



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

# Desarrollo y Validación de la Escala de Ingesta Emocional en Adultos

TESIS PRESENTADA POR

**Ireri Atzimba Paleo Garnica**

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE  
**Maestra en Psicología**

COMITÉ TUTORAL

**Roberto Oropeza Tena (Director)**  
*Doctor en Psicología*

**Mónica Fulgencio Juárez (Co-directora)**  
*Doctora en Psicología*

**Gabriela Navarro Contreras**  
*Doctora en Psicología*

**Ferran Padrós Blázquez**  
*Doctor en Psicología*

REVISORES

**Blanca Edith Pintor Sánchez**  
*Maestra en Psicoterapia Familiar*

MORELIA, MICH., FEBRERO DE 2019





UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

# Desarrollo y Validación de la Escala de Ingesta Emocional en Adultos

TESIS PRESENTADA POR

**Ileri Atzimba Paleo Garnica**

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

**Maestra en Psicología**

COMITÉ TUTORAL

**Roberto Oropeza Tena (Director)**

*Doctor en Psicología*

**Mónica Fulgencio Juárez (Co-directora)**

*Doctora en Psicología*

**Gabriela Navarro Contreras**

*Doctora en Psicología*

**Ferran Padós Blázquez**

*Doctor en Psicología*

REVISORES

**Blanca Edith Pintor Sánchez**

*Maestra en Psicoterapia Familiar*

MORELIA, MICH., FEBRERO, 2019



A ella, que me guío por los 18 años más felices de toda mi vida, que me dio las herramientas para seguir adelante en este camino, la que me acompaña en cada uno de mis pasos, a ella, que llevo en mi corazón y mi alma para siempre, MI SEÑORA MADRE: Martha Garnica.

¡Gracias por tanto, un beso hasta el cielo!

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis hermanos Juan Carlos, Brisia, Marco, Míriam e Itzel por ser siempre mi guía y mi fuerza para seguir en esta historia llamada vida. A mi hermana Brisia que siempre ha estado a mi lado a pesar de la distancia, que siempre ha cuidado de mí y me hace sentir todo su cariño y amor. En especial a mi hermana Míriam que han estado conmigo en cada momento de mi vida, que me ha apoyado en cada decisión que he tomado, GRACIAS por siempre estar a mi lado.

A mi parejita de vida, porque no lo habría logrado sin ella, la que me saca una sonrisa todos los días, la que me recuerda a no tomar la vida tan enserio y a disfrutar cada momento, la que amo con todo mi corazón, mi manita Itzel.

A mis sobrinos: Dayanna, Alex, Xime, Mateo y Emiliano que son mi motivación para darles un buen ejemplo de vida.

Dr. Roberto Oropeza por toda la paciencia y el conocimiento compartido durante estos dos años, por ser todo un ejemplo a seguir en lo académico y personal, por nuestras pláticas en asesoría, por darme todo su apoyo incondicional y enseñarme tantas cosas, de corazón, ¡MUCHAS GRACIAS!

Dra. Mónica Fulgencio que no tengo palabras para agradecer a la vida por haberla encontrado en mi camino, tú me enseñaste este camino de la investigación y la docencia y no sabes cuan agradecida estoy contigo. Por esas pláticas y esos cafés compartidos y los que vienen, ¡GRACIAS!

A la Dra. Adriana Meza por ayudar en mi formación académica y enseñarme un poco de todo lo que sabe, mis respetos a su calidad humana y profesional.

A los que comenzaron como compañeros de grupo y se volvieron mis amigos y compañeros de aventuras.

A todos, los que de una u otra manera colaboraron para que llegara hasta aquí.

¡Gracias a todos!

## ÍNDICE

Índice de Tablas .....	8
Índice de Figuras .....	9
Resumen .....	11
Abstract .....	12
Introducción .....	13
Capítulo 1. La Conducta Alimentaria y sus Alteraciones .....	15
1.1. Definición y Antecedentes de la Conducta Alimentaria .....	15
1.2. La Regulación del Hambre y la Saciedad .....	17
1.2.1. Mecanismos de regulación fisiológicos. ....	17
1.2.2. Factores psicológicos, sociales y culturales. ....	20
1.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) .....	21
1.3.1. Anorexia Nerviosa: definición y criterios diagnósticos. ....	22
1.3.2. Bulimia nerviosa: definición y criterios diagnósticos. ....	24
1.3.3. Trastorno por atracón: definición y criterios diagnósticos. ....	26
1.4. Sobrepeso y Obesidad .....	29
1.5. Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) .....	31
1.6. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria .....	31
1.6.1. Socioculturales. ....	32
1.6.2. Individuales. ....	33
Capítulo 2. El Estudio de las Emociones y la Regulación Emocional.....	36
2.1. Definición de Emoción .....	36
2.2. Diferencia entre Afecto, Humor, Sentimiento y Emoción .....	38
2.3. Componentes de la Emoción .....	39
2.4. Teorías de la Emoción .....	40
2.4.1. La perspectiva evolutiva. ....	40
2.4.2. La perspectiva fisiológica. ....	41
2.4.3. La Perspectiva cognitiva. ....	43
2.5. Clasificación de las Emociones .....	44
2.5.1. Emociones positivas.....	45
2.5.2. Emociones negativas. ....	45
2.6. Función de las Emociones.....	46
2.6.1. Adaptativa. ....	46

2.6.2. Social. ....	47
2.7. La Regulación Emocional .....	48
Capítulo 3. Relación entre Emociones y Conducta Alimentaria: El Comer Emocional.....	50
3.1. Definición del comer emocional .....	51
3.2. Teorías Explicativas acerca de la Ingesta Emocional.....	52
3.3. Investigaciones acerca del comer emocional .....	55
3.3.1. Estudios experimentales. ....	56
3.3.2. Estudios no experimentales .....	57
3.4. Instrumentos que se han realizado para Evaluar la Ingesta Emocional .....	59
3.4.1. Adaptaciones. ....	59
3.4.1.1. <i>The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)</i> . ....	59
3.4.1.2. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ).....	60
3.4.1.3. The Emotional Eating Scale (EES).....	62
3.4.1.4. The Eating Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire (EADES).....	64
3.4.1.5. The Mindful Eating Questionnaire (MEQ).....	65
3.4.1.6. The Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ) .....	66
3.4.1.7. El Cuestionario del Comedor Emocional (CCE) .....	66
3.4.1.8. The Positive-Negative Emotional Eating Scale .....	68
3.4.2. Elaborados en México. ....	68
3.4.2.1 Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP). ....	68
3.4.2.2. Escala de Alimentación Emocional .....	69
Capítulo 4. Planteamiento del Problema .....	73
4.1. Justificación .....	74
4.2. Objetivo General.....	76
4.3. Objetivos específicos .....	76
Capítulo 5. Método .....	77
5.1. Fase I: Estudio Exploratorio acerca de la Percepción de Ingesta Emocional en Adultos.....	78
5.1.1. Enfoque metodológico de la investigación cualitativa. ....	78
5.1.2. Participantes. ....	79
5.1.3 Técnicas de recolección de datos. ....	79
5.1.4. Procedimiento. ....	80

5.1.5. Paradigma de análisis de datos. ....	81
5.1.6. Análisis de datos. ....	82
5.1.7. Hallazgos principales. ....	83
5.2. Fase II. Desarrollo del Cuestionario de Ingesta Emocional en Adultos .....	86
5.2.1. Desarrollo de la escala: elaboración de los ítems.....	86
5.2.2. Análisis Psicométrico de la Escala de Ingesta Emocional para Adultos ..	87
5.2.2.1. Validez de contenido: Juicio de expertos. ....	87
5.2.2.2. Reformulación y evaluación de los ítems. ....	87
5.2.3: Análisis Psicométrico de la Escala de Ingesta Emocional para Adultos ..	89
5.2.3.1. Participantes.....	89
Capítulo 6. Resultados .....	91
6.1. Descripción de la muestra.....	91
6.2. Análisis estadístico de los ítems .....	92
6.3. Análisis factorial exploratorio (AFE). ....	96
Capítulo 7. Discusión y Conclusiones .....	100
7.1. Discusión .....	100
7.2 Limitaciones y Sugerencias .....	106
7.3 Conclusiones .....	107
Referencias .....	109
Apéndice I: Guía de entrevista .....	121
Apéndice II: Consentimiento Informado .....	125
Apéndice III: Formato de jueceo.....	127
Apéndice IV: Escala de Ingesta Emocional en adultos .....	133

## Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa según el DSM-5 .....	23
Tabla 2 Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa según el DSM-5.....	25
Tabla 3 Criterios diagnósticos para el trastorno por atracón, según el DSM-5 .....	28
Tabla 4 Clasificación del Índice de Masa Corporal según la OMS (2017).....	30
Tabla 5 Relación entre la emoción y su función adaptativa .....	44
Tabla 6 Clasificación de las emociones básicas de Izard .....	47
Tabla 7 Instrumentos elaborados para evaluar la ingesta emocional.....	70
Tabla 8 Modificaciones a los ítems derivados de la validez de contenido.....	87
Tabla 9 Modificaciones de la validez de contenido: cualitativos.....	88
Tabla 10 Análisis descriptivo de los ítems.....	93
Tabla 11 Dimensiones derivadas del AFE .....	97
Tabla 12 Correlaciones entre las subescalas .....	98

## Índice de Figuras

Figura 1. Espectro o continuo de los trastornos de la conducta alimentaria.. .....	30
Figura 2. Modelo de las cinco vías de Macht (2008). .....	54
Figura 3. Número de publicaciones por año de la ingesta emocional. ....	74
Figura 4. Diagrama del diseño mixto secuencial exploratorio. ....	78
Figura 5. Categoría principal y categorías secundarias .....	86
Figura 6. Porcentaje de participantes según el sexo .....	91
Figura 7. Porcentaje de participantes respecto al IMC.....	92

## **Glosario de Siglas y Abreviaturas**

ANP:	Anorexia nerviosa purgativa
ANR:	Anorexia nerviosa restrictiva
APA:	American Psychiatric Association
BN:	Bulimia nerviosa
CAR:	Conductas alimentarias de riesgo
CCE:	Cuestionario del Comedor Emocional
CECAP:	Cuestionario de emociones y creencias acerca de la alimentación y el Peso
DEBQ:	The Dutch Eating Behavior Questionnaire
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EADES:	Eating Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire
EES:	Emotional Eating Scale
EMAQ:	The Emotional Appetite Questionnaire
IMC:	Índice de Masa Corporal
ISSSTE:	El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
KMO:	Medida de adecuación de la muestra de Kaiser, Meyer-Olkin
MEQ:	Mindful Eating Questionnaire
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SNA:	Sistema Nervioso Autónomo
SNC:	Sistema Nervioso Central
TA:	Trastorno por atracón
TCA:	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TFEQ:	Three eating behaviour questionnaire

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo desarrollar una escala para evaluar la ingesta emocional en adultos e identificar sus características psicométricas con el fin de determinar confiabilidad mediante el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), además de la validez de contenido y de constructo. Se realizó un diseño mixto secuencial con predominancia cuantitativa, que se llevó a cabo en dos fases. La primera fue un estudio exploratorio de corte cualitativo con el objetivo de conocer la percepción de la ingesta emocional en adultos con normopeso, sobrepeso y obesidad. Se realizaron entrevistas en profundidad en las que participaron 32 personas, de los cuales 19 fueron mujeres y 13 hombres con edades entre 19 y 47 años ( $\bar{x}=32$ ).

El paradigma de análisis de datos fue desde la teoría fundamentada, obteniendo 4 dimensiones (Emociones positivas, negativas, preocupación por el peso y pensamientos posteriores a la ingesta), con esto realizó la matriz de contenido y finalizó la primera fase.

Respecto a la segunda fase, se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, se elaboró un banco de 68 reactivos que se administró a una muestra de 304 participantes, cuyo rango de edad fue de 18 a 74 años de los cuales el 35.3% fueron hombres y el 64.7% mujeres ( $\bar{x} = 35$ ).

Los resultados muestran que la escala de ingesta emocional cuenta con criterios de confiabilidad y validez tanto de criterio como de contenido aceptables, ya que el análisis factorial arrojó 3 factores que explican el 65.11%% de la varianza, quedando de esta manera la versión final del instrumento de 42 reactivos en su fase exploratoria y posee un alfa de  $\alpha=.975$ , lo que indica que el instrumento es una herramienta útil para evaluar la ingesta emocional en personas adultas.

**Palabras clave:** Adultos; Confiabilidad; Ingesta Emocional; Validez, Escala.

## Abstract

The objective of the present investigation was to develop a scale to evaluate emotional eating in adults and identify their psychometric characteristics in order to determine reliability by means of Cronbach's alpha internal consistency coefficient ( $\alpha$ ), as well as content and construct validity. A mixed sequential design with quantitative predominance was carried out, which was carried out in two phases. The first was a qualitative exploratory study with the objective of knowing the perception of emotional intake in adults with normal weight, overweight and obesity. In-depth interviews were conducted in which 32 people participated, of which 19 were women and 13 men with ages between 19 and 47 years ( $\bar{x} = 32$ ).

The paradigm of data analysis was from grounded theory, obtaining 4 dimensions (positive emotions, negative, concern for weight and post-intake thoughts), with this he made the content matrix and finished the first phase.

Regarding the second phase, a quantitative study was carried out, a bank of 68 items was prepared and administered to a sample of 304 participants, whose age range was 18 to 74 years, of which 35.3% were men and 64.7% women ( $\bar{x} = 35$ ).

The results show that the scale of emotional intake has criteria of reliability and validity of both criteria and acceptable content, since the factorial analysis yielded 3 factors that explain 65.11% of the variance, thus leaving the final version of the instrument of 42 reagents in its exploratory phase and has an alpha of  $\alpha = .975$ , which indicates that the instrument is a useful tool to assess emotional eating in adults.

**Keywords:** Adults; Emotional eating; Reliability; Validity.

## Introducción

La alimentación y la conducta alimentaria van más allá de una simple necesidad fisiológica cuya única finalidad sea cubrir los requerimientos nutricionales y asegurar la supervivencia, es también una forma de interacción social (Meléndez, 2014), y es esta en cualquiera de sus variantes la que define la salud de las personas, su crecimiento y posterior desarrollo (Calañas, 2012), de manera que las deficiencias o los excesos genera problemas no sólo en el aspecto fisiológico, también en el psicológico (Aguilar, 2014).

En estudios acerca de los comportamientos alimentarios, se han identificado tres componentes que pueden afectar la elección de los alimentos: conductual, cognitivo y afectivo (Herman y Polivy, 1975).

