desordenadas (Bi, Haak, Gilbert, & Keller, 2017). Los resultados del estudio transversal de Tafà, Cimino,

Ballarotto, Bracaglia, Bottone, Chiara y Cerniglia (2017), coinciden también en que, tanto las características del funcionamiento familiar, como la calidad de los miembros de la familia, la comunicación recíproca, la flexibilidad y la cohesión dentro de la familia, pueden constituir a ser un factor de protección o de riesgo para los adolescentes en relación a las conductas alimentarias desordenadas y TCA.

En relación a los TCA, en el estudio realizado por Wright, Halse, Levy y Hartung (2014) se examinaron cómo los niños preadolescentes entre 5 y 13 años y sus padres interpretaban los discursos asociados con el cuerpo, la salud y el bienestar. Los resultados permitieron concluir que, para las madres de niños sin un trastorno alimentario, la evaluación de los riesgos no se expresó como una fuente particular de ansiedad o como una afectación en la calidad de sus relaciones con sus hijos o con la familia. En cuanto a la percepción del riesgo de madres de hijos con trastorno alimentario, la forma en que la conciencia del riesgo se agudizó con el inicio de la enfermedad y la consiguiente intervención, se reflejó una intensificación del miedo en torno a la seguridad y al bienestar de sus hijos. A diferencia del otro grupo de madres, su capacidad para proteger a sus hijos contra los riesgos se vió seriamente socavada por su profunda incertidumbre en el cálculo del riesgo y en su capacidad para proteger a sus hijos en el presente y en el futuro. Así mismo, cuando las condiciones de la enfermedad se presentaron por primera vez, se pudo apreciar que generaron una intensa preocupación en las madres, requiriendo apoyo e intervención externa. Las madres de niños con trastornos de la alimentación buscaron ayuda experta y recurrieron a médicos y profesionales de la salud en busca de apoyo y orientación. Finalmente, el estudio concluye que el diagnóstico y, en particular, el conocimiento de las madres, sobre cómo pensar y cómo actuar en relación con el problema del hijo, hizo que los riesgos fueran más manejables y, para alguna, los llevó a reconsiderar sus relaciones con sus hijos (Wright, Halse, Levy, & Hartung, 2014).

En relación a los trastornos de la alimentación, concretamente, en cuanto a la anorexia y la bulimia nerviosa, tal y como se manifiesta en la revisión sistemática de Gale, Cluett y Laver-Bradbury (2013) la relación padre-hijo jugó un papel importante en el posible desarrollo y mantenimiento de la anorexia y la bulimia nerviosa. En la revisión realizada por Gale, Cluett y Laver-Bradbury (2013) se pudo observar que si los padres fomentaban el sentido de autonomía de sus hijos, el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario se reducía significativamente. En cambio, cuando la crianza de los padres era particularmente controladora e intrusiva, el riesgo de desarrollar anorexia y/o la bulimia nerviosa aumentaba, así como, aumentaba también su gravedad.

Factor de riesgo: La alimentación emocional

Rechazo parental, emoción desadaptativa, alimentación emocional

Los hábitos y el estilo de alimentación inadecuados o desorganizados (comer cuando está aburrido o enfadado; comer mientras ve la televisión, comer desordenadamente durante la tarde, comer en el dormitorio) de los niños se asociaron, directa e indirectamente, con un mayor comportamiento de comer de manera continuada y un mayor número de síntomas ansiosos (Conceição, Pinheiro, Félix, Ramalho, & Gonçalves, 2020).

En el estudio longitudinal de (Vandewalle, Moens, Beyers, & Braet, 2016), los resultados mostraron que niveles altos de rechazo materno se relacionaban positivamente con niveles altos de mala adaptación en estrategias de urgencias y de regulación emocional desadaptativas y niveles más altos de alimentación emocional. En contraposición, se observó que el nivel de rechazo paternal no se relacionó con el nivel de estrategias de regulación emocional desadaptativas ni con el nivel de alimentación emocional (Vandewalle, Moens, Beyers, & Braet, 2016). En general, al analizar los cambios interindividuales cuatro meses después, los resultados mostraron una varianza

significativa para todas las variables, con respecto a los niveles iniciales, entre ellas, las estrategias de regulación emocional desadaptativas (tristeza e ira) y la alimentación emocional. Con relación a las estrategias de regulación emocional desadaptativas se incluyeron la tristeza y la ira, debido a la asociación bibliográfica previa, según los autores, respecto a la vinculación de la alimentación emocional y la hostilidad/agresión con el rechazo paterno. En relación con la reactividad emocional, el estudio realizado a nivel intraindividual, en general, los cambios de las variables se produjeron valores positivos, es decir se produjo un aumento de los mismos respecto a las disminuciones que se presentaron previamente (Vandewalle, Moens, Beyers, & Braet, 2016).

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Ferrer, Green y Oh, (2017), en el que se asoció la supresión emocional con una alimentación más emocional (en mayor nivel en las adolescentes), una menor frecuencia de consumo de frutas y verduras y una mayor frecuencia de consumo de alimentos hedónicos (Ferrer, Green, & Oh, 2017). Así mismo, no encontraron una asociación significativa entre la supresión emocional de los padres respecto a la alimentación emocional de los adolescentes.

Programas de prevención y/o intervención

Los resultados de la revisión realizada por Carr (2019), permitían mostrar la importancia de la participación de la familia en el tratamiento de niños y adolescentes, para los trastornos alimentarios. Los tratamientos más exitosos de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes permiten movilizar activamente a la familia como un recurso de tratamiento clave para promover cambios en los comportamientos de los trastornos alimentarios en las primeras etapas del tratamiento (Jewell, Blessitt, Simic, & Eisler, 2016).

En la revisión sistemática de Hart, Cornell, Damiano & Paxton (2015) se demuestra que un pequeño número de estudios de prevención con los padres ha dado lugar a reducciones significativas en el riesgo de problemas de imagen corporal y de alimentación. La literatura sobre la insatisfacción corporal y los programas de prevención de trastornos alimentarios que involucran a los padres, se revisaron sistemáticamente para consolidar el conocimiento actual y proporcionar instrucciones para el desarrollo de programas futuros e investigaciones en evaluación.