Las investigaciones acerca del componente emocional y su relación con la ingesta se centraron principalmente en la temática acerca de los trastornos de la conducta alimentaria. Se encontró que el estrés y el estado de ánimo negativo fueron los factores precipitantes más frecuentemente citados en los atracones (Arnow, Kenardy y Agras, 1995; Herman y Polivy, 1975). Sin embargo, el conocimiento de esta relación era limitada a este tipo de pacientes con TCA, por lo que se comenzó a estudiar en las personas con obesidad y es durante los últimos 7 años que han surgido investigaciones que dan énfasis al factor emocional como un elemento central para el desarrollo de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria (Blackman y Kvaska, 2011).

El concepto de ingesta emocional se derivó de la teoría psicosomática y se definió originalmente como la tendencia a comer en exceso en respuesta a emociones negativas, como ansiedad o irritabilidad (Van Strien et al. 2007).

Además se ha encontrado que los consumidores emocionales son propensos a consumir alimentos con alto contenido de grasa, azúcar y calorías en respuesta a emociones negativas (Elfhag y Rossner, 2005). Asimismo esta variable se ha relacionado con el aumento de peso (Hays & Roberts, 2008; Koenders y Van Strien, 2011), interferencia con la pérdida de peso (Canetti et al., 2009), atracones (Fischer et al., 2007; Ricca et al., 2009), depresión (Ouwens et al., 2009), y se ha identificado la emoción de culpa posterior a la ingesta (Macht y Dettmer, 2006).

Para evaluar la ingesta emocional se utilizan los instrumentos de auto informe, entre ellos el Cuestionario de los Tres Factores de Alimentación (TFEQ) elaborado por Stunkard y Messick (1985), el Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (DEBQ; Van Strien, Frijters, Bergers y Defares 1986) Conducta Alimentaria Relacionada a Emociones y Estrés (EADES Ozier, et al., 2007) el Cuestionario del Comedor Emocional (Garaulet, et al., 2012). Todos estos instrumentos han sido adaptados para población mexicana.

Dentro de los instrumentos elaborados en México, se encuentra uno autoaplicable llamado Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP; Hernán, González, y Silva, 2016) y la Escala de Alimentación Emocional (Rojas, 2017).

Estos se enfocan solamente en emociones específicas y generalmente en las negativas, además que no evalúan la sobreingesta relacionada con las emociones positivas (Arrow, et al., 1995); además que en su mayoría están elaborados en países extranjeros.

Teniendo en cuenta que es esencial dentro de la evaluación psicológica contar con instrumentos diseñados y adaptados a los contextos de las poblaciones culturales que se estudian, mediante un diseño mixto, el objetivo de la investigación se enfocó en la elaboración de un instrumento que pueda evaluar la ingesta emocional en personas adultas.

## **Capítulo 1. La Conducta Alimentaria y sus Alteraciones**

En la actualidad, la alimentación como un fenómeno complejo no es solo nutrientes que se ingieren a diario con el fin de satisfacer una necesidad fisiológica, a su vez, es un fenómeno social y cultural que configura un escenario de interacción entre los miembros de cada contexto cultural (Ramón, 2010).

Con respecto al aspecto biológico de la alimentación, pueden presentarse dos tipos de problemáticas, por un lado las deficiencias (restricciones), o los excesos (atracones) que provocan desequilibrios en el ámbito fisiológico y psicológico (Aguilar, 2014; Díaz, 2014).

Desde esta óptica, el presente capítulo aborda la definición y dimensiones que forman parte de la conducta alimentaria; los mecanismos implicados en la ingesta como los son los biológicos, psicológicos y sociales, las complicaciones que surgen de su alteración que va desde las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) hasta los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y para finalizar se revisan los factores asociados a estos padecimientos en donde se destaca lo emocional como un componente importante en las alteraciones de la conducta alimentaria.

### **1.1. Definición y Antecedentes de la Conducta Alimentaria**

El estudio de la conducta alimentaria inició con los trabajos realizados por Cannon y su asistente Washburn en 1912 y su libro "*An explanation of hunger*", definieron el término de hambre como una necesidad caracterizada por un vacío intestinal en movimientos intestinales. Derivado del procedimiento se desarrolló la teoría local del hambre y la sed, ya que se extendió a la necesidad de líquidos, su teoría local del hambre se enfocó principalmente en situar el hambre en el estómago, a partir de los movimientos mecánicos digestivos.

Por otra parte se encuentran los trabajos de Ramón Turró en 1912 y la publicación de su libro *“Los orígenes del conocimiento: el hambre”*. Esta aproximación al estudio de la conducta alimentaria se centró en dos componentes principales esenciales: el hambre y el reflejo trófico.

Consideró el hambre como un elemento no sólo biológico dentro de la alimentación, lo demostró al extirpar el estómago o seccionar los nervios neumogástricos y el resultado fue que el hambre se mantenía presente, mientras que el reflejo trófico fue definido como el mecanismo neurofisiológico que detecta la necesidad de alimentos en el ambiente interno del organismo (Turró, 1912).

Su aportación al estudio de la conducta alimentaria fue afirmar la importancia de la repetición en el aprendizaje de la alimentación e incorporar el concepto del “apetito” como elemento psicológico. Turró (1912) señaló que este no nace, sino se desarrolla por medio de experiencias vividas a diferencia del hambre. El apetito es un hambre representativa de alimentos específicos. Con sus investigaciones unió dos componentes que en la actualidad son fundamentales para la comprensión de la conducta alimentaria: el orgánico y el psicológico (López y Martínez, 2004).

Desde estas dos publicaciones acerca del análisis teórico-práctico del comportamiento alimentario se han desarrollado líneas de investigación importantes como la fisiológica, socio-antropológica y psicológica (López, 2010).

El concepto de conducta alimentaria se asocia de manera inmediata con el hecho de la ingestión de los alimentos; sin embargo, es una conducta que se encuentra influenciada por factores externos a la persona como lugares, olores o incluso a horarios establecidos puesto que las personas se encuentran condicionadas a estos, más que por sus propias necesidades fisiológicas y nutricionales (Saucedo y Unikel, 2010).

Es un constructo multidimensional compuesto por varios tipos de conductas que se define como “todo lo que hacen los organismos para alimentarse” (López y Martínez, 2012, p.3); es decir, integra toda actividad dirigida a que un organismo se alimente, desde la selección, preparación, hasta el consumo de los alimentos. Es una conducta que se lleva a cabo de manera habitual, lo que influye directamente con el estado nutricional del individuo, por lo tanto, en su salud (López y Martínez 2002; Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002).

## **1.2. La Regulación del Hambre y la Saciedad**

Respecto a la parte fisiológica de la conducta alimentaria, es importante comenzar con la definición de tres conceptos implicados en el proceso de la alimentación: el hambre, apetito y saciedad.

El hambre hace referencia a la necesidad fisiológica de ingerir alimentos; mientras que el apetito se define como un deseo por un alimento asociado a experiencias de antojo, gusto y placer. Por otro lado, el término saciedad es el proceso que da como resultado un alto en la ingesta; es decir, es la respuesta homeostática del cuerpo cuando la demanda de nutrientes queda satisfecha (Blundell, 1991; Ochoa y Muñoz, 2014).

Estos procesos interactúan en el proceso de regulación de la conducta alimentaria, dicha interacción será descrita más adelante.

### **1.2.1. Mecanismos de regulación fisiológicos.**

La regulación de la ingesta de alimentos desde el punto de vista fisiológico depende de ciclos alternantes de hambre y saciedad. Dichos ciclos se encuentran regulados principalmente por el sistema neuroendocrino, que se integra a nivel del hipotálamo compuesto por una compleja red de circuitos neurohormonales en donde se cruzan señales moleculares de origen tanto periférico como central (Ochoa y Muñoz, 2014).

El ciclo comienza cuando la persona percibe que tiene “hambre”; en este proceso intervienen toda una serie de señales sensitivas (olor, sabor, temperatura, textura) que son transmitidas hasta el Sistema Nervioso Central (SNC) a través de los pares craneales que provocan la conducta de movilizar al sujeto para la búsqueda del alimento, degustación, y finalmente de masticación (González y Schmidt, 2012; Granados, et al. 2012).

El ciclo se repite a lo largo del día y es la cantidad de alimento que se ingiere la determinante del peso de los individuos, que será el resultado entre el balance entre la energía ingerida y la gastada por el organismo (Chiquete y Tolosa, 2013).

Este balance energético está regulado por dos mecanismos principales, uno a corto plazo que se refiere al ciclo de hambre-saciedad que ocurre diariamente. Y otro a largo plazo, que permite un mantenimiento relativamente estable del peso, a pesar de las fluctuaciones diarias en la dieta y el gasto energético (Chiquete y Tolosa, 2013; Tucci, 2008). Ambos mecanismos serán descritos a continuación.

#### ***1.2.1.1. Mecanismo a corto plazo.***

Con relación al mecanismo a corto plazo este se encarga de regular el hambre durante cada ingesta diariamente a lo largo del día, con ello da la señal de inicio y término de cada ingesta. Este sistema responde fundamentalmente a señales hormonales, principalmente por los aferentes nerviosos y metabolitos alimentarios que se originan en el tracto gastrointestinal (Calzada, Altamirano y Ruiz, 2008; Cordido, 2005).

Durante este proceso, el estómago y una parte del intestino proporcionan una señal al cerebro que da la indicación que ya es hora de empezar a comer. Por su parte el aparato digestivo, en especial el estómago, libera una hormona denominada grelina, que es la responsable de estimular la ingesta alimentaria (Carlson, 2014; Tucci, 2008).

Los niveles de esta sustancia oscilan en el curso del día; aumentan en el ayuno y disminuyen después de la ingesta de alimentos, por lo cual se le considera una sustancia involucrada en el inicio de la ingesta (Malacara, 2014).

Schmit, Held y Ising, (2005) descubrieron que una inyección intravenosa de grelina, aumentaba el hambre de sujetos con normopeso y los hacía pensar en imágenes de los alimentos que les gustaban, por lo que se ha encontrado que este péptido aumenta la ingesta de alimentos e incluso estimula el pensar en comida.

Por otro lado, respecto a las señales de saciedad, estas son liberadas por el tracto gastrointestinal durante la ingesta, siendo el más característico la colecistokinina, que provocan una sensación de saciedad que inducen a suspender la ingesta y con esto dar fin al proceso de hambre-saciedad (Calzada, et al. 2008; Carlson, 2014; Cordido, 2005).

#### ***1.2.1.1. Mecanismo a largo plazo.***

Por su parte, el sistema a largo plazo, se refiere a las señales periféricas que se encargan de controlar la homeostasis energética y lograr el mantenimiento relativamente estable del peso corporal. El hipotálamo es la zona principal del SNC que se encarga de la señalización neurohormonal, principalmente de producción de insulina y leptina, que aunados a niveles plasmáticos de nutrientes circulantes indican al SNC el estado de los depósitos de energía (en forma de grasa) (Calzada, et al. 2008; Granados et al. 2012; Tucci, 2008).

Dentro del hipotálamo se encuentra el núcleo arcuato, como una estructura fundamental en el control de la ingestión de alimentos. Este se ubica cerca de la barrera hematoencefálica (Calzada, et al. 2008, Ochoa y Muñoz, 2014).

En el núcleo arcuato, se han identificado dos regiones con funciones opuestas con relación a la regulación del hambre y la saciedad. La primera de estas, se ubica en la parte más ventral y central del núcleo, que se especializa en el control de la ingesta e incorpora neuronas que al ser activadas causan hambre. La segunda región ubicada en la parte central del núcleo, se especializa en la producción de la saciedad y rechazo de los alimentos (Carlson, 2014).

En resumen, existe un sistema neuroendocrino complejo en el que hormonas circulantes envían información sobre el balance energético a vías cerebrales que controlan la ingesta y el gasto energético (Ochoa y Muñoz, 2014). Sin embargo, el ser humano no solo come para satisfacer una necesidad biológica; al mismo tiempo lo realiza como una forma de interacción social que promueve la convivencia; por lo que el inicio y fin de la ingesta están vinculados también a factores externos como los psicosociales (López y Martínez, 2002; Ogden 2005; Ogden, 2008), que se describirán a continuación.

### **1.2.2. Factores psicológicos, sociales y culturales.**

Desde una perspectiva psicosocial, los factores sociales y culturales tienen una estrecha vinculación con la ingesta de los individuos; es decir, la hora de comer, los alimentos que se consumen, su preparación, sus hábitos alimentarios, así como su regulación deben entenderse también en el contexto social y cultural en donde se llevan a cabo (Bertrán, 2010; Lozano y Rodríguez, 2014).

Uno de estos factores sociales son los económicos, las políticas públicas que se establecen en cada país influyen en la alimentación, esto, mediante el poder adquisitivo de sus miembros. El costo de los productos pueden ser determinantes de la ingesta de alimentos, un valor alto en el costo de algunos alimentos como el pescado pueden privar a varios sectores sociales de su consumo (López y Martínez, 2002).

Así mismo, el estilo de vida actual, favorece alimentarse fuera de casa y esto afectan el consumo y elección de alimentos, que son determinados por el sabor, el precio, la conveniencia, la disponibilidad y en último lugar el valor nutrimental (Aranceta, 2001; Ogden, 2008).

Entre los culturales se encuentran las tradiciones, la clase social, valores y simbolismo que influyen en el desarrollo de la conducta alimentaria. Estos condicionan tanto la elección del alimento, como las técnicas utilizadas para su elaboración, los ingredientes de cada platillo, la forma de consumirse y los horarios establecidos para la ingesta. Estos aspectos condicionan el tipo y la cantidad (por las restricciones y prohibiciones de cada cultura), que se establecen como costumbres propias de cada sociedad (Aranceta, 2001; Ogden, 2008).

### **1.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**

La preocupación por el peso y el culto que se le ha dado al “ser delgado” han influido en que exista un cambio de la conducta alimentaria. Como resultado se han dado alteraciones que han tenido como consecuencia el origen de los TCA y las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en donde los patrones de ingestión alimentaria se ven distorsionados. Se ha olvidado la importancia de tener un buen balance entre ingestión y gasto de energía, puesto que la gente se somete a dietas restrictivas con la intención de perder peso por cuestiones estéticas y no para la obtención de una adecuada salud física y mental, (Saucedo y Unikel, 2010).

Dentro de las alteraciones que pueden surgir en la conducta alimentaria, las investigaciones se han centrado en tres vías principales: Los trastornos de la conducta alimentaria, las conductas alimentarias de riesgo y el sobrepeso y/obesidad.

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías en donde los patrones de consumo de los alimentos se ven gravemente distorsionados (Unikel, Díaz de León y Rivera, 2017). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) (American Psychiatric Association [APA], 2013). Estos trastornos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación y/o en el comportamiento relacionado con esta, lo que lleva consigo un deterioro en significativo en la salud física y psicológica.