Los estudios revelaron que muchas intervenciones de prevención logran reducciones significativas en los factores de riesgo infantil, como el sobrepeso y la presión para estar delgado (Hart, Cornell, Damiano, & Paxton, 2015).

En su conjunto, estos estudios sugieren que cambiar el comportamiento de los padres puede reducir efectivamente el riesgo de problemas de imagen corporal y de alimentación en los niños (Hart, Cornell, Damiano, & Paxton, 2015).

Terapia Familiar centrada en las Emociones (EFFT) para los trastornos alimentarios

En la revisión sistemática de Robinson, Dolhanty y Greenberg (2015) se reflejó la integración de la teoría, de las tareas y de las técnicas de la Terapia centrada en las Emociones (EFT), un nuevo modelo que mejora significativamente respecto a la Terapia Basada en la Familia (FBT) tradicional, considerada la mejor práctica para el tratamiento de los Trastornos alimentarios en niños y adolescentes.

La EFT es una terapia prometedora para aquellas familias que requieran ayuda para el apoyo y el acompañamiento a sus hijos en su recuperación. El papel de los padres en las áreas de realimentación e interrupción de síntomas y coaching emocional, facilita el tratamiento activo y explícito tanto de las dificultades conductuales como emocionales. Con este enfoque, no solo el niño reestaura su salud sino que estará reforzada por las

habilidades de regulación emocional necesarias para enfrentar los desafíos que se le presenten, incluidas las tareas de separación e individuación. La adquisición de estas habilidades de regulación emocional, conduce a una menor recaída. Finalmente, la Terapia Familiar centrada en las Emociones (EFFT) es un modelo prometedor e intenso que permite a la familia encontrar nuevos caminos de recuperación ante los estancamientos clínicos que interfieren con el tratamiento (Robinson, Dolhanty, & Greenberg, 2015).

El estudio de Robinson, Dolhanty, Stillar, Henderson y Mayman (2016), se basó en el modelo Terapia Familiar centrada en las Emociones (EFFT) y desarrolló una intervención de dos días para padres de niños con trastornos alimentarios. La intervención permitió evaluar el papel de la emoción y su evitación como un factor subyacente relacionado con la aparición y el mantenimiento de los síntomas del trastorno alimentario. Los resultados de este estudio sugirieron que la participación en esta intervención pudo haber conducido a mejoras en la autoeficacia de los padres y en la mejora del trastorno alimentario de sus hijos. Los padres se sintieron mejor equipados, con estrategias prácticas para ayudar a lograr la recuperación de sus hijos. Así mismo, los participantes sintieron que era más apropiado que los padres apoyaran a sus hijos para que manejaran y expresaran sus emociones. Por otra parte, en relación con la disminución en la intensidad de los miedos de los padres que podrían interferir con su compromiso con las tareas de recuperación, los resultados mostraron que, después de la intervención, el puntaje total disminuyó. En cuanto a las intenciones de cambio de los padres, después del segundo día de intervención, el 85% de la muestra informó intenciones de implementar al menos una nueva estrategia para apoyar a su hijo. En el ámbito del entrenamiento de recuperación, el 67,9% de los padres informaron intenciones de participar en el apoyo alimenticio, mediante la incorporación de estrategias de realimentación e interrupción de síntomas (Robinson, Dolhanty, Stillar, Henderson, & Mayman (2016).

Terapia familiar e intervenciones sistémicas

En la revisión realizada por Carr (2019), se presentaban evidencias de metaanálisis, revisiones sistemáticas de la literatura, revisiones narrativas de la literatura y ensayos controlados sobre la efectividad de las intervenciones sistémicas, para familias de niños y adolescentes con problemas comunes de salud mental y otras dificultades tales como problemas de alimentación. La revisión de Carr (2019) aporta datos sobre una revisión sistemática de cuarenta y ocho estudios controlados de casos únicos de grupos, en la que se llegó a la conclusión de que dichos programas eran eficaces para mejorar los problemas graves de alimentación y mejorar el aumento de peso en bebés y niños. En la misma revisión sistemática de Carr (2019) y en relación con la efectividad de la terapia familiar para la anorexia nerviosa en adolescentes, se revisaron, también, a una serie de revisiones sistemáticas y metaanálisis que cubrían más de una docena de ensayos y estudios de implementación cuyos resultados muestran que, después de la intervención mediante la terapia familiar, entre la mitad y dos tercios de los casos alcanzaron un peso saludable. Por otra parte, después de un seguimiento de seis meses a seis años, los resultados de los estudios longitudinales mostraron que entre el 60% y el 90% de los niños se recuperaron por completo y no más del 10% o el 15% se encontró gravemente enfermo (Jewell, Blessitt, Simic, & Eisler, 2016; Carr, 2019).

En relación con la bulimia nerviosa, según la revisión realizada por Carr (2019), en una revisión de ensayos de terapia familiar para la bulimia en la adolescencia, (Jewell, Blessitt, Simic, & Eisler, 2016) e concluyó que era más eficaz que la terapia de apoyo y conducía a aumentos iniciales más rápidos en la recuperación que la terapia cognitivo-conductual. De manera que, a los seis a doce meses de seguimiento, las tasas de abstinencia por atracones y purgas fueron del 13 al 44 por ciento para quienes participaron

en terapia familiar y del 10 al 36 por ciento para quienes participaron en terapia individual.

La obesidad infantil se debe principalmente a factores del estilo de vida, incluida la mala alimentación y la falta de ejercicio, por lo que los programas de tratamiento del comportamiento basados en la familia se centran en el cambio de estilo de vida, obteniendo mejores resultados cuando la terapia se ofrece a familias individuales en lugar de a grupos multifamiliares, y cuando la terapia es de mayor duración (Carr, 2019).