Dentro de los TCA, se incluyen diferentes categorías diagnósticas: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. A su vez, se encuentran los otros trastornos de la conducta alimentaria especificados y los no especificados (APA, 2013; Behar y Arancibita, 2014).

En el presente capítulo sólo se revisarán los que presentan bases etiológicas comunes como lo son la anorexia, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

### **1.3.1. Anorexia Nerviosa: definición y criterios diagnósticos.**

Frecuentemente el inicio de la anorexia deriva por algún acontecimiento vital estresante o algún comentario acerca de la silueta en la etapa de la pubertad o adolescencia, lo que lleva a la realización de conductas restrictivas con el objetivo de perder peso. Las personas que padecen el trastorno, comienzan reduciendo la ingesta especialmente de alimentos calóricos, a hacer ejercicio y con el tiempo se vuelven más exigentes con el peso que consideran ideal, lo que lleva a realizar prácticas compensatorias inapropiadas que empeoran su estado físico y mental (Lozano y Rodríguez, 2014; Ortiz, 2014).

En la anorexia nerviosa el deseo de ser delgado y el miedo a ganar peso o engordar se manifiestan en tres síntomas característicos: 1) una constante restricción de la ingesta, 2) miedo intenso a ganar peso, 3) una alteración en la imagen corporal (APA, 2013; Lozano y Rodríguez, 2014; Ortiz, 2014).

Para diagnosticar si una persona presenta este trastorno se usan los criterios diagnósticos del DSM-5, estos criterios se encuentran en la tabla 1 que se muestra a continuación:

Tabla 1

*Criterios diagnósticos anorexia DSM-5*

---

A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.

---

*Nota:* Recuperado de “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.<sup>th</sup> ed.)”, por American Psychiatric Association (APA), 2013. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

De acuerdo con la clasificación de la anorexia del DSM-5 (2013), este trastorno se divide en dos subtipos:

- 1) Anorexia de tipo restrictivo: la pérdida de peso se logra haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, sin recurrir a los atracones o a las purgas.
- 2) Anorexia de tipo compulsivo: el individuo recurre a atracones, purgas o ambas, todo esto con el fin de no ganar peso.

Toda esta sintomatología lleva a desarrollar una serie de consecuencias que repercuten en el estado de salud. Se ha encontrado que presentan problemas en la producción de células sanguíneas, que se han asociado a cambios en el grosor de la médula ósea y aumentando la posibilidad de infecciones derivadas de la leucopenia y la anemia que puede provocar fatiga y pérdidas cognitivas (Unikel, Díaz de León y Rivera, 2017).

Asimismo, se han detectado trastornos del sueño, hiperactividad, falta parcial o total de conciencia de la enfermedad, grandes expectativas de logros por parte de los padres y un negativismo agresivo hacia los intentos de tratamiento; a su vez, confusión o fallas en la conciencia introceptiva que deriva en no lograr el reconocimiento del hambre y el apetito (Unikel, et al., 2017).

Dentro de las alteraciones psicopatológicas que se observan en este trastorno se encuentran (Ortiz, 2014):

- 1) El Trastorno de ansiedad: Que se manifiesta en la fobia hacia la ganancia de peso, mientras que, en otros tipos de fobias, el sujeto que lo padece puede disminuir la ansiedad huyendo o evitando el estímulo fóbico, en el caso de la anorexia, nunca se puede escapar de esta situación, por lo que la ansiedad permanece la mayor parte del tiempo
- 2) Alteraciones del estado de ánimo: suelen presentarse en forma de síntomas depresivos que llevan a presentar sentimientos de soledad, reducción de intereses, retraimiento social y pérdida de la libido.

Respecto a la epidemiología, diversos estudios indican que este trastorno se presenta con más frecuencia en mujeres adolescentes en un 90% de los casos; aunque cada vez con más frecuencia se encuentran casos en hombres, las proporciones van de 3 hombres por cada 10 mujeres y se han identificado que existen dos picos de edad de inicio del trastorno 14 y 18 años (Lozano y Rodríguez, 2014).

### **1.3.2. Bulimia nerviosa: definición y criterios diagnósticos.**

La bulimia comparte con la anorexia muchos de los síntomas, específicamente el miedo a ganar peso y los intentos de perder peso (Ortiz, 2014; Unikel, et al. 2017). La diferencia fundamental entre estos dos trastornos es el peso ya que las personas que padecen bulimia pueden presentar normopeso e incluso exceso de peso y periódicamente recurren a los atracones en los cuales ingieren todo tipo de alimento en especial los hipercalóricos (Lozano y Rodríguez, 2014).

Los pacientes con bulimia se caracterizan por los episodios de atracones recurrentes en los que ingieren grandes cantidades de comidas acompañados de conductas compensatorias inadecuadas. Entre las conductas compensatorias se encuentran: los vómitos inducidos, uso de laxantes, diuréticos, ayuno y/o ejercicio excesivo (Lozano y Rodríguez, 2014).

El DSM-5 (2013) la define como “episodios recurrentes de atracones acompañados de conductas compensatorias inapropiadas todo esto con la finalidad de no ganar peso” (p. 345).

En la tabla 2 se pueden observar las características diagnósticas de este trastorno entre los que se destacan (APA, 2013):

- 1) los episodios recurrentes de atracones
- 2) los comportamientos compensatorios inapropiadas y recurrentes
- 3) la autoevaluación que se da de sí mismo es en relación al peso y la figura

Tabla 2

*Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa según el DSM-5*

---

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. Dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. No poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses

D. Autoevaluación exagerada influida por el peso y la silueta corporal.

---

*Nota:* Recuperado de “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.<sup>th</sup> ed.)”, por American Psychiatric Association (APA), 2013. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Existen dos tipos de bulimias: la de tipo purgativo y no purgativo (APA, 2013; Behar y Arancibita, 2014; Guzmán, 2012):

1) Purgativo: las personas recurren a la provocación de vómitos auto inducidos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, con el fin de evitar la ganancia de peso resultante del atracón.

2) No purgativo: se emplean otras técnicas compensatorias inapropiadas que no sean purgativas, como el ayuno o la práctica de ejercicio intenso.

Los patrones de alimentación de las personas con bulimia suelen ser desorganizados y caóticos, suelen fluctuar entre restricciones alimentarias y atracones. La sensación de pérdida de control sobre la alimentación puede acompañarse de pensamientos autodestructivos y depresión, especialmente después de los episodios compulsivos y/o la purga.

Estos episodios ocurren de manera impredecible, pueden tener una duración de unos cuantos minutos a algunas horas y por lo general se realizan en privado (Unikel, Diaz et al. 2017).

Los estudios epidemiológicos coinciden en señalar el inicio a edades más tardías en relación a la anorexia. Con respecto a la prevalencia se ha encontrado que es de 1-3% en adolescentes jóvenes y es mayor en mujeres en un 90% y solo 10% en hombres (Benjet, Méndez, Borges y Medina-Mora, 2012).

### **1.3.3. Trastorno por atracón: definición y criterios diagnósticos.**

El trastorno tiene una relación estrecha con la bulimia nerviosa, la diferencia radica en la falta de conductas compensatorias y las pocas o nulas restricciones alimentarias. Las personas que presentan Trastorno por atracón (TA) se caracterizan por tener un estilo de alimentación basado en un comportamiento compulsivo a través de los atracones, en donde la pieza fundamental es la sensación de pérdida de control sobre la ingesta (Baile, 2014).

De esta manera, un atracón se define como “la ingesta en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo similar” (APA, 2013, p. 351). En un episodio de atracón un paciente puede llegar a consumir hasta 20.000 kcal (Baile, 2014).

Las características diagnosticas se muestran en la tabla 3. En cuanto a los episodios recurrentes de atracones, estos deben producirse en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses (Criterio D) y para ser considerados como episodio de atracón, el consumo de alimentos debe estar acompañado de una sensación de pérdida de control (Criterio A2) (APA, 2013).

Tabla 3

*Criterios diagnósticos para el trastorno por atracón, según el DSM-5*

---

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

- Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa

---

*Nota:* Recuperado de "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.<sup>th</sup> ed.)", por American Psychiatric Association (APA), 2013. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Entre los disparadores de los atracones se han vinculado a sentimientos negativos respecto al peso, la forma corporal, el aburrimiento, y/o los estresores interpersonales (APA, 2013; Unikel, et al. 2017).

A consecuencia de la presencia del trastorno, las personas que lo padecen suelen tener complicaciones en el deterioro en la calidad y la satisfacción con la vida, así como problemas de adaptación social. Estos predisponen a los individuos a presentar comorbilidades como desnutrición u obesidad y se asocia a una baja calidad de vida, alta comorbilidad psicosocial y mortalidad a más temprana edad (Amy y Beverly, 2011; APA, 2013).

El presentar trastorno por atracón está muy relacionado con el sobrepeso y la obesidad, ya que el trastorno por atracón favorece el incremento de peso. Sin embargo, los hallazgos de la investigación han mostrado mayores índices de problemas psicológicos, trastornos psiquiátricos y de personalidad en las personas con TA que en personas con obesidad que no presentan atracones (Unikel, et al. 2017).

#### **1.4. Sobrepeso y Obesidad**

El ambiente es un factor que promueve el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. El fácil acceso a los alimentos de bajo costo, que además son altos en calorías y sumamente agradables al paladar, se encuentran disponibles a cualquier hora del día y lugar, promoviendo los ambientes llamados obesogénicos que han desencadenado un aumento de las enfermedades crónico degenerativas (Portela, Da Costa Mora y Raich, 2012).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), el sobrepeso y la obesidad se definen “como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (p.1).

En relación a las cifras, para el 2016 a nivel mundial el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% presentaban obesidad. Con relación a las cifras en México siete de cada 10 adultos (prevalencia combinada de 72.5%) continúa padeciendo exceso de peso (sobrepeso u obesidad) respecto a la cifra de 2012 de 71.2% (OMS, 2017).

La OMS (2017) utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), para indicar si la persona parece sobrepeso u obesidad, dicha clasificación se observa en la tabla 4.

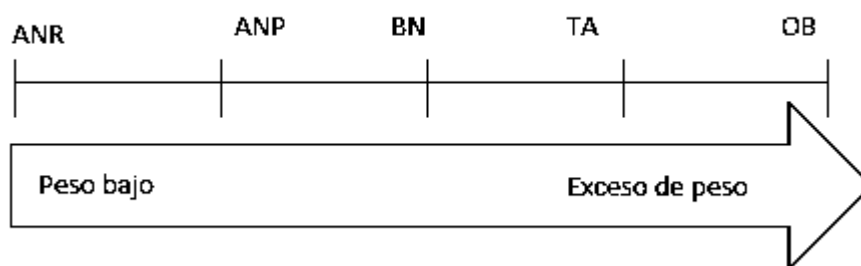
Tabla 4

*Clasificación del peso según el IMC*

Clasificación del IMC según la OMS (2017)	Valores del IMC (Kg/ M <sub>2</sub> )
Bajo peso	<18.5
Normopeso	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad tipo I	30-34.9
Obesidad tipo II	35-39.9
Obesidad tipo III	>40

Nota: IMC= índice de masa corporal; kg/ m<sup>2</sup>= Kilogramos sobre metros cuadrados. Fuente: “Organización Mundial de la Salud”, 2017. Nota descriptiva: Obesidad y sobrepeso.

Recientemente se ha propuesto un continuo para situar a los pacientes con TCA. Este continuo va de anorexia nerviosa a la obesidad, ya que se ha encontrado que los pacientes suelen fluctuar dentro de este continuo a lo largo de los años. De hecho, más de la mitad de pacientes con bulimia describen antecedentes de anorexia y los pacientes con anorexia desarrollan síntomas bulímicos (Bolaños, Jáuregui, 2010; Saucedo y Unikel, 2010).



*Figura 1.* Espectro o continuo de los trastornos de la conducta alimentaria. ANR: anorexia nerviosa restrictiva; ANP: anorexia nerviosa purgativa; BN: bulimia nerviosa; TA: trastorno por atracón; OB: obesidad. Recuperado de Bolaños, P. y Jáuregui, I. (2010). Sobrepeso y obesidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*.

Los síndromes más graves de los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en bajas proporciones, pero las expresiones parciales o subclínicas se encuentran con mayor prevalencia, como lo son las conductas alimentarias de riesgo (Unikel y Caballero, 2010).

## **1.5. Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)**

Unikel y cols. (2017), definen las CAR, como conductas disfuncionales similares a las que se presentan en los TCA, que incluyen aspectos tanto físicos como mentales, pero que se presentan con menor frecuencia e intensidad. Por lo tanto, no logran cubrir los criterios diagnósticos, pero pueden ser precursoras de dichos trastornos. Entre las CAR, más frecuentes se encuentran el seguimiento de dietas, uso de laxantes, diuréticos, anfetaminas, anorexigénicos o enemas, realización excesiva de ejercicio y el vómito inducido.

En un estudio realizado por Unikel y cols., en (2006), en estudiantes del Distrito Federal, se observó un incremento en las conductas alimentarias de riesgo llevadas a cabo por jóvenes de 1997 (hombres, 1.3%; mujeres, 3.4%) a 2003 (hombres 3.8%; mujeres, 9.6%).

Además, se encontró que la preocupación por engordar aumentó de 15.3% en 1997 a 29.8% en 2003, al igual que el uso de métodos purgativos de 1.9 % en 1997 a 8% en 2003, asimismo con la práctica de atracones que aumentó de 3.3% en 1997 a 5.9 en 2003.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), reportaron en sus versiones 2006, una prevalencia de CAR del 0.9 % en mujeres y 0.4% en hombres; mientras que, en 2012, alcanzaron el 1.9% en mujeres y 0.8% en hombres, lo que indica que en ambas encuestas las cifras van en aumento e indican la presencia de estas conductas especialmente adolescentes y adultos jóvenes en su mayoría en las mujeres.

## **1.6. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria**

Plumed y Rojo (2014), indican que los estudios de los factores de riesgo en TCA, resultan complicados, dado que los modelos explicativos actuales como son los modelos biopsicosociales combinan variables de tipo psicológico, biológico-genético y social, lo que representa un desafío en la investigación.

Los factores de riesgo se refieren a aquellos que aumentan la probabilidad de que presente alguna enfermedad, se les nombra así porque tienen un efecto negativo en la salud y provocan un desajuste o desequilibrio, lo que produce vulnerabilidad en el individuo, facilitando la aparición de la enfermedad (Gómez, 2001).

Es por ello que, el porcentaje de riesgo para desarrollar una alteración de la conducta alimentaria es resultado de la interacción de factores de riesgo. Cuantos más factores interactúan, mayor es la probabilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo y desarrollar un posterior trastorno de la conducta alimentaria (Guzmán, 2012).

Se ha propuesto una clasificación de los factores de riesgo para una mejor comprensión e investigación entre los que se encuentran:

- 1) Factores socioculturales
- 2) Factores individuales

A continuación, se describe a cada uno de ellos.

#### **1.6.1. Socioculturales.**

Las relaciones entre la cultura y los TCA han sido fundamentales debido a que la expresión clínica de la enfermedad está en función de la cultura en donde se desarrolle; además, se ha observado que los grupos sociales en donde la influencia de los estereotipos no es grande la presencia de los TCA son menores (Plumed y Rojo, 2014).

La presión social que ejerce ya sea la familia, los pares o los grupos sociales en los cuales se desarrolle el individuo se consideran precursores de un TCA, debido a que fomentan la realización de dietas y la insatisfacción corporal (Stice, 2001).

A su vez, los comentarios de los padres y pares que sobreestiman la delgadez y reconocen el autocontrol y la disciplina de las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva tienen un efecto de recompensa que hace que se mantenga y en ocasiones se agudice el trastorno (Polivy y Herman, 2002).

Con respecto a lo anterior, Polivy y Herman (2002), realizaron una investigación con familias de pacientes con un TCA, y encontraron que la interacción en estas familias era intrusiva y hostil, negando las necesidades emocionales de los pacientes; asimismo, el ambiente era crítico y represivo, y esto perpetuaba el trastorno.

De la misma manera, los medios de comunicación masiva, a través de las revistas, la moda, la televisión ejercen influencia en favorecer la delgadez extrema y la imagen corporal “perfecta” pero inalcanzable. Esto lleva a influir de tal manera que provoca en las personas una insatisfacción con la propia imagen corporal que los lleva a la búsqueda de la delgadez a cualquier precio (Aguilar, 2014; Ogden, 2005; Ogden, 2008).

### **1.6.2. Individuales.**

El factor individual más estudiado es la edad. La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad para los jóvenes, ya que se enfrentan a los cambios relacionados con la transición de la infancia a la edad adulta y es en esta etapa de la vida en donde se registra una mayor prevalencia de TCA y CAR, especialmente de los 14 -18 años (Guzmán 2012; Hernández, 2017; Plumed y Rojo, 2014).

Otro factor es el género, puesto que se ha encontrado que existe una proporción de 10 mujeres por cada hombre que realizan dietas restrictivas, vómitos inducidos, o alguna otra alteración (Hernández, 2017); esto se corrobora con los datos de las investigaciones epidemiológicas que mencionan la prevalencia de CAR de 0.9% en mujeres y 0.4% en hombres en 2006 y 1.9% en mujeres y 0.8% en hombres estas cifras referentes a 2012 (ENSANUT, 2006; 2012).

A su vez, Herman y Polivy (2002), hacen referencia a la insatisfacción corporal y la definen como la diferencia que existe entre el ideal corporal de tamaño y/o la forma real. Esta diferencia que desencadena una inconformidad es la que genera en los individuos las conductas encaminadas a perder peso o cambiar su cuerpo con la finalidad de alcanzar el ideal, o lo más parecido.

Los factores centrales son el bajo autoconcepto y la baja autoestima. En este sentido, Jacoby et al. (2004), descubrió una menor autoestima y autoconcepto en pacientes anoréxicas en comparación con el grupo control sin TCA.

En estudios en adolescentes se muestra como tienden a comparar su cuerpo con sus ideales de belleza; además que ha encontrado una correlación entre la baja autoestima y la insatisfacción corporal; mientras que una alta autoestima se constituyó como un factor protector (Stice, 2001).

De igual importancia Stice (2001), menciona a la depresión y el afecto negativo, en especial en la sintomatología de la bulimia, debido a que los pacientes con altos niveles de afectividad negativa encuentran en el atracón una manera de alivio o un distractor a sus emociones.

Por su parte, Jacoby et al., (2004), menciona que existe evidencia que los familiares de pacientes con anorexia nerviosa y depresión presentan un mayor riesgo de trastornos afectivos y alcoholismo, comparándolo con los pacientes con bulimia nerviosa.

Estudios que relacionan las conductas de riesgo hacen referencia a la alexitimia (la dificultad para identificar y expresar las emociones), como un factor importante de riesgo en la aparición de conductas de riesgo (Kiyotaki y Yokoyama, 2006). Al igual que la ansiedad parece ser un rasgo relativamente estable en las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria (Pascual, et al. 2011).

La práctica de dietas crónicas aumenta el riesgo de un atracón y el posterior desarrollo de bulimia nerviosa, todo esto derivado de la privación calórica que aumenta la probabilidad de que los sujetos presenten el atracón, en especial en personas que se privan del alimento por más de 14 horas; y ambas condiciones han sido relacionadas con depresión mayor y afecto negativo (Stice, 2001).

La conducta alimentaria del ser humano se ve influenciada por varios factores que interactúan diariamente como resultado un patrón en la que se va repitiendo e impacta en la salud física y psicológica de cada individuo.

Uno de los aspectos que se han relacionado con la alteración de la conducta alimentaria son las variables emocionales por lo que se hace indispensable su estudio y mayor comprensión para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y/o las conductas alimentarias de riesgo.

Es por lo anterior que en el siguiente capítulo se revisarán el estudio de las emociones y sus funciones en la vida del ser humano.

## **Capítulo 2. El Estudio de las Emociones y la Regulación Emocional**

El estudio de las emociones ha sido un continuo tema de reflexión para el hombre a lo largo de la historia. Desde las descripciones de Aristóteles, Descartes o Spinoza, se reconocía la importancia del estudio de las emociones así como de los diferentes estados afectivos que se veían relacionados en las conductas del ser humano, destacando lo emocional en el estudio de lo mental e impulsando su estudio desde la psicología (Henríquez, 2014).

Wundt (1879), fue uno de los primeros psicólogos en incorporar el legado del estudio de las emociones desde la filosofía y en ampliar su estudio hacia la psicología. Esto, al utilizar el método de la introspección desarrollando su teoría tridimensional del sentido y describiendo las combinaciones de la experiencia emocional en tres dimensiones: agrado/desagrado, calma/excitación, relajación/tensión.

Actualmente, las teorías de la psicología acerca de las emociones han recibido una importante herencia del pensamiento filosófico, la biología evolutiva y la fisiología (Fernández, García, Martín y Domínguez, 2010).

En este segundo capítulo se revisarán los conceptos relacionados con el estudio de las emociones, las diferentes teorías que explican de dónde surge la misma y cómo interactúan sus componentes, se describen las diversas funciones de las emociones y se revisan algunas clasificaciones. Por último se describe la regulación emocional como un factor que se relaciona a comportamientos impulsivos y desadaptativos que pueden llevar a presentar complicaciones psicológicas.

### **2.1. Definición de Emoción**

Las emociones son fenómenos multidimensionales de duración breve e intensa (decaen por sí mismas en cuestión de segundos), son respuestas que permiten al ser humano comunicarse e interactuar con su medio ambiente (Ekman, 1992; Piqueras, Ramos, Martínez, y Orbitas, 2009).

Por su parte Lazarus (1991), define las emociones como reacciones psicofisiológicas que son producto de una respuesta a estímulos del medio ambiente. Ekman (1992) da énfasis a que cada emoción tiene características únicas, fisiológicas y situacionales y a su vez comparten características en común con otras: como el comienzo de acción rápida, de corta duración.

La emoción cuenta con al menos tres sistemas de respuesta según Reyes y Tena (2016):

- 1) un sistema cognitivo/subjetivo
- 2) un sistema conductual expresivo
- 3) un sistema fisiológico/adaptativo

Estos elementos que conforman la emoción se encuentran interrelacionados, por lo que un cambio en uno de ellos tendrá un cambio potencial en los otros (Ekman, 1992; Reyes y Tena, 2016).

En ocasiones los sistemas conductual y fisiológico se categorizan en conjunto como “reacciones corporales”. La diferencia fundamental radica en el sistema de respuesta involucrado; mientras que el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) se encuentra vinculado con el control involuntario como llorar o sudar, el SNC se relaciona con la respuesta voluntaria como huir corriendo (Reyes y Tena, 2016). Cada uno de estos tres sistemas será desarrollado más adelante.

Por lo general, las emociones pueden surgir como una reacción a una situación concreta o pueden ser provocadas por información interna del propio individuo (recuerdos, información propioceptiva). Es por lo anterior, que muchas veces se habla de estado de ánimo, sentimientos o afectos, para referirse a la experiencia emocional (Trejo, 2013).

## **2.2. Diferencia entre Afecto, Humor, Sentimiento y Emoción**

Palmero y Mestre (2004), mencionan la diferencia entre estos conceptos que son utilizados con frecuencia como sinónimos, pero que presentan características diferentes.

Rosenberg (1998), afirma que el afecto se refiere a todo aquello que involucre lo emocional, que puede observarse en varias formas específicas de afecto como los sentimientos, emociones, humor y rasgos afectivos. Menciona como mínimo dentro de estas expresiones, dos estados afectivos que son los más reconocidos: las emociones y el humor.

Por su parte, el humor se caracteriza por presentar un estado afectivo no relacionado con un estímulo identificable, menos intenso que una emoción, más global y duradero, además de que no produce alteraciones en el organismo como es el caso de las emociones (Rosenberg, 1998)

El sentimiento hace referencia a la toma de conciencia respecto a la ocurrencia de una emoción. Cuando la emoción es considerada como proceso, el sentimiento es una fase o etapa en dicho proceso. Aunque no es necesario para poder hablar del proceso emocional, es imprescindible para que un individuo “se dé cuenta” que está experimentando una emoción (Palmero y Mestre, 2004).

Para Mestre y Guil (2012), la emoción, suele ser intensa, de duración breve y temporalmente asociada con un estímulo desencadenante, que puede surgir tanto externo (ofensa) como interno (pensar en algo agradable o desagradable).

De esta manera, se puede decir que no se encuentran presentes en todas las formas de vida, pero tampoco se puede afirmar que pertenecen exclusivamente al ser humano, ya que pueden estar presente en especies de animales.

Sin embargo, es la conexión entre las emociones y los procesos cognitivos en el ser humano lo que da la relevancia para su estudio, ya que de esta conexión se deriva la dimensión subjetiva de la emoción: el sentimiento (Palmero y Mestre, 2004).

### **2.3. Componentes de la Emoción**

Cuando se produce una reacción emocional, se han identificado tres componentes principales (Muñoz, 2016; Reyes y Tena, 2016):

1. Conductual: Esto es lo más observable del proceso emocional, se refiere a la conducta asociada p. ej. Reír, llorar, fruncir el ceño, huir.

2. Fisiológico: Son los cambios fisiológicos que implica al SNA y el sistema endocrino. Todas estas respuestas son involuntarias, por lo tanto, se tiene poco o nulo control, aunque se puede estar consciente de algunos de sus efectos (sudoración, temblores, resequedad en la boca).

3. Cognitivo: Es la experiencia subjetiva de la emoción, al que se le denomina sentimiento.

Suelen observarse cambios en tres tipos de canales de expresión emocional: a) a nivel experiencial, lo que experimenta el sujeto (sentimientos de alegría, tristeza, enfado, etc.); b) a nivel corporal o fisiológico (cambios en el ritmo cardíaco o respiratorio, aumento de sudoración, cambios en la tensión muscular, etc.); y c) a nivel observacional-motor (sonrisa, llanto, expresiones faciales de ira, de miedo, etc.).

Las diferencias entre los distintos modelos teóricos acerca de la emoción se deben al papel primordial que otorgan a cada una los sistemas de respuestas, y al cómo ven la relación entre estos tres (Chóliz, 2005; Gross, 2012), puesto que no todas estas teorías otorgan la misma importancia a cada sistema, incluso algunos modelos solo se centran en alguna de estas tres dimensiones (Muñoz, 2016, Trejo, 2013).

## **2.4. Teorías de la Emoción**

La emoción se ha estudiado desde diversas perspectivas teóricas. Plutchik (1980), propone 4 grandes tradiciones teóricas en el estudio de la emoción, entre ellas: 1) la perspectiva psicofisiológica iniciada por James y seguida por Cannon y Damasio, 2) la evolutiva, desarrollada por Darwin, 3) la teoría motivacional y 4) las teorías cognitivas.

Una teoría general de la emoción debe explicar al menos los siguientes elementos y las relaciones entre ellos: a) un estímulo o situación, que presente cierto potencial, y sea generador de emociones; b) un sujeto capaz de percibir la situación o estímulo y reaccionar ante ella; c) el significado que el sujeto concede a la situación; d) la experiencia emocional que el sujeto percibe en la situación; e) la reacción corporal; y f) la expresión motora-observable (Palmero, 1996).

### **2.4.1. La perspectiva evolutiva.**

Dentro de esta perspectiva se encuentra los estudios de Darwin (1972). Doce años antes de la primera publicación del artículo de James titulado ¿Qué es una emoción?, Darwin ya describía en su libro *La Expresión de las Emociones en el Hombre y los Animales*, las emociones innatas y la relación que éstas tienen con el pasado evolutivo como especie. Él influyó en la forma de estudiar las emociones con su teoría, basándose en la observación de las expresiones emocionales, tanto de animales como seres humanos (Oatley, Kelter y Jenkins, 2006).

Observó que los miembros de una misma especie reconocen en otros los movimientos y/o expresiones faciales asociados a estados emocionales. Encontró que las formas de expresión de las emociones en las diferentes especies: primero, que tenían un valor de supervivencia en el pasado; segundo, algunas expresiones emocionales ocurrían por cambios en el sistema nervioso central (Palmero, 1996; Petri y Govern, 2006, Plutchik, 2002).

Desde esta perspectiva, las emociones también han evolucionado y cumplen una función adaptativa. Darwin resalta el papel adaptativo de las reacciones emocionales, en especial de la expresión facial. Explica que dichas expresiones tienden a acompañar a los mismos estados emocionales en los seres humanos de todas las especies y culturas, incluso en aquellas personas que han nacido ciegas.

La expresión emocional y la interpretación acertada de las expresiones emocionales de otros individuos son funciones fundamentales para la supervivencia (Chóliz, 2005, Oatley, Kelter y Jenkins, 2006).

#### **2.4.2. La perspectiva fisiológica.**

La teoría de las emociones más representativa de la postura fisiológica es la teoría desarrollada por William James (1894) y Carl Lange (1895). Fue elaborada por estos dos autores de manera independiente, pero fue nombrada como “La teoría James-Lange” derivado de las investigaciones de ambos autores. Ambos concluyeron que los estímulos provocan cambios fisiológicos en el cuerpo y las emociones son el resultado de ellos, no la causa.