Por otra parte, se debe considerar la adaptación de enfoques psicosociales para apuntar no solo la pérdida de control de la alimentación (*LOC eating*), sino también a patrones alimentarios desordenados adicionales que pueden promover la obesidad, como la alimentación emocional, la alimentación en ausencia de hambre y otros rasgos apetitivos (Tanofsky-Kraff, 2012).

Tratamiento conductual de la obesidad pediátrica

Algunos tratamientos para el trastorno por atracón, como las terapias conductuales cognitivas y dialécticas, según Tanofsky-Kraff (2012) pueden ser buenas opciones para reducir las altas tasas de obesidad. Otra revisión sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos conductuales permitió explicar los mecanismos de cambio para la obesidad pediátrica (Luzier, Berlin, & Weeks, 2010). En este sentido, se cree que, como los comportamientos, hábitos alimenticios y actividad de un niño, cambian por lo que también lo hacen los mecanismos biológicos que exacerbaban el aumento de peso. La dieta es un mecanismo importante de cambio y, lógicamente, la mayoría de los enfoques de tratamiento conductual ayudan al niño a consumir menos alimentos en general. Aunque las tasas actuales de prevalencia de la obesidad pediátrica son alarmantes, los tratamientos conductuales parecen ser importantes para la disminución futura de este importante problema (Luzier, Berlin, & Weeks, 2010). Así mismo, en una revisión sistemática de

trece ensayos controlados y no controlados (Carr, 2019), encontraron que los programas conductuales, basados en la familia, eran particularmente efectivos para abordar el rechazo de alimentos y otras dificultades de alimentación infantil.

En relación con la obesidad, las revisiones narrativas sistemáticas y los metaanálisis de ensayos controlados y no controlados de tratamientos para la obesidad en niños concluyeron que los programas de reducción de peso conductuales basados en la familia son más efectivos que la educación dietética y otras intervenciones de rutina (Carr, 2019).

El Programa PEER (Preventing Emotional Eating Routines)

El grupo de investigadores Boutelle, Braden, Knatz-Peck y Anderson (2018) desarrollan un programa llamado PEER (Preventing Emotional Eating Routines), que incorpora habilidades de regulación emocional con técnicas conductuales de pérdida de peso y paternidad para adolescentes con sobrepeso u obesidad y sus padres. El programa incluyó cuatro componentes principales en el tratamiento: La Terapia Dialéctico Conductual (DBT), el Tratamiento Basado en la Familia (FBT), el Entrenamiento Conductual (BC) y la capacitación para padres centrada en las emociones para proporcionar un apoyo emocional al adolescente.

El programa PEER fue bien aceptado. La eficacia inicial mostró disminuciones significativas en la alimentación emocional, y hubo tendencias hacia la pérdida de peso (y a su estilo de vida) y una disminución en la desregulación emocional (sentimientos inestables) aunque ésta no fue estadísticamente significativa. De los veintiún adolescentes que completaron el programa, el 83% que completaron el programa estuvo “muy contento” y el 94% de los padres que completaron el programa les “gusto mucho”. El 72% de los adolescentes dijo que el programa les ayudó a cambiar “mucho” su estilo de vida. El 67% de los padres dijo que el programa

les ayudó a ellos y a sus adolescentes a cambiar su estilo de vida. A sí mismo, el 100% de los padres indicaron que los componentes EFPT deberían incluirse nuevamente. Durante el transcurso del estudio, los adolescentes informaron disminuciones significativas en la alimentación emocional debido a la depresión, ansiedad / ira / frustración y sentimientos inestables en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses. Se observaron disminuciones significativas en los síntomas depresivos en todos los puntos temporales y la desregulación de las emociones disminuyó, pero no fue estadísticamente significativa. En promedio, durante los 7 meses del estudio, los adolescentes perdieron un punto de IMC completo, aunque ninguno fue significativo en el total de participantes, aunque si cuando se analizó a los 21 que completaron el programa. No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los resultados de los padres (Boutelle, Braden, Knatz-Peck, & Anderson, 2018).

Discusión

La revisión realizada pone de manifiesto la existencia de diversos factores que afectan a la aparición de afecciones y/o trastornos de la conducta alimentaria. Tal y como se desprende de los resultados obtenidos, emergen como principales factores: el apego inseguro (Lamson, Didericksen, Winter, Brimhall, & Lazorick, 2019); la ausencia de recuerdos tempranos de seguridad y calidez (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017); los estilos de crianza autocráticos y permisivos; el funcionamiento disfuncional de la familia y el conflicto interparental; la alimentación emocional; los altos valores de IMC de los padres y sus hábitos de alimentación,; la preocupación y la insatisfacción por la imagen corporal; el control parental y la preocupación por el peso, así como, la presión por comer y la restricción alimentaria que ejercen los padres sobre los hijos. Así mismo, la revisión realizada permite poner de manifiesto algunas de las principales intervenciones y tratamientos que se utilizan para paliar los efectos de estos factores, en fases tempranas, tales como los tratamientos para el trastorno de atracón (Tanofsky-Kraff, 2012), las intervenciones sistémicas para familias de niños y adolescentes con problemas de alimentación (Carr, 2019), la Terapia Centrada en las Emociones (EFT) (Robinson, Dolhanty & Greenberg, 2015), la Terapia Familiar centrada en las Emociones (EFFT) y el Programa PEER (Preventing Emotional Eating Routines) (Boutelle, Braden, Knatz-Peck & Anderson, 2018).

La alimentación como conducta disfuncional y alimentación emocional.

Parentalidad y gestión de la alimentación de padres e hijos

Los resultados obtenidos permiten concluir que la alimentación emocional se presenta como un patrón alimentario disfuncional, que facilita los estados emocionales negativos que siente el niño y el adolescente, adoptando hábitos y estilos de alimentación

inadecuados y desorganizados (Conceição, Pinheiro, Féliz, Ramalho, & Gonçalves, 2020). De esta manera, la alimentación emocional se relaciona directamente con estados psicológicos negativos o de angustia emocional del niño (Baños et al., 2011).

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la interacción de la llamada alimentación emocional con otros factores asociados a la aparición del trastorno alimentario, tales como los estados psicológicos de los niños, determinadas prácticas de alimentación de los padres y el comportamiento de pérdida de control del niño (Conceição, Pinheiro, Féliz, Ramalho, & Gonçalves, 2020; Loth, MacLehose, Fulkerson, Crow, & Neumark-Sztainer, 2014). En esta misma línea, investigaciones anteriores apuntaron también la asociación entre la pérdida de control de niño, síntomas de ansiedad y de depresión, así como, insatisfacción de la propia imagen corporal y el IMC (Theim, Tanofsky-kraff, Salaita, Haynos, Mirch, Ranzenhofer, Yanovski, Wilfley, & Yanovski, 2007; Morgan, Yanovski, Nguyen, McDuffie, Sebring, Jorge, Keil, & Yanovski, 2002), existiendo una clara asociación entre la pérdida de control y el incremento del IMC en niños con obesidad (Conceição, Pinheiro, Féliz, Ramalho, & Gonçalves, 2020; Kass, Accurso, Goldschmidt, Anam, Byrne, Kinasz, Goodyear, O'Brien, & Le Grange, 2015). Así mismo, en relación con el IMC, los resultados han permitido confirmar que otro factor que afecta a la pérdida de control de los niños es el IMC de los padres (Matheson, 2015).

En relación con los estados psicológicos del niño, determinados estados psicológicos negativos (Baños et al., 2011) se asocian directamente con el incremento de la alimentación emocional (Christensen, 2019). Dichos estados psicológicos negativos pueden tener su origen en experiencias de la infancia del niño/a las cuales han construido un estilo de apego inseguro (Levy & Johson, 2019; Sonnevile, Rifas-Shiman, Kleinman, Gortmaker, Gillman, & Taveras, 2012; Faber & Dube, 2015; Milan & Acker, 2014). Los resultados de la revisión confirman que existe una relación significativa entre el tipo

de apego inseguro y el comportamiento obesogénico del niño/a (Lamson, Didericksen, Winter, Brimhall, & Lazorick, 2019).

De esta manera que, tal y como se ha puesto de manifiesto en la revisión, altos niveles altos de rechazo materno se relacionan positivamente con la utilización, por parte del niño y/o del adolescente, de estrategias de regulación emocional desadaptativas (tristeza e ira), así como, con altos niveles de alimentación emocional (Vandewalle, Moens, Beyers, & Braet, 2016), y aumento de la obesidad del niño/a (Rohner & Carrasco, 2014). Estos resultados coinciden con estudios previos en los que la supresión emocional se asocia directamente con la presencia de la alimentación emocional (Ferrer, Green, & Oh, 2017; Garg, Wansink, & Inman, 2007).

La apariencia externa que se desea proyectar hacia los demás y la necesidad de mantener una imagen positiva del yo social son un rasgo humano fundamental en la vida del niño/a y del adolescente (Cardi, et al., 2014). Los niños y los adolescentes usan la información social para guiar su alimentación y los padres son un factor social importante (Bjørklund, Belsky, Jay, Wichstrom, & Steinsbekk, 2018). La revisión pone de relieve que la alimentación emocional está directamente relacionada con la preocupación por la imagen corporal del niño y/o del adolescente. De manera que la adopción del ideal del cuerpo perfecto (Verstuyf, Van Petegem, Vansteenkiste, Soenens, & Boone, 2014) y la insatisfacción con la imagen corporal permiten predecir aumentos significativos en la regulación de la alimentación centrada en la apariencia y el incremento de la aparición de alimentación emocional en el niño y adolescente (Conceição, Pinheiro, Félix, Ramalho, & Gonçalves, 2020). Los resultados coinciden con otros estudios en los que se permite concluir que, la comparación social y la autoevaluación negativa corporal, de los niños/as y de los adolescentes afecta, de manera significativa, tanto al desarrollo como al mantenimiento de los trastornos alimentarios (Cardi et al., 2014). Permitiendo realizar

correlaciones, por ejemplo, entre los atracones y la insatisfacción con la imagen corporal (Laghi, Liga, Baumgartner, & Baiocco, 2012).

La presente revisión también evidencia la asociación existente entre el control de las prácticas parentales relacionadas con la alimentación y los comportamientos alimentarios desordenados de los niños y de los adolescentes. Poniendo de manifiesto que la restricción de alimentos de los padres y la presión para comer se asocian positivamente con el uso de dietas y conductas de control de peso extremas y poco saludables por parte de los adolescentes (Loth, MacLehose, Fulkerson, Crow, & Neumark-Sztainer, 2014; Romm & Metzge, 2018), así como, con la pérdida de control en la alimentación (Matheson, 2015). Así mismo, la alimentación restrictiva por parte de los padres tiene una afectación directa en los estados psicológicos negativos del niño/a y adolescente, tal y como se pone de manifiesto en los resultados obtenidos en la revisión, estableciendo una clara asociación positiva entre las madres que presentan una alimentación restrictiva hacia sus hijos y la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión (Flahive, Chvan, & Haile, 2019).

La parentalidad, la alimentación emocional, la alimentación restrictiva y la gestión emocional como factores de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad

En la presente revisión se presentan tres trastornos de la conducta alimentaria (TCA), presentes en la adolescencia (Schwartz & Heather, 2016), tales como, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones (American Psychological Association [APA], 2014). Así mismo, se presenta a la obesidad como una de las afecciones más frecuentes y preocupantes en la infancia (Baños, Cebolla, Etchemendy, Felipe, Rasal, & Botella, 2011). Un primer factor que está presente en los TCA y/o en la obesidad infantil, es la dificultad en la regulación emocional (Sanders & Mazzucchelli, 2013; Venta, Harp, & Newlin, 2005). Otro factor de riesgo que se correlaciona positivamente con la capacidad de regulación emocional y con la obesidad, es el estilo

parental. De manera que, los estilos parentales autocráticos y permisivos (Pace, Aiello, & Zappulla, 2019) y las conductas de gratificación de los padres hacia sus hijos (Connell & Francis, 2014) y niveles bajos de regulación emocional (Pace, Aiello, & Zappulla, 2019), se relacionan con el aumento de probabilidades de tener obesidad en la infancia.