La premisa principal de esta teoría menciona que la percepción que se tiene de un evento u objeto, provoca la emoción. Lo explican de la siguiente manera: la percepción de un estímulo ambiental provoca cambios fisiológicos que a su vez causan reacciones corporales ante el estímulo ambiental, lo que lleva a la presencia de la experiencia emocional, de tal forma que si vemos un furioso león frente a nosotros se da una reacción fisiológica (como el aumento del ritmo cardíaco) y posterior a ello se da la reacción de huida (reacciones corporales) y como resultado de dicha activación sentimos miedo (emoción).

Para James y Lange cada emoción es producto de alguna respuesta corporal. Por pequeña que esta sea, la percepción de estos cambios es la experiencia emocional. Esto implica que al controlar la conducta, se pueden controlar las experiencias emocionales. Por ello, a la teoría de James se le llama Teoría Periférica de las Emociones, que fue la primera Teoría Psicológica desarrollada sobre la emoción (Palmero, 1996).

Contrario a la postura de James-Lange, se encuentra la postura de Cannon-Bard (1927). Ellos consideraban que la emoción no es resultado de la activación fisiológica sino que la expresión de las emociones coincide con la activación del organismo. Para estos autores la respuesta conductual y emocional es simultánea, es decir, siguiendo el ejemplo anterior, observas al león, te asustas y corres al mismo tiempo.

Estas conclusiones fueron derivadas de los descubrimientos en sus experimentos en donde encontró la existencia de circuitos y regiones cerebrales relacionadas con las emociones, localizadas en el hipotálamo en asociación con el sistema límbico (Oathley, Kelter y Jenkins, 2006).

Cannon-Bard hacen una crítica a la teoría de James-Lange, haciendo énfasis en que las reacciones físicas son las mismas para emociones diferentes y no se puede distinguir una emoción de otra basándose en las señales fisiológicas. Por lo tanto Cannon-Bard concluyen que en la experiencia emocional debe de existir más que sólo el componente fisiológico, de otra manera no podría distinguirse un estado emocional de otro (Palmero, 1996; Trejo, 2013).

De la misma manera, Antonio Damasio (2003), defiende la postura fisiológica de las emociones y define la emoción como un conjunto complejo de respuestas químicas y neuronales que forman un patrón distintivo.

Estas respuestas son producidas por el cerebro cuando detecta un estímulo emocionalmente competente, es decir, cuando el objeto o acontecimiento, real o recordado mentalmente, desencadena una emoción y las respuestas automáticas correspondientes. Estas respuestas provienen de un cerebro preparado evolutivamente para responder a determinados estímulos competentes, además de los repertorios conductuales aprendidos a lo largo de toda una vida de experiencias (Damasio, 2003).

### **2.4.3. La Perspectiva cognitiva.**

Schachter y Singer (1971), incluyeron la dimensión de la cognición en la explicación de las emociones. Argumentaron que la cognición interviene entre el arousal fisiológico y la emoción, de tal forma que la persona realiza una interpretación de la situación, evaluándola; es entonces cuando se desencadenaría la emoción, que sería el resultado de dicha evaluación (Muñoz, 2016), pero también de las respuestas corporales (Fernández et al., 2010).

A esta propuesta se sumaron las aportaciones de Lazarus. Él plantea, al igual que Schachter y Singer, que los cambios corporales son importantes, pero insuficientes para explicar la emoción. Concuerta a su vez, en que es necesario evaluar previamente la situación para que el sujeto experimente la emoción; por lo que, el primer paso para activar la secuencia emocional, desde esta teoría es la valoración cognitiva de la situación (Muñoz, 2016; Trejo, 2013).

Lazarus (1991) afirmó que la cognición era necesaria y suficiente para evocar la emoción, y que ésta precede a la emoción. La evaluación ocurre por la interpretación de los estímulos o situaciones en relación al nivel de inteligencia, habilidades sociales, estilos de afrontamiento y formas de pensamiento del sujeto (Plutchik, 2002).

## 2.5. Clasificación de las Emociones

Con relación a la clasificación de las emociones, la mayoría de los autores las engloban en dos grandes grupos, que son las primarias, básicas o elementales y a partir de estas surge el segundo grupo referente a las llamadas emociones secundarias, complejas o derivadas, que suelen ser una mezcla de las emociones primarias (Moraleda, 2015).

Plutchik (1980), describe 8 emociones básicas (aceptación, miedo, sorpresa, tristeza, aversión, ira y expectación) y como una mezcla de las anteriores se manifiestan la furia, la ansiedad, el terror, entre otras.

Por otra parte Izard (1984), clasifica las emociones básicas en tres tipos: emociones positivas, emociones neutrales y emociones negativas, como se muestra en la tabla 6.

Tabla 5

<i>Clasificación de las emociones básicas de Izard (1984)</i>		
Emociones positivas	Emociones neutrales	Emociones negativas
Interés	Sorpresa	Miedo
Alegría		Ira
		Asco
		Angustia
		Desprecio
		Vergüenza
		Culpa

Fuente: Izard, Kagan, & Zajonc, (1984): Emotions, cognition and behavior. Cambridge University Press.

Fredrickson (1998) por su parte realiza una clasificación de las emociones en dos grandes grupos: positivas y negativas con relación al bienestar o malestar que producen, las cuales se describen a continuación.

### **2.5.1. Emociones positivas.**

Las emociones positivas son aquellas en las que predomina el placer y el bienestar. Este tipo de emociones movilizan escasos recursos para su afrontamiento, además de que permiten crear fortalezas personales que conducen a un estado de felicidad (Diener, Larsen y Lucas, 2003).

Son definidas como reacciones breves que son experimentadas cuando sucede algo que es significativo para la persona (Contreras y Esguerra, 2006).

Se han propuesto clasificaciones diversas de las emociones positivas, entre las que destacan las de Fredrickson (1998), quien presenta cuatro tipos de emociones positivas: el amor, la alegría, la satisfacción y el interés. Por su parte Seligman (2002), habla del optimismo como una emoción positiva básica y plantea incluirla en la clasificación de Fredrickson.

### **2.5.2. Emociones negativas.**

Las emociones negativas, llamadas de esta manera por generar una experiencia desagradable y la movilización de muchos recursos para afrontarla o evitarla, son el resultado de una evaluación incongruente respecto a los propios objetivos, lo que representa una amenaza o conflicto (Palmero, Fernández, Martínez y Chóliz, 2002).

Dentro de esta categoría se encuentran el miedo, ira, tristeza, culpa, vergüenza, envidia, celos y disgusto. Estas emociones, al volverse intensas o habituales, pueden desarrollar un trastorno de salud tanto mental como física, ya que se encuentran relacionadas a la presencia de algunos trastornos mentales (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

## **2.6. Función de las Emociones.**

Todas y cada una de las emociones que se experimentan tienen alguna función que les confiere utilidad. Permiten que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales que desde el punto de vista de la teoría evolutiva, sería de supervivencia, incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y personal (Chóliz, 2005).

Ya Darwin su libro “La expresión de las emociones en los animales y el hombre” en 1872 puso en manifiesto dos importantes funciones de las emociones:

- 1) Facilitaban la adaptación del organismo.
- 2) Servían como medio de comunicación mediante la expresión de la conducta emocional.

Derivado de estas premisas, se le han otorgado a las emociones funciones como las que ya desatacaba Darwin, además de que ha incorporado la visión de Plutchik, (1991) que dieron como resultado la función adaptativa, describiendo la función motivacional y social.

### **2.6.1. Adaptativa.**

Darwin mencionaba la función social de la emoción al describir que sirve para facilitar la conducta apropiada, lo cual le confiere un papel de extraordinario y relevante en la adaptación (Chóliz, 2005). Autores neo-darwinistas como Plutchik, Tomkins, Izard y Ekman, siguieron esta premisa para el posterior desarrollo de sus investigaciones.

Una de las funciones más importantes de la emoción es la de preparar al individuo a ejecutar de forma eficaz la respuesta que se espera en la situación, lo que permite la adaptación a su medio ambiente y asegura su supervivencia (Ciarrochi, Hayes y Bailey, 2012; Trejo, 2013).

En este sentido, Plutchik (1980), realiza una clasificación de las principales emociones y las relaciona con su función adaptativa. Menciona que cada una de estas emociones cumple una función adaptativa al responder a una exigencia ambiental, estas emociones se muestran en la tabla 5.

Tabla 6

*Relación entre la emoción y su función adaptativa*

Emoción	Función adaptativa
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Sorpresa	Exploración

Fuente: Plutchik, R. (1991): *The Emotions*. New York. University Press.

### **2.6.2. Social.**

Izard (1984), explica que junto con la función adaptativa, las emociones también cumplen una función social. Esta se refiere a la comunicación social que se puede observar; existen varias funciones sociales: por ejemplo, la de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos y promover la conducta prosocial.

Una emoción como la felicidad favorece los vínculos y relaciones sociales, mientras que la ira puede generar respuestas de evitación. Por lo tanto, la función social de las emociones juega un papel fundamental en la comunicación y la vida social de los sujetos (Moraleda, 2015).

Siguiendo esta idea aparece un concepto muy relevante en estudio de las emociones “la expresión de las emociones”, esta expresión permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual interviene en los procesos de relación interpersonal (Chóliz, 2005).

## 2.7. La Regulación Emocional

Las dificultades para regular las emociones se relacionan a comportamientos impulsivos y desadaptativos (Reyes y Tena, 2016). De hecho, estas dificultades en regulación emocional se han encontrado en el 75% de las categorías diagnósticas del Manual diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Por ejemplo en los trastornos de ansiedad, en el límite de la personalidad, en el trastorno por estrés postraumático, en abuso de sustancias, por lo que se sugiere que la persistencia en las dificultades para regular las emociones parece ser un mecanismo subyacente a la disfunción (Wegner y Gross, 2010).

La regulación emocional se define como el proceso mediante el cual la persona influye sobre su emoción, es decir cuando el individuo realiza una estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso (Gross y Thompson, 2007, Behar, 2011). Estas estrategias pueden llegar a cambiar o modificar alguno de los tres componentes de la emoción (Rodríguez, et al., 2017).

Dan-Glauser y Gross, (2013), mencionan dos tipos de estrategias por una parte se encuentran las de reinterpretación, esta se utiliza al identificar y reconocer el malestar de modo que se pueda reinterpretar, contextualizar y manejar de una forma adaptativa, por otro lado se encuentran las estrategias de supresión esta tiene como objetivo reducir la respuesta emocional en alguno de sus componentes i bien evitar la causa del malestar.

Rodríguez, Gempeler, Patino, Lozano y Pérez (2011) mencionan que la expresión de las emociones y la dificultad para su reconocimiento son aspectos importantes de la psicopatologías de los trastornos de ansiedad, déficit de atención, , trastorno límite de la personalidad, trastorno de dependencia a sustancias y los TCA, que comparten como resultado la desregulación emocional.

Rodríguez et al. (2010), en un estudio con pacientes con anorexia nerviosa encontraron que en comparación con participantes del grupo control sanos, estas pacientes presentan un desempeño deficiente en las tareas de funcionamiento y reconocimiento emocional. Y concluyen que la existencia de dificultades en la regulación de las emociones puede ser causada por la depresión y los sesgos atencionales

Por su parte, Lavender et al. (2015) en su revisión acerca de las dimensiones de la regulación emocional en individuos con TCA, señalan que en las pacientes con AN y BN se observan deficiencias tanto en el uso de estrategias flexibles y adaptativas frente a fuentes de malestar emocional, como en la habilidad para inhibir comportamientos impulsivos ( atracón, purga, autolesión, abuso de sustancias) y mantener el comportamiento orientado en la meta propuesta.

Además, se ha examinado el papel de ciertas cogniciones relacionadas con comida, sin embargo no está claro si la ingesta de ciertos tipos de alimentos constituye una estrategia maladaptativa de regulación de emociones negativas, o bien, si la emoción negativa es resultado de comer alimentos “no permitidos” (Hayaki, 2009).

Además de las afectaciones en pacientes con TCA, sobrepeso u obesidad, existen investigaciones que han encontrado que en pacientes con ansiedad generalizada presentan problemas para reconocer las emociones, aceptarlas y regularlas (Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007).

La importancia del estudio de las emociones y su relación con la regulación de las emociones han desarrollado un campo de investigación desde el área de la psicología y en años recientes se han vinculado a posibles relaciones entre la conducta alimentaria y el impacto de las emociones en ella, esto se desarrollará en el tercer capítulo.

### **Capítulo 3. Relación entre Emociones y Conducta Alimentaria: El Comer Emocional**

La conducta alimentaria del ser humano no se desarrolla de manera azarosa, se adquiere en el seno de una estructura familiar y social del entorno inmediato, es así como el ser humano aprende qué alimentos ingerir, de qué forma prepararlos, de qué manera combinarlos, los rituales y normas socialmente aceptados a la hora de consumirlos (Chinchilla, 2005).

En México, la alimentación no balanceada y los excesos de comida han sido considerados como un factor importante de la causa del sobrepeso y la obesidad, que se consideran los problemas de salud con más alta prevalencia en México y el mundo. Además, se han convertido en el principal problema nutricional asociado a las principales causas de muerte en el país, y por su aumento constante y creciente, en los últimos años ha llegado a considerarse una pandemia (OMS, 2015).

Uno de los factores que se han identificado como posibles desencadenantes de la ingesta excesiva es la experiencia de las emociones (Evers, Adriaanse, De Ridder & De Witt Huberts, 2013).

En este capítulo se revisará el concepto del ingesta emocional, los distintos nombres que se le ha otorgado, las teorías desarrolladas así como las investigaciones relacionadas con este concepto, por último los instrumentos desarrollados y las propiedades métricas reportadas en estudios internacionales y nacionales.

### **3.1. Definición del comer emocional**

Las relaciones entre alimentación y emociones, ha sido nombrado de diversas maneras, entre ellas “Sobrepeso emocional” (Clerget, 2009) haciendo énfasis en el exceso de peso, “desinhibición emocional” enmarcando la emoción como el principal factor por el cual sucede la desinhibición y da como resultado la sobreingesta (Hays y Roberts, 2008); “Conducta alimentaria emocional” (Lazarevich, Irigoyen, Velázquez & Salinas, 2015) esta definición comienza a incorporar el hecho de que puede llegar a presentarse en personas no sólo con exceso de peso y por último “Ingesta emocional” (Adriaanse, De Ridder y Evers, 2011; Ouwens, et al., 2009), este último concepto es el que será utilizado en la presente investigación.