La percepción y el control de los padres entorno al peso de sus hijos (Hochgraf, McHale, & Fosco, 2019), es otro factor presente en las afecciones y en los TCA y que influyen en la preocupación de los adolescentes por su peso, siendo las niñas respecto a los niños más vulnerables a dichas preocupaciones (Neumark-Sztainer, Croll, Story, Hannan, French, & Perry, 2002). En relación a las percepciones de los padres, en relación a sus hijos, se aprecia que el conocimiento de las madres sobre cómo pensar y cómo actuar en relación con trastorno alimentario de sus hijos facilita la relación con ellos y les permiten manejar mejor los problemas derivados de dicho trastorno (Wright, Halse, Levy, & Hartung, 2014).

Por otra parte, los resultados obtenidos permiten observar que el conflicto interparental o conyugal se relaciona tanto con un aumento de peso de los hijos (Hochgraf, McHale, & Fosco, 2019) como con determinados patrones de alimentación, tales como alimentación externa, restringida y/o emocional que se relaciona, a su vez, con el incremento de la ansiedad del niño/a y adolescente (Bi, Haak, Gilbert, & Keller, 2017). En este mismo estudio de Bi, Haak, Gilbert, y Keller (2017) se relaciona el conflicto conyugal con el aumento de la inseguridad y de la reactividad emocional del niño/a. En este mismo sentido, existen otros estudios que concluyen que el conflicto interparental es una experiencia estresante para los adolescentes (Grych, Fincham, Jouriles, & McDonald, 2000). De esta manera, existen evidencias en el sentido de que, la combinación de bajos niveles de conflicto interparentales y las actitudes de apoyo de los padres ayudan a proteger a los niños/a de desarrollar

problemas de peso (Hochgraf, McHale, & Fosco, 2019; Neumark-Sztainer, Croll, Story, Hannan, French, & Perry, 2002).

Los resultados, por tanto, ponen en relieve que la disfunción familiar en los adolescentes participa en el desarrollo de una alimentación disfuncional (Tafà, Cimino, Ballarotto, Bracaglia, Bottone, Chiara, & Cerniglia, 2017; Laghi, McPhie, Baumgartner, Rawana, Pompili, & Baiocco, 2016), como por ejemplo, la anorexia y la bulimia nerviosa (Gale, Cluett, & Laver-Bradbury, 2013), tal y como se pone de manifiesto en otras investigaciones (Visani, 2014). Por el contrario, los resultados de la revisión muestran también que tanto el funcionamiento familiar, como la calidad de los miembros de la familia, la comunicación recíproca, la flexibilidad y la cohesión dentro son factores de protección para los adolescentes en relación a las conductas alimentarias desordenadas y TCA (Olson, 2011).

Un posible factor que condiciona a los hijos son las alteraciones que producen los trastornos alimentarios de los padres (Zerwas, Von Holle, Torgensen, Reichborn-Kjennerud, Stoltenberg, & Bulik, 2012). Existiendo una correlación positiva entre las madres con TCA y las interacciones alimentarias conflictivas entre madres e hijos.

El conflicto conyugal se interacciona directamente con la presión por comer que ejercen los padres sobre sus hijos, facilitando la aparición de trastornos alimentarios (Bi, Haak, Gilbert, & Keller, 2017; George, Fairchild, Cummings, & Davies, 2014). Los hallazgos del estudio (Bi, Haak, Gilbert, & Keller, 2017) son consistentes con literatura (Cummings & Davies, 2010) sobre el conflicto conyugal como factor de riesgo para diversos problemas socioemocionales en los niños.

Tratamientos e intervenciones preventivas en relación a los trastornos alimentarios y a la obesidad, desde un enfoque cognitivo-conductual y sistémico-relacional

Actualmente, los programas de prevención de trastornos alimentarios más prometedores se centran en el individuo y tienen como objetivo reducir la insatisfacción corporal entre los adolescentes a través de ejercicios cognitivos y conductuales. Así mismo, se proponen también intervenciones que abordan la dinámica familiar, centrándose en la familia, y que permiten también actuar de manera preventiva en la aparición de TCA (Hochgraf, McHale & Fosco, 2019). Se pone de manifiesto mediante la revisión sistemática la importancia de la participación de la familia en el tratamiento de niños y adolescentes, concretamente, en los trastornos alimentarios, permitiendo la movilización activa de la familia como un recurso de tratamiento clave para promover cambios en los comportamientos de los trastornos alimentarios en las primeras etapas del tratamiento (Jewell, Blessitt, Simic, & Eisler, 2016). Reduciendo así el riesgo de problemas de imagen corporal y de alimentación de los niños, así como, de la obesidad y la presión de los padres sobre los hijos para controlar el aumento de su peso (IMC) (Hart, Cornell, Damiano, & Paxton, 2015). Así mismo, los resultados de la revisión permiten concluir que los programas de intervención son eficaces para mejorar los problemas graves de alimentación y mejorar el aumento de peso en niños, así como, la prevención de la obesidad infantil (Carr, 2019). Algunas terapias conductuales, cognitivas y dialécticas han resultado ser eficaces para el tratamiento de obesidad pediátrica (Tanofsky-Kraff, 2012; Luzier, Berlin, & Weeks, 2010).

En relación al enfoque sistémico-relacional, los resultados de la revisión destacan diversos tipos de terapia, entre los que se destacan, por una parte, la Terapia Familiar centrada en las Emociones (EFFT) para los trastornos alimentarios (Robinson, Dolhanty

& Greenberg, 2015), la Terapia Basada en la Familia (FBT) tradicional para el tratamiento de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes, centrada en mejorar la sintomatología alimentaria (regulación del peso, restricciones alimentarias, déficits interoceptivos o el miedo a la madurez) (Abbate-Daga, Quaranta, Marzola, Cazzaniga, Amianto, & Fassino, 2013).

La Terapia centrada en las Emociones (EFT) es una terapia que permite ayudar a las familias que deseen acompañar y apoyar a sus hijos en su recuperación, destacando la importancia del papel de los padres en las áreas de realimentación e interrupción de síntomas y facilitando el tratamiento activo y explícito tanto de las dificultades conductuales como emocionales. Con este enfoque refuerzan las habilidades de regulación emocional necesarias (Sanders & Mazzucchelli, 2013; Venta, Harp, & Newlin, 2005). Finalmente, la Terapia Familiar centrada en las Emociones (EFFT) permite a la familia encontrar nuevos caminos de recuperación ante los estancamientos clínicos que interfieren con el tratamiento (Robinson, Dolhanty, & Greenberg, 2015). Los resultados de la revisión permiten, también, concluir mejoras en la autoeficacia de los padres y en la mejora del trastorno alimentario de sus hijos, así como, el hecho de que dicha terapia permite ofrecer a los padres estrategias prácticas para ayudar a lograr la recuperación de sus hijos (Robinson, Dolhanty, Stillar, Henderson, & Mayman, 2016).

Actualmente los programas de pérdida de peso para adolescentes no tienen como objetivo la regulación de las emociones, lo que puede dejar a los adolescentes que tienen una alimentación emocional sin las habilidades para manejar sus emociones. Es por ese mismo motivo, que el programa PEER es una intervención dirigida, específicamente, para trabajar la regulación de las emociones (Tan & Holub, 2011), la alimentación emocional, la pérdida de peso y la capacitación de los padres, en adolescentes con

sobrepeso u obesidad (Boutelle, Braden, Knatz-Peck, & Anderson, 2018). El programa PEER propone intervenciones para trabajar la atención plena, la compasión y la aceptación, con el objetivo de disminuir el consumo de alimentos, de forma repetitiva y no planificada, de cantidades pequeñas de alimentos durante un período de tiempo en ausencia de señales de hambre (Mantzios, Egan, Bahia, Hussain, & Keyte, 2018).

Conclusión y Puntos clave

Puntos clave

1. Los **factores de riesgo** ante la posibilidad del inicio de una conducta alimentaria disfuncional son:
 - **El apego inseguro y alimentación emocional:** El apego inseguro del niño está asociado con conductas obesogénicas y dichas conductas son moduladas por la autorregulación del niño/a a través de la alimentación emocional (alimentos hedónicos).
 - **La falta de recuerdos tempranos de seguridad y calidez** en adolescentes se asocian con la vergüenza de la imagen corporal y la psicopatología alimentaria.
 - **Los estilos de crianza autocráticos y permisivos** son factores que se relacionan con niveles altos de IMC.
 - **El funcionamiento disfuncional familiar** (desconexión, enredo, rigidez y caos) **y el conflicto interparental** se relacionan con una mayor disfunción alimentaria en los adolescentes (alimentación restringida, alimentación emocional y conductas alimentarias externas) y un mayor nivel de ansiedad infantil.
 - **La preocupación e insatisfacción por la imagen corporal y la regulación de la alimentación centrada en la apariencia**, influye en la psicopatología alimentaria.
 - **El control parental y la preocupación por el peso** de los padres se asocian a una alimentación restrictiva, pérdida de control y hábitos alimentarios más desorganizados.
 - **La presión por comer o la restricción alimentaria** pueden generar conductas alimentarias desordenadas (dietas y conductas de control de peso extremas) y problemas en la conducta alimentaria.
 - **Los altos valores de IMC de los padres** se relacionan con la pérdida de control de la alimentación de sus hijos.
2. Las **intervenciones** y tratamientos demostrados eficaces o con mejores resultados para afecciones o TCA en fases tempranas son:
 - Tratamiento para el trastorno de atracón que se utilizan para tratar la obesidad pediátrica, basados en los modelos cognitivos, conductuales y dialécticos.
 - Programas de tratamiento conductuales basados en la familia y centrados en el cambio de estilo de vida.
 - Intervenciones sistémicas para familias de niños y adolescentes con problemas de alimentación
 - La Terapia centrada en las Emociones (EFT).
 - La Terapia Familiar centrada en las Emociones (EFFT).
 - El Programa PEER (Preventing Emotional Eating Routines)

Referencias

- Abbate-Daga, G., Quaranta, M., Marzola, E., Cazzaniga, G., Amianto, F., & Fassino, S. (2013). Effectiveness of parent counselling in eating disorders. *British Journal of Guidance*, 41 (4), 375-394. <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.729025>
- American Psychological Association (APA). (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5 ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 20 (3), 196–215.
- Baños, R. M., Cebolla, A., Etchemendy, E., Felipe, S., Rasal, P., & Botella, C. (2011). Validación del cuestionario holandés de comportamiento alimentario (DEBQ-C) para su uso en niños españoles. *Nutrición Hospitalaria*, 26 (4), 890–898. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000400032&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Bi, S., Haak, E.A., Gilbert, L.R., & Keller, P. S. (2017). Children Exposed to Marital Conflict Exhibit More Disordered Eating Behaviors: Child Emotional Insecurity and Anxiety as Mechanisms of Risk. *Journal of Child*, 26 (11), 3112- 3122. Doi 10.1007/s10826-017-0811-8
- Birch, L.L., Fisher, J.O., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: Maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78(2), 215 - 220. Doi: 10.1093/ajcn/78.2.215
- Bjørklund, O., Belsky, Jay., Wichstrom, L., & Steinsbekk, S. (2018). Predictors of eating behavior in middle childhood: A hybrid fixed effects model. *Developmental*

Psychology, 54 (6), 1099- 1110. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000504>

Botella, L., Herrero, O. y López, C. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 25 (99), 69-81.