Dentro de la literatura, el concepto de ingesta emocional aparece relativamente constante como “la tendencia a consumir alimentos en respuesta a estados emocionales negativos” (Van Strien, Herman y Anschutz, 2012), sin embargo, autores como Lazarevich, et al., (2015) consideran este constructo como un estilo de afrontamiento aprendido que reduce y regula el efecto de las emociones, y se considera que una emoción negativa no es en sí la responsable de la sobreingesta, alimentaria, sino la forma en la que la persona afronta dicha emoción (Sánchez y Pontes, 2012).

Desde el punto de vista biológico, se considera el comer emocional algo paradójico, ya que las emociones negativas provocan que el organismo sufra estrés, que a su vez genera la liberación de hormonas inhibitoras del apetito (Blair, Wing y Wald, 1991); siguiendo este modelo biológico, las emociones negativas deberían suprimir el apetito, pero se ha observado que algunas personas ingieren grandes cantidades de comida tras experimentar emociones negativas, esto sería llamado, ingesta emocional.

### **3.2. Teorías Explicativas acerca de la Ingesta Emocional**

Las teorías que entablan la relación entre las emociones y los comportamientos alimentarios tienen su origen en la literatura de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria (Canetti, Eytan, Elliot & Berry, 2002).

Se han propuesto teorías para explicar la alimentación emocional, sus determinantes y resultados, entre las que se explicarán la teoría psicosomática y el modelo de las cinco vías de Macht (2008).

#### **3.2.1. Teoría psicosomática.**

La teoría principal asociada con la ingesta emocional es la teoría psicosomática, ésta se centra en tratar de explicar cómo algunas personas realizan un consumo de alimentos excesivo en respuesta a estados emocionales puede dar como resultado un aumento de peso, sostiene que, en momentos de angustia, ansiedad, tristeza la comida se utiliza como una defensa emocional que, a su vez, se va volviendo un hábito y lleva a las personas a ir aumentando de peso (Kaplan & Kaplan, 1957).

Esta teoría establece que las personas identificadas como "comedores emocionales" responden a estados emocionales como enojo, miedo o ansiedad, comiendo en exceso y dejan de lado sus señales internas, como el hambre y la saciedad (Kaplan y Kaplan 1957); a diferencia de los comedores con normo peso que responden a estos estados con una pérdida de hambre, que daría como resultado una disminución de peso (Van Strien, 1986).

La revisión de Ganley (1989) de la alimentación emocional en adultos con obesidad (estudios clínicos, no clínicos y de laboratorio) presentó un modelo de reducción de la ansiedad que explicaba las diferencias individuales. Encontró que las personas obesas a menudo informaban que comían en respuesta a la ira, la soledad, el aburrimiento y la depresión.

Además, señaló la importancia de una evaluación integral del estrés y la necesidad de prestar atención a los estados de ánimo específicos que llevaron a comer en exceso, ya que la evaluación se realizó por auto reporte verbal de los participantes.

### **3.2.2. El modelo de las cinco vías.**

Macht (2008), derivado de investigaciones en participantes identificados como comedores emocionales identifica cinco cambios inducidos por la emoción, y los resume en los siguientes puntos que se muestran en la figura 2.

1. Las emociones provocadas por las características estimulantes del alimento afecta la elección del alimento.

2. Las emociones altas en intensidad suprimen la ingesta, debido a las respuestas emocionales incompatibles. El estrés que se presenta de manera crónica o intensa, provoca una disminución de la ingesta, esto, derivado de la respuesta fisiológica natural al estrés.

3. Las emociones moderadas en la excitación o la intensidad afectan el comer en función de motivaciones individuales para realizar la ingesta, que puede ser:

a) En la ingesta restrictiva, las emociones negativas y positivas aumentan la ingesta de alimentos debido al déficit en el control cognitivo.

b) En la ingesta emocional, las emociones negativas provocan la tendencia a ser regulado por el comer y, en consecuencia, aumentar la ingesta de alimentos dulces y ricos en grasa.

c) En la ingesta normal, Las emociones afectan el comer en congruencia con sus funciones cognitivas y motivacionales. Durante la presencia de emociones negativas, la información verbal negativa se recupera más rápidamente que la positiva.

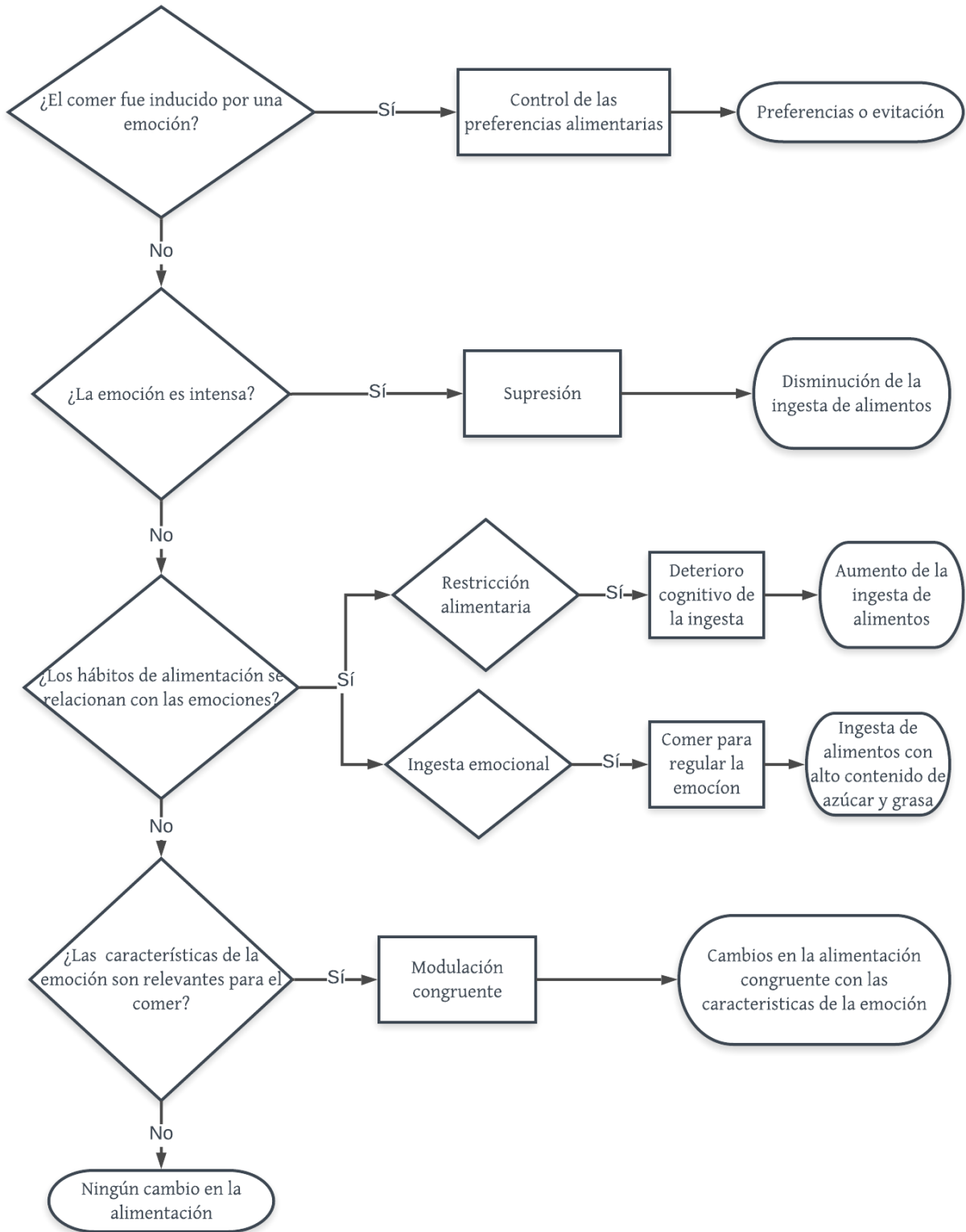


Figura 2. Modelo de las cinco vías de Macht (2008).

Siguiendo este modelo, en los comedores clasificados como emocionales las emociones negativas disminuyen o incrementan la ingesta de comida, dependiendo de la intensidad de la emoción y de los hábitos relacionados con las emociones, es decir la frecuencia con la que se lleva a cabo; ya que las personas con bajos puntajes en las escalas de comer emocional pueden experimentar esta motivación, pero con menos frecuencia y en forma menos consistente esa sería la diferencia entre el subir o no de peso (Macht y Roth, 2000).

### **3.3. Investigaciones acerca del comer emocional**

Mediante el estudio de las emociones en la conducta alimentaria, se ha identificado que los comedores emocionales incrementan el consumo de los alimentos en respuesta a emociones desagradables; en cambio, los comedores no emocionales no modifican sus niveles de consumo o incluso lo restringen (Schachter, Goldman y Gordon, 1968).

Se ha señalado que las emociones pueden aumentar la ingesta de alimentos en un grupo de personas, por ejemplo, comedores restrictivos, pero disminuir la ingesta de alimentos en otro grupo, por ejemplo comedores no restrictivos. Además, diferentes emociones pueden aumentar o disminuir el consumo en el mismo grupo de individuos (Macht, 2008).

A pesar del énfasis que se ha hecho en estudios previos sobre la influencia de las emociones desagradables en los comedores emocionales, estudios recientes han generado controversia debido a que se ha identificado que los comedores emocionales también incrementan su consumo durante las emociones agradables. Por ejemplo al inducir experimentalmente estados emocionales, tanto en la condición de emociones agradables como emociones desagradables, los participantes que fueron identificados como comedores emocionales consumieron más calorías que los participantes del grupo control (Bongers, Jansen, Havermans, Roefs, Nederkoorn, 2013).

### **3.3.1. Estudios experimentales.**

El diseño de estudios experimentales sobre la alimentación emocional generalmente consiste en una manipulación del estado de ánimo (a menudo tristeza o estrés) seguido de una prueba de sabor falso en la que se mide secretamente la ingesta de alimentos del participante.

Los paradigmas específicos para la manipulación del estado de ánimo varían según los estudios. Los más utilizados son los clips de película y el recuerdo (a veces en combinación con música que induce el estado de ánimo), seguido de las variaciones de la tarea de estrés social de Trier (TSST) y la retroalimentación falsa (Bongers y Jansen, 2016).

En un estudio en mujeres clasificadas como comedoras emocionales Van Strien et al. (2013) reportaron que estas mujeres presentaban mayor ingesta de alimentos ante la emoción de tristeza vs felicidad, es decir, comían significativamente más cuando se sentían tristes en comparación con sentirse felices, mientras que los comedores no emocionales no diferían en su ingesta.

En contraste con estos hallazgos, Evers et al. (2009-estudio dos) no encontraron diferencias en la ingesta de alimentos entre comedores no emocionales vs emocionales, ya sea en un estado de ánimo negativo o positivo. Del mismo modo, en otros dos estudios que incluyeron manipulaciones negativas, neutrales y positivas del estado de ánimo, no hubo diferencias entre los grupos cuando se encontraba en un estado de ánimo negativo (Bongers et al., 2013 a,b).

En un estudio realizado por Bongers, Van den Akker, Havermans y Jansen, (2013) realizado en mujeres con manipulaciones de ánimo positivos, neutrales y negativos, mediante películas, no se encontraron diferencias entre grupos (comedores emocionales y no emocionales), cuando se inducía en un estado de ánimo negativo o positivo en la ingestión de malteadas de vainilla.

Mientras que, Van Strien, Roelofs, y De Weerth, (2013), utilizando la Prueba del estrés social encontraron aumento de la ingesta de alimentos en comedores emocionales después de realizar la prueba en comparación con comedores no emocionales.

### **3.3.2. Estudios no experimentales**

Con la finalidad de estudiar la alimentación emocional en un ambiente más natural, un número de estudios naturalistas se han llevado a cabo. En estos estudios, los participantes deben completar un diario en el que anotan sus molestias diarias y / o estados de ánimo, y consumo de comida. Las molestias diarias se refieren a eventos, pensamientos y situaciones que pueden producir sentimientos negativos (por ejemplo, molestia, preocupación), estos malestares pueden ser considerados como un factor que desencadena la sobre ingesta en comedores emocionales (Bongers y Jansen, 2016).

En un estudio realizado por Bennett, Greene, y Schwartz (2013), para conocer las percepciones de comportamientos alimentarios emocionales en jóvenes adultos, encontraron que el estrés fue identificado por las mujeres como el desencadenante del comer emocional y después del episodio identificaron una emoción de culpa. Respecto a los hombres, los estados de ánimo como el aburrimiento o la ansiedad los identifican como desencadenantes y perciben la sobre ingesta como una distracción; y por su parte, experimentaban menos la sensación de culpa, después de la sobre ingesta.

Otros dos estudios se centraron en el estado de ánimo y el afecto, en lugar de molestias diarias. Adriaanse et al. (2011), pidió a sus participantes que informaran el estado de ánimo y el consumo de comida no saludables durante 1 semana y descubrió que las ganas de consumo por comida no saludable habitual se explica

mejor por la restricción alimentaria comparado con el comer emocional. En un estudio sobre la ingesta de alimentos en participantes con obesidad mórbida, el comer emocional no tuvo ningún efecto sobre la ingesta total de alimentos o la ingesta de alimentos específicos en un estado de ánimo negativo o positivo (Brogan y Hevey, 2013).

En relación a la edad se ha mostrado que el grupo de adolescentes son los que presentan mayor comer emocional, derivados de los cambios propios de la etapa (Gallant 2010). En cuanto al género se ha descubierto que el comer emocional es mayor en las mujeres que en los hombres (Burton, Smith, y Lightowler, 2007).

Sin embargo, la evidencia actual no es contundente, ya que en algunos estudios se ha encontrado que las personas que no son identificadas como comedores no emocionales, si aumentan su consumo de comida, pero también ante emociones positivas, como festejos, aniversarios o comidas familiares (Torrando, Villarascó, Hernández, y Goñi, 2015).

Es por lo anterior, que algunos autores han planteado la posibilidad de distinguir entre la ingesta como respuesta a emociones negativas (p. ej. Tristeza, desilusión, enfado, ansiedad) y la sobreingesta como respuesta a emociones positivas (p. ej. Felicidad, placer, agrado) (Ruiz, Santiago, Bolaños, y Jáuregui, 2010).

Se ha descrito, que las emociones que son consideradas positivas suelen incrementar la motivación y el placer por el consumo de alimentos, a través de un mecanismo de aprendizaje asociativo donde la emoción positiva, es vinculada con el ingerir más comida (Patel & Shlundt, 2001), por el contrario en el caso de las emociones negativas se lleva a cabo con la finalidad de regular las emociones

experimentadas y tratar de “ sentirse mejor” (Match, 2008; Match y Simons, 2000; Sánchez y Pontes, 2012).