Boutelle, K. N., Braden, A., Knatz-Peck, S., & Anderson, L.K. (2018). An open trial targeting emotional eating among adolescents with overweight or obesity. *Eating Disorders*, 26 (1), 79-91. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418252>

Cardi, V., Di Mateo, R., Gilbert, P., Treasure, J., & Fecpysh, O. (2014). Rank perception and self-evaluation in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47 (5), 543- 552. <https://doi.org/10.1002/eat.22261>

Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41 (2), 153 - 213. Doi: 10.1111/1467-6427.12226

Christensen, K. A. (2019). Emotional feeding as interpersonal emotion regulation: A developmental risk factor for binge-eating behaviors. *Revista internacional de trastornos alimentarios*, 52, 515-519. <https://doi.org/10.1002/eat.23044>

Conceição, E. M., Pinheiro, J., Félix, S., Ramalho, S., & Gonçalves, S. (2020). Grazing in children: associations with child's characteristics and parental feeding practices. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00866-y>

Connell, L. E., & Francis, L.A. (2014). Positive parenting mitigates the effects of poor self-regulation on body mass index trajectories from ages 4–15 years. *Health Psychology*, 33 (8), 757- 764. Doi: 10.1037 / hea0000014.

- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). Marital conflict and children: An emotional security perspective. The Guilford.
- Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Can Self-Reassurance Buffer against the Impact of Bullying? Effects on Body Shame and Disordered Eating in Adolescence. *Journal of Child* , 26 (4), 998- 1006. Doi: 10.1007/s10826-016-0624-1
- Faber, A., & Dube, L. (2015). Parental attachment insecurity predicts child and adult high caloric food consumption. *Journal of Health Psychology*, 20 (5), 511 - 524. Doi: 10.1177/1359105315573437
- Ferrer, R. A., Green, P.A., & Oh, A.Y. (2017). Emotion suppression, emotional eating, and eating behavior among parent–adolescent dyads. *Emotion*, 17 (7), 1052 - 1065. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000295>
- Fisher, J.O., & Birch, L.L. (1999). Restricting access to foods and children’s eating. *Appetite*, 32 (3), 405 - 419. Doi: 10.1006/appe.1999.0231.
- Fisher, C. A., Shocic,S., Rutherford, K.A., & Hetrick, S.E. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub4>
- Flahive, S., Chvan, B., & Haile, Z.T. (2019). Association Between Maternal Feeding Practices and Symptoms of Anxiety and Depression Among 6-Year-Old Children. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, n.d (13),1-9. Doi: 10.1177/1179556519839334
- Fonagy, P. (2004). Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Espaxs.
- Gale, C. J., Cluett, E.R., & Laver-Bradbury, C. (2013). A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36 (1-2), 48-69.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23597275/>

- Garg, N., Wansink, B., & Inman, J. J. (2007). The influence of incidental affect on consumers' food intake. *Journal of Marketing*, *71*, (1), 194–206. Doi: 10.1509/jmkg.71.1.194
- George, M. W., Fairchild, A. J., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2014). Marital conflict in early childhood and adolescent disordered eating: Emotional insecurity about the marital relationship as an explanatory mechanism. *Eating Behaviors*, *15*(4), 532–539. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.06.006.
- Grych, J. H., Fincham, F. D., Jouriles, E. N., & McDonald, R. (2000). Interparental conflict and child adjustment: Testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework. *Child Development*, *71*, 1648–1661. Doi: 10.1111/1467-8624.00255
- Kass, A.E., Accurso, E.C., Goldschmidt, A.B., Anam, S.A., Byrne, C.E., Kinasz, K.K., Goodyear, A., O'Brien, S., & Le Grange, D. (2015). Picking and nibbling in children and adolescents with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *48* (8), 1102 -1105. Doi: 10.1002/eat.22444
- Hart, L. M., Cornell, C., Damiano, S.R., & Paxton, S. J. (2015). Parents and prevention: A systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *48* (2), 157-169. Doi: 10.1002 / eat.22284
- Hochgraf, A. K., McHale, S.M., & Fosco, G.M. (2019). Interparental conflict and gender moderate the prospective link between parents' perceptions of adolescents' weight and weight concerns. *International Journal of Eating Disorders*, *52* (8), 904-913. <https://doi.org/10.1002/eat.23093>

- Jewell, T., Blessitt, E., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family Process*, 55 (3), 577- 594. Doi: 10.1111 / famp.12242
- Laghi, F., Liga, F., Baumgartner, E., & Baiocco, R. (2012). Identity and conformism among Italian adolescents who binge eat and drink. *Health, Risk* , 14 (4), 361- 376. <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.680952>
- Laghi, F., McPhie, M.L., Baumgartner, E., Rawana, J.S., Pompili, S., & Baiocco, R. (2016). Family Functioning and Dysfunctional Eating Among Italian Adolescents: The Moderating Role of Gender. *Child Psychiatry* , 47 (1), 43- 52. Doi: 10.1007/s10578-015-0543-1
- Lamson, A. L., Didericksen, K.W., Winter, A., Brimhall, A.S., & Lazorick, S. (2019). Attachment, Parenting, and Obesogenic Behavior: A Dyadic Perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46 (3), 455-470. Doi: 10.1111/jmft.12410
- Levy, K. N., & Johson, B. N. (2019). Attachment and psychotherapy: Implications from empirical research. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 60 (3), 178-193. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000162>
- López, E. (2005). La educación emocional en la educación infantil. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19 (3), 153-167. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/274/27411927009.pdf>
- Loth, K. A., MacLehose, R.F., Fulkerson, J.A. Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Are food restriction and pressure-to-eat parenting practices associated with adolescent disordered eating behaviors? *International Journal of Eating Disorders*, 47 (3), 310-314. <https://doi.org/10.1002/eat.22189>
- Luzier, J., Berlin, K.S., & Weeks, J.W. (2010). Behavioral Treatment of Pediatric

Obesity: Review and Future Directions. *Children's Health Care*, 39 (4), 312-334.