Se ha estudiado la relación entre el peso y las emociones, estudios han encontrado que existe una mayor ingesta de alimentos relacionada con las emociones negativas, cuando se les compara con personas de peso normal (Acevedo y Gómez-Peresmitré, 2013; Paleo, 2016) de la misma manera se ha encontrado relación positiva entre el índice de masa corporal (IMC) y el comer emocional (Adriaanse et al, 2011; Benito y Torrado, 2012, Paleo, 2016) tanto en población adolescente como adulta (Gossens et al, 2009; Tanofsky-Kraff et al, 2007).

En cuanto a diferencias por IMC se han encontrado diferencias, ya que entre mayor sea el IMC estos presentan mayores puntuaciones en la escala de comer emocional (Van Strien, Herman, y Verheijden, 2012), a su vez, consumen más alimentos ante emociones negativas (Herman y Polivy, 1984).

### **3.4. Instrumentos que se han realizado para Evaluar la Ingesta Emocional**

#### **3.4.1. Adaptaciones.**

##### ***3.4.1.1. The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ).***

Stunkard y Messick (1985), desarrollaron a partir de la teoría de la restricción alimentaria el “Three Factor Eating Questionnaire”, el cual contiene 51 ítems que evalúan tres dimensiones de la conducta alimentaria: restricción cognitiva (tendencia a restringir cognitivamente el alimento) con 21 ítems, desinhibición (pérdida del control de lo que se come) 16 ítems y la susceptibilidad al hambre (el deseo por la comida) con 21 ítems.

Su aportación principal fue incorporar una visión más detallada de la conducta alimentaria.

Sin embargo, Ganley en 1988, en una investigación acerca de la estructura factorial de la escala, informó que la subescala de la desinhibición se agrupó en dos factores, labilidad del peso y la ingesta emocional (con tres ítems).

La versión revisada TFEQ-R18 elaborada por Karlsson et al. (2000), contiene tres ítems que evalúan la ingesta emocional y en la segunda versión revisada TFEQ-R21 se introdujeron tres ítems para complementar la dimensión (Cappelleri et al., 2009).

Con relación a la utilidad del instrumento se identificaron que el instrumento fue útil para discriminar entre muestras de pacientes con obesidad con o sin atracón, ya que los pacientes con atracones presentaron puntuaciones más altas en las escalas de desinhibición y hambre (Bas, Bozan y Cigerim, 2008; López, et al., 2011)

Así mismo Stunkard y Messick (1985) reportaron que el instrumento ha sido útil para identificar el tipo de tratamiento en personas con obesidad, ya que los individuos que obtienen puntajes altos en la escala de restricción, responden mejor al tratamiento psicológico.

Algunas de las limitaciones que se han encontrado en este instrumento es el formato de verdadero o falso ya que ponen al usuario en un situaciones que ninguna elección es válida todo el tiempo y se responder de maneras socialmente deseables (Stunkard y Messick, 1985).

Además, se han reportado modificaciones en los factores al tratar de replicar la estructura factorial de la escala, por ejemplo en la investigación de López, et al. (2011), se sugieren dos factores desinhibición y restricción alimentaria al igual que lo reportaron Atlas et al. (2004) y Sánchez-Carracedo et al. (1999), indicando problemas en la subescala de hambre (López, et al., 2011).

#### **3.4.1.2. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ).**

El cuestionario holandés de conducta alimentaria (DEBQ, por sus siglas en Inglés), se diseñó originalmente para su aplicación en población holandesa por Van Strien et al. (1986). El instrumento cuenta con 33 ítems que evalúan tres tipos de conducta

alimentaria y cuenta con una buena confiabilidad a través del método de consistencia interna: comer emocional ( $\alpha = .91$ ), comer externo ( $\alpha = .80$ ) y restricción cognitiva ( $\alpha = .95$ ). Presenta un formato de respuesta con una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que va de 1 (*Nunca*) a 5 (*Siempre*).

Posteriormente, fue traducida al idioma inglés (Wardle 1987) y, a partir de ésta, a diversos idiomas: francés (Lluch et al., 1996), sueco (Halvarsson y Sjöden, 1998), portugués (Viana y Sinde, 2003), italiano (Caccialanza et al., 2004), turco (Bozan et al., 2011), español (Baños et al., 2011) y la traducción al inglés hecha por los autores de la versión original (Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 2002).

A su vez, se han adaptado diferentes versiones en adultos y adolescentes, Lluch et al. (1996) reportaron una consistencia interna de  $\alpha = .82$  para el factor de restricción,  $\alpha = .87$  para comer emocional y  $\alpha = .81$  para comer externo. Por su parte, en la versión para adultos mayores de 65 años el instrumento cuenta con 16 reactivos con un  $\alpha = .90$  para comer emocional,  $\alpha = .71$  para restricción alimentaria y  $\alpha = .70$  para comer externo (Bailly, Maitre, Amanda, Hervé y Alaphilippe, 2012).

La versión para niños del DEBQ (DEBQ-C) fue desarrollada por Van Strien y Oosterveld (2008), consiste en 20 reactivos con 3 opciones de respuesta 1 (*Sí*), 2 (*No*) y 3 (*Algunas veces*) fue aplicado a niños de 7 a 12 años, los factores reportaron un  $\alpha = .80$  para comer emocional  $\alpha = .76$  para restricción y  $\alpha = .68$  para comer externo.

Mientras que el DEBQ facilita un análisis más detallado del comer emocional que el instrumento de Stunkard y Messick (1985), no permite distinciones en la relación entre los estados de ánimo específicos (p. ej., ira, ansiedad, depresión) y el comer en exceso (Arnou, Kenardy & Agras, 1995).

Otra limitación que se ha encontrado en el DEBQ se refiere al no separar las emociones de las situaciones emocionales, ya que algunas preguntas en el DEBQ podrían considerarse situacionales. Además, existe evidencia de que la alimentación se ve afectada de manera diferente por las emociones de diferente valencia, aunque se sabe relativamente poco acerca de los efectos de las emociones positivas en la alimentación (Macht, 2008)

#### **3.4.1.3. The Emotional Eating Scale (EES).**

El Emotional Eating Scale fue desarrollado por Arnow, Kenardy y Agras, (1995), es un instrumento constituido para identificar la relación entre las emociones negativas y la sobre ingesta, cuenta con 25 emociones que consta de 3 subescalas, enojo/frustración, ansiedad y depresión, con una escala de respuesta de cinco opciones que va de 1 (*No deseos de comer*) a 5 (*Fuertes deseos de comer*).

Fue validado con 47 mujeres diagnosticadas con bulimia nerviosa y obesidad que se encontraban en un tratamiento para bajar de peso, respecto a la consistencia interna, reportan un  $\alpha = .81$  para la escala completa.

Así mismo para evaluar la confiabilidad por test-retest se obtuvo una correlación de  $r = .79$  ( $p < .001$ ) con una duración de dos semanas entre la primera y la segunda aplicación.

Para evaluar la validez discriminante, se aplicó el instrumento a un grupo con trastorno de ansiedad. Los resultados mostraron los siguiente: la subescala de enojo, la media para el grupo con trastorno de ansiedad fue de 5.1 ( $s = 4.3$ ) y para los comedores compulsivos 25.4 ( $s = 8.4$ ) [ $t(114) = -10.00$ ,  $p < .001$ ].

Para la subescala de ansiedad la media para el grupo de trastorno de ansiedad fue de 4.0 ( $s = 4.2$ ) y para los atracones compulsivos de 15.9 ( $s = 6.9$ ) [ $t(114) = -7.02$ ,  $p < .001$ ]. Para la subescala de depresión de la EEE, la media para el grupo de trastorno de ansiedad fue 5.2 ( $s = 3.6$ ) y para los atracones compulsivos 12.5 ( $s = 3.8$ ) [ $t(114) = -7.57$ ,  $p < .001$ ]. De este modo, los resultados proporcionan apoyo para

la validez discriminante de la escala.

Se cuenta con una adaptación para niños y adolescentes de 8 a 17 años la cual cuenta con 26 reactivos y tres dimensiones (depresión, ira/ansiedad/frustración y sentirse inestable) puesto que se agregó a la escala original una emoción referente a la emoción de felicidad, además se agregó una columna preguntando sobre el número de días por semana que los niños comieron en respuesta a cada emoción (Tanofsky, et al., 2007).

Existe una versión en el idioma en español adaptada y validada por Perpiñá, Cebolla, Botella, Lurbe y Torró (2011), para su aplicación en niños de 6 a 16 años en niños Españoles, en esta versión se eliminó la emoción de felicidad que fue agregada en la versión para niños, un análisis factorial exploratorio previo que produjo un modelo de cinco factores que consiste en la ira ( $\alpha = .74$ ), ansiedad ( $\alpha = .75$ ), depresión ( $\alpha = .64$ ), inquietud ( $\alpha = .67$ ) e impotencia ( $\alpha = .60$ ). En este análisis, la emoción "feliz" fue excluida.

Además se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio de comparación de modelos, entre el modelo original (Arnow, Kenardy y Agras, 1995), el modelo de Tanofsky, et al. (2007), un modelo unifactorial, y el cuarto modelo que fue el resultado del análisis factorial exploratorio de Perpiñá, et al. (2011).

Según los índices de ajuste CFI (.935), GFI (.850), AGFI (.816) SRMR (.66) RMSEA (.067),  $\chi^2$  (304.9110) gl (265), el modelo de cinco factores Perpiñá, et al. (2011), fue el que mejor se ajustó a los datos observados.

En conclusión, las subescalas de EES no muestran una estructura factorial sólida para hacer "distinciones" en las relaciones entre específicos estados de ánimo (por ejemplo, ira, ansiedad, depresión) y comer en exceso (Arnow et al. 1995, p. 81).

La EES se ha extendido recientemente a las emociones positivas EES-II esta adaptación fue realizada por Kenardy et al., (2003) pero esta versión se agregaron emociones positivas, pero no se reportan datos de validación (sin

factorial, confiabilidad o validez).

#### **3.4.1.4. The Eating Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire (EADES).**

El cuestionario de conducta alimentaria relacionada a emociones y estrés permite identificar cómo las personas usan la comida para manejar el estrés y las emociones., además de conocer las estrategias individuales de afrontamiento ante estas situaciones, su versión original fue diseñada por Ozier, et al. (2007).

Ozier, et al., 2007, tomaron como base el modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), que exponen las diferencias individuales en las respuestas de afrontamiento. El instrumento está conformado por 49 ítems divididos en tres subescalas: Alimentación relacionada con la emoción y el estrés (24 ítems, el alfa de Cronbach =.95); valoración de la capacidad y los recursos para afrontar (20 ítems, el alfa de Cronbach = .87); valoración de las influencias y estresores externos (5 ítems, alfa de Cronbach = .65).

Este instrumento cuenta con una adaptación al idioma español realizada por Lazarevich, Irigoyen, Velázquez & Salinas (2015), la versión traducida al español fue aplicada a una muestra de 232 estudiantes de 18 a 29 años. Al realizar el análisis factorial exploratorio la escala quedó constituida de 40 reactivos, y los ítems que mostraron cargas factoriales  $< 0,400$  fueron eliminados lo que dio como resultado tres factores: la autoeficacia en la alimentación relacionada con las emociones y el estrés (12 ítems,  $\alpha=.86$ ), la autoconfianza en la alimentación relacionada emociones y el estrés (9 ítems,  $\alpha=.83$ ) y el tercero valoración de la capacidad y los recursos para afrontar (19 ítems,  $\alpha=.90$ )

El análisis de confiabilidad (test-retest) se llevó a cabo con 75 participantes, el análisis mostró un coeficiente de correlación intraclase adecuado (ICC = 0.88,  $p < 0.01$ ).

Entre las limitaciones, cabe señalar que el estudio se realizó con una población no

clínica específica (estudiantes universitarios) con una prevalencia de obesidad bastante baja (9% del total de aplicaciones). Por lo tanto, se debe tener precaución al extrapolar los resultados entre otros grupos de la población.

#### **3.4.1.5. The Mindful Eating Questionnaire (MEQ)**

El cuestionario de alimentación consciente tiene como objetivo evaluar la alimentación consciente, que describe una conciencia de las sensaciones físicas y emocionales asociadas con la alimentación (Framson, et al., 2009).

Está basado en escalas que han sido elaboradas anteriormente que evalúan los constructos de alimentación y los tres factores individuales que modifican la conducta alimentaria como el DEBQ (Van Strien et al., 1986), TREQ (Stunkard y Messick, 1985), EES (Arnou, et al., 1995), e instrumentos que se refieren a la conciencia plena como the Mindful Attention Awareness Scale (Carlson & Brown, 2005), the Freiburg Mindfulness Inventory (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006), the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (Baer, Smith & Allen, 2004).

Este instrumento consta de 28 ítems y cinco subescalas: 1) desinhibición (8 ítems,  $\alpha=.83$ ); 2) conciencia (8 ítems,  $\alpha=.74$ ); 3) señales externas (6 ítems,  $\alpha=.70$ ) 4) respuesta emocional (4 ítems,  $\alpha=.71$ ); y 5) distracción (3 ítems,  $\alpha=.64$ ). Presenta escala tipo likert con 5 opciones de respuesta, cuatro va de “*Nunca*” a “*Siempre*” e incluye una quinta opción que se refiere a cuando el ítem no aplica para la persona denominado “*no aplica*”.

Fue validada en población de estados unidos, con una muestra de 303 participantes divididos en 7 grupos: estudio de yoga; gimnasio universitario; en un programa de pérdida de peso; gimnasio para bajar peso; en una empresa de desarrollo de software; en una empresa sin ánimo de lucro; profesores y administrativos en una escuela preparatoria, con edades de 18-80 años.

#### **3.4.1.6. The Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ)**

El Cuestionario del Apetito Emocional elaborado por Geliebter & Aversa, (2003) contiene 22 ítems referentes a la tendencia a comer en respuesta a emociones positivas (5 ítems,  $\alpha=.75$ ) y negativas (9 ítems,  $\alpha=.78$ ) e incluye las situaciones positivas (3 ítems,  $\alpha=.57$ ) y negativas (5 ítems,  $\alpha=.65$ ) fue validado en estados unidos con una muestra de 90 personas divididas en 3 grupos (normopeso, sobrepeso u obesidad) de los cuales 15 eran mujeres y 15 hombres en cada grupo con edades de 18-52 años.