Doi:10.1080 / 02739615.2010.516202

Mantzios, M., Egan H., Bahia, H., Hussain, M., Keyte, R. (2018). How does grazing relate to body mass index, self-compassion, mindfulness, and mindful eating in a student population? *Heal Psychol Open* 5, 1-7. <https://doi.org/10.1177/2055102918762701>

Milan, S., & Acker, J.C. (2014). Early attachment quality moderates eating disorder risk among adolescent girls. *Psychology and Health*, 29, 896 - 914. Doi: 10.1080 / 08870446.2014.896463

Morgan, C. M., Yanovski, S. Z., Nguyen, T.T., McDuffie, J., Sebring, N.G., Jorge, M.R., Keil, M., & Yanovski, J.A. (2002). Loss of control overeating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (4) 430 - 441. Doi:10.1002/eat.10038

Matheson, B. E. (2015). The relationship between parent feeding styles and general parenting with loss of control eating in treatment-seeking overweight and obese children. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (7), 1047. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/3586617631e21c3f547a3fc66c4c41df>

Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M., Hannan, P. J., French, S. A., & Perry, C. (2002). Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: Findings from project EAT. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 963–974. Doi: 10.1016/S0022-3999(02)00486-5

Olson, D. H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37 (1), 64 - 80. Doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Salud mental del adolescente*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pace, U., Aiello, F., & Zappulla, C. (2019). Childhood Obesity: The Relationship Between Negative Emotionality, Emotion Regulation, and Parenting Styles. *Journal of Child* , 28 (8), 2272-2279. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01443-3>
- Robinson, A. L., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2015). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology* , 22 (1), 75-82. Doi: 10.1002 / cpp.1861
- Robinson, A. L., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2016). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders Across the Lifespan: A Pilot Study of a 2-Day Transdiagnostic Intervention for Parents. *Clinical Psychology* , 23 (1), 14 -23. Doi:10.1002 / cpp.1933
- Rohner, R. P., & Carrasco, M. A. (2014). Teoría de la Aceptación-Rechazo Interpersonal (IparTheory): Bases Conceptuales, Método y Evidencia Empírica. *Acción Psicológica*, 11 (2), 9-26. <https://doi.org/10.5944/ap.11.2.14172>
- Romm, K. F., & Metzge, A. (2018). Parental Psychological Control and Adolescent Problem Behaviors: The Role of Depressive Symptoms. *Journal of Child* , 27 (7), 2206- 2216. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1064-x>
- Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41 (1), 106–120.
- Sanders, M., & Mazzucchelli, T.G. (2013). The Promotion of Self-Regulation Through Parenting Interventions. *Clinical Child*, 16 (1), 1-17.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23397366/>

- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós.
- Schwartz, G., & Heather, R. (Enero de 2015). 4th International Conference on Pediatric Chronic Diseases, Disability and Human Development. *International Journal of Child*, 9 (1), 9-136. Congreso llevado a cabo en Jerusalem.
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M.D. (2014). The emerging role of Buddhism in clinical psychology: Toward effective integration. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6 (2), 123-137. <https://doi.org/10.1037/a0035859>
- Sonneville, K.R., Rifas-Shiman, S.L., Kleinman, K.P., Gortmaker, S.L., Gillman, M.W., & Taveras, E.M. (2012). Associations of obesogenic behaviors in mothers and obese children participating in a randomized trial. *Obesity (Silver Spring)*, 20 (7), 1449 -1454. Doi:10.1038/oby.2012.43.
- Tafà, M., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, Chiara., & Cerniglia, L. (2017). Female Adolescents with Eating Disorders, Parental Psychopathological Risk and Family Functioning. *Journal of Child*, 26 (1), 28-39. <https://psycnet.apa.org/record/2018-16406-001>
- Tan, C.C., & Holub, S.C. (2011). Children's Self-regulation in Eating: Associations with Inhibitory Control and Parents' Feeding Behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 36 (3), 340 - 345. <https://doi.org/10.1093/jpeps y/jsq089>
- Tanofsky-Kraff, M. (2012). Psychosocial preventive interventions for obesity and eating disorders in youths. *International Review of Psychiatry*, 24 (3), 262-270. Doi: 10.3109/09540261.2012.676032

- Tizón, J.L. (2005). Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. *Actualizaciones*, 12 (4), 70-85.
- Theim, K.R., Tanofsky-kraff, M., Salaita, C.G., Haynos, A.F, Mirch, M.C., Ranzenhofer, L. M., Yanovski, S.Z., Wilfley, D.E., & Yanovski, J.A. (2007) Children's descriptions of the foods consumed during loss of control eating episodes. *Eating Behaviors*, 8 (2) 258 - 265. Doi: 10.1016/j.eatbe h.2006.10.001
- Vandewalle, J., Moens, E., Beyers, W., & Braet, C. (2016). Can we link emotional eating with the emotion regulation skills of adolescents? *Psychology & Health*, 31 (7), 857-872. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2016.1149586>
- Venta, A., Sharp, C., & Newlin, E. (2015). A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a naturalistic adolescent inpatient setting. *European Child* , 24 (1), 95- 104. Doi: 10.1007/s00787-014-0532-0
- Verstuyf, J., Van Petegem, S., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Boone, L. (2014). The Body Perfect Ideal and Eating Regulation Goals: Investigating the Role of Adolescents' Identity Styles. *Journal of Youth* , 43 (2), 284- 297. Doi: 10.1007 / s10964-013-9949-x
- Wright, J., Halse, C., Levy, G., & Hartung, C. (2014). Australian mothers' notions of risk and uncertainty in relation to their pre-teen children. *Health, Risk* , 16(2), 185. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/7a57d9bd665eb4dec3fd2abab4972876>
- Zerwas, S., Von Holle, A., Torgensen, L., Reichborn-Kjennerud, T., Stoltenberg, C., & Bulik, C. (2012). Maternal eating disorders and infant temperament: Findings from the norwegian mother and child cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 45 (4), 546- 555. <https://doi.org/10.1002/eat.20983>