Su formato de respuesta es una escala tipo likert de 9 puntos que se refiere a contestar comparando su consumo habitual al consumo cuando se presenta alguna emoción o situación ya sea positiva o negativa en una escala de respuesta que va de 1 "*mucho menos*" a 9 "*mucho más*" pasando por el 5 que indica "*lo mismo*" incluye un apartado que indica cuando el ítem no aplica a su caso y otra opción denominada "*no sé*" (Geliebter y Aversa, 2003)

El EMAQ ha demostrado una alta fiabilidad test-retest (los coeficientes de correlación oscilaron entre .71 y .95 (Geliebter & Aversa, 2003). Además, Nolan, Halperin, Geliebter, (2008) encontraron correlaciones entre las escalas del EMAQ y el DEBQ en específico en las subescalas de emociones negativas ( $r=.58$ ,  $p < 0.0001$ ), lo que indica validez convergente al reflejar el mismo constructo.

Cuenta con una adaptación al francés en estudiantes universitarios realizada por Bourdier et al., (2017) y realizaron un análisis factorial exploratorio obteniendo sólo dos factores, emociones positivas y negativas.

#### **3.4.1.7. El Cuestionario del Comedor Emocional (CCE)**

EL Cuestionario del Comedor Emocional (CCE) de Garaulet, et.al. (2012), elaborado

en España, su objetivo es identificar la ingesta emocional en pacientes con obesidad que se encuentran en tratamiento para bajar de peso, es un cuestionario de 10 ítems, con escala Likert con 4 opciones de respuesta que va de “nunca” a “siempre” y evalúa 3 factores: Deshinibición, tipo de alimento y culpa.

Fue aplicado a 354 personas, de las cuales 297 eran mujeres y 57 hombres que se encontraban en un tratamiento para bajar de peso basado en los principios de la dieta mediterránea, técnicas cognitivas y conductuales (Método Garaulet ©)

Respecto a las propiedades métricas del instrumento, este cuenta con una confiabilidad por consistencia interna de Deshinibición ( $\alpha=.77$ ), tipo de alimento, ( $\alpha=.65$ ) y culpa ( $\alpha= .61$ ), y respecto a la confiabilidad test-retest se obtuvo la correlación de Pearson ( $r= 0.70$ ).

Además cuenta con validez convergente con el MEQ (Framson, et al. 2009), los datos mostraron que el porcentaje de acuerdo entre la EEQ y la MEQ fue de alrededor del 70% con un índice Kappa de 0,40;  $p < 0,0001$ .

El instrumento permite clasificar a los participantes en 4 niveles según las puntuaciones obtenidos en la escala que va de, comedor no emocional (0-5 puntos), comedor poco emocional (6-10 puntos) comedor emocional (11-20 puntos) y comedor muy emocional (21-30 puntos).

Cuenta con adaptación a población Chilena, al realizar la validez de contenido fueron añadidas 2 preguntas, quedando constituido por 12 ítems (González, 2018), para la validación fue aplicado a 82 estudiantes universitarios con normopeso, sobrepeso y obesidad con edades de 18 a 30 años ( $\bar{x}= 21$ ), esta versión al realizar la validación quedó constituida por dos factores que explicaron el 56.6 % de la varianza total y obtuvo un alfa de Cronbach fue de 0.883.

El primer factor estuvo relacionado con la falta de control al comer y quedó conformado por seis ítems (2, 3, 4, 5, 8, 10). El segundo factor se conformó por cuatro ítems que evalúan la respuesta emocional de la persona al comer alimentos prohibidos (ítems 1, 6, 9, 12).

#### **3.4.1.8. The Positive-Negative Emotional Eating Scale**

Fue elaborado Sultson Kukk, y Akkermann en 2017, este instrumento se basa en el las emociones descritas en el instrumento de afecto positivo-negativo PANAS; (Watson, Clark, & Tellegen, 1988) y su validación fue realizada en mujeres. La escala está constituida por reactivos que evalúan la tendencia a comer en respuesta a emociones positivas (7 ítems,  $\alpha=.80$ ) y negativas (12 ítems,  $\alpha=.94$ ). La escala de respuesta es tipo Likert de cinco puntos de respuesta que va de 0 (*Nunca*) a 4 (*Frecuentemente*).

Sultson Kukk, & Akkermann (2017), encontraron correlaciones significativas con el puntaje total de escala del Eating Disorders Assessment Scale tiene subescalas de restricción alimentaria, purgas, preocupación por la imagen corporal y la escala de atracones), para emociones negativas ( $r=.66$ ,  $p < 0.01$ ) y emociones positivas ( $r=.29$ ,  $p < 0.001$ ), mientras que la subescala de atracones presentó una correlación significativa y alta con la dimensión de emociones negativas ( $r=.81$ ) y media-baja para emociones positivas ( $r=.38$ ).

#### **3.4.2. Elaborados en México.**

##### **3.4.2.1 Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP).**

En México fue elaborado por Silva y Jiménez (En prensa) un instrumento autoaplicable constituido por 24 reactivos en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van de “*nunca*” a “*siempre*”, para evaluar las creencias y las emociones de las personas respecto a su alimentación.

Los reactivos se encuentran agrupados en cinco dimensiones: creencias erróneas acerca del control de peso (9 ítems,  $\alpha = .91$ ), alimentos y emociones agradables (5 ítems,  $\alpha = .82$ ), comer emocional (4 ítems  $\alpha = .82$ ), desinhibición situacional (3 ítems,  $\alpha = .670$ ), importancia otorgada al peso corporal (3 ítems,  $\alpha = .694$ ), la consistencia interna total obtenida fue de  $a = .87$ , en tanto que la varianza total explicada por los cinco factores fue del 65% (Ramos, et al., 2016).

Dicho instrumento cuenta con aplicaciones en investigaciones como Ramos, et al. (2016) y Hernández (2016), sin embargo no se han reportado datos de análisis validez, y datos de confiabilidad sólo se encuentran los reportados por los mismos dos estudios mencionados anteriormente.

#### **3.4.2.2. Escala de Alimentación Emocional**

La escala de alimentación emocional fue elaborada por Rojas y García (2016), cuenta con 36 reactivos, con opciones de respuesta que van desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 6 (*totalmente de acuerdo*).

Fue validado con una muestra 795 participantes (362 hombres y 433 mujeres), con edades de entre 18 y 60. Derivado del análisis factorial exploratorio los factores quedaron divididos en cinco: Emoción (20 ítems y  $\alpha = .95$ ) familia (6 ítems y  $\alpha = .76$ ) indiferencia (4 ítems y  $\alpha = .69$ ), cultura (3 ítems y  $\alpha = .80$ ) y efecto del alimento (3 ítems y  $\alpha = .47$ ), que explican el 56.88 % de la varianza.

Para una revisión de los instrumentos elaborados para evaluar la ingesta emocional en adultos ver la tabla 7.

Tabla 7

*Instrumentos que han sido elaborados para evaluar la ingesta emocional en adultos*

Instrumento	País	ítems	Tipo de emoción	Población	Escala de respuesta	Subescalas
DEBQ- Subescala de ingesta emocional Van Strien et al. (1986)	Holanda	13	Negativas	Hombre y mujeres con normopeso y obesidad	Tipo Likert con 5 opciones que va de (1) <i>nunca</i> a (5) <i>siempre</i>	1. Emociones identificadas 2. Emociones difusas
EES Arnou, et al. (1995)	Estados Unidos	25	Negativas	Mujeres con obesidad y bulimia.	tipo likert de 5 opciones de respuesta que va de 1 ( <i>no deseo de comer</i> ) a 5 ( <i>Mucho deseo de comer</i> )	1. Enojo 2. Ansiedad 3. Depresión
EADES Lazarevich, et al. (2015).	México	40	Negativas	Estudiantes universitarios	Likert que va de: 1 ( <i>Nada de acuerdo</i> ) a 5 ( <i>Completamente de acuerdo</i> )	1. El comer relacionado con la emoción y el estrés 2. La valoración de los recursos 3. Evaluación de factores externos de estrés
EMAQ Geliebter & Aversa (2003)	Estados Unidos	22	Positivas y negativas	Mujeres y Hombres con normopeso, sobrepeso y obesidad	Tipo likert de 9 puntos. que va de 1 (mucho menos) a 9 (mucho más),” incluye un apartado que indica cuando el ítem no aplica a su caso y otro opción denominada “no sé”	1. Emociones positivas 2. Emociones negativas 3. Situaciones positivas 4. Situaciones negativas

Instrumento	País	Ítems	Tipo de emoción	Población	Escala de respuesta	Subescalas
MEQ Framson, et al. (2009)	Estados Unidos	28	Negativas	Adultos con normopes, sobrepeso y obesidad	Tipo liket con 5 opciones de respuesta, cuatro va de "Nunca" a "Siempre" e incluye una quinta opción que se refiere a cuando el ítem no aplica para la persona denominado "no aplica".	1) Desinhibición 2) Conciencia 3) Señales externas 4) Respuesta emocional 5) Distracción
CCE Garaulet, et al. (2012)	España	10	Negativas	Adultos con obesidad	Tipo likert de 4 opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 4 (Siempre)	1. Desinhibición 2. Tipo de alimento 3. Culpa
The Positive-Negative Emotional Eating Scale Sultson Kukk, & Akkermann 2017	Estonia	19	Negativas y positivas	Mujeres con obesidad	Tipo Likert de 5 opciones que va de 0 (nunca) a 4 (frecuentemente)	
(CECAP) Hernández, s.f.	México	28	Positivas y negativas	No se encontró el dato, aparece que el instrumento se encuentra en prensa	Tipo Likert que va de 1 (Nunca) a 5 (Siempre)	1. Creencias erróneas de control de peso 2. Alimentos y emociones agradables 3. Desinhibición emocional 4. Desinhibición situacional 5. Importancia otorgada al peso corporal
Escala de alimentación emocional Rojas y García 2016	México	36	Negativas	Hombres y mujeres	Tipo Likert que va de 1 (totalmente de desacuerdo) hasta 6 (totalmente de acuerdo).	1. Emoción 2. Familia 3. Indiferencia 4. Cultura 5. Efecto

Fuente: Elaboración propia

En el presente capítulo se analizó la definición del comer emocional, así como los diferentes instrumentos que se han desarrollado en el mundo y en México; y se puede concluir que entre los instrumentos existentes adaptados y realizados en México, se puede observar que tienen un número suficiente de elementos para un análisis detallado de las relaciones potencialmente distintivos entre estados de ánimo específicos y comer emocional (Arrow, et al.1995).

## Capítulo 4. Planteamiento del Problema

Dentro de la literatura, el concepto de comer emocional (como es nombrado con regularidad) aparece constante como “la tendencia a consumir alimentos en respuesta a estados emocionales negativos” (Van Strien, Herman y Anschutz, 2012); sin embargo, se ha encontrado evidencia con relación a que tanto las emociones ya sean positivas (Bongers et al., 2016; Brogan & Hevey, 2013) o negativas (Evers, et al. 2009; Kenardy et al. 2003) podrían diferir notablemente en sus efectos sobre la ingesta (Van Strien, et al. 2013).

En estudios sobre trastornos de la conducta alimentaria, se ha identificado que las personas con dichos padecimientos pueden experimentar emociones desagradables antes y después del consumo de los alimentos. Como emociones antecedentes, se han identificado: enojo, sensación de vacío, desesperación, preocupación e insatisfacción. Como emociones consecuentes se han identificado: culpa, vergüenza, arrepentimiento, remordimiento y autodesprecio (Whiteside et al, 2007). Sin embargo, actualmente no es clara la influencia de las emociones experimentadas durante el consumo, tanto en muestras con trastornos en la conducta alimentaria como en muestras no clínicas.

Es por ello que se hace importante el estudio de la alimentación emocional como un tema de importancia clínica para los tratamientos e investigación en sobrepeso y obesidad, ya que su estudio se ha enfocado a variables de aspectos nutricionales, sin tomar en cuenta que las personas realizan ingesta relacionadas con las emociones, tanto positivas como negativas (Gracia-Arnaiz, 2007).

#### 4.1. Justificación

A pesar de que el primer cuestionario de evaluación del comer emocional fue el Cuestionario Holandés del Comportamiento Alimentario (DEBQ; Van Strien et al., 1986), en 1986, no fue hasta 13 años después que se incorporó por primera vez en un estudio sobre la relación entre emociones y sobreingesta, desde ese día han existido un aumento constante en los estudios sobre la alimentación emocional autoinformada, con la gran mayoría de ellos realizados a partir de 2010 (Figura 3).

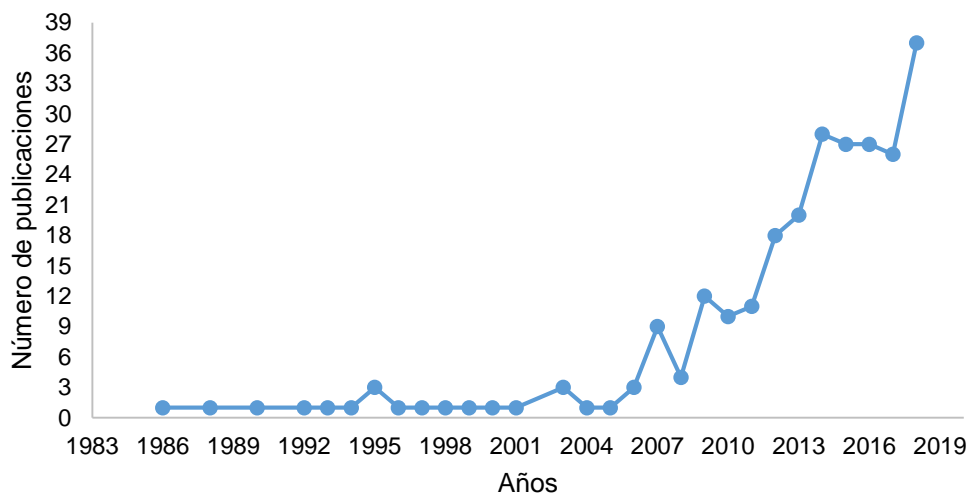


Figura 3. Número de publicaciones en investigaciones de ingesta emocional. Fuente: Scopus (2018).

La tendencia a clasificar a las personas como “comedores emocionales” se realiza mediante los instrumentos de autoinforme, actualmente se encuentran: El Cuestionario de los Tres Factores de Alimentación (TFEQ) elaborado por Stunkard y Messick (1985), el Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (DEBQ) (Van Strien, Frijters, Bergers y Defares 1986) Conducta Alimentaria Relacionada a Emociones y Estrés (EADES) (Lazarevich, et al., 2015), el cuestionario del comedor emocional (Garaulet, et al., 2012), estos instrumentos han sido adaptados para población mexicana.

Dentro de los instrumentos elaborados en México, se encuentra un instrumento autoaplicable llamado Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP) (Hernán, González, y Silva, 2016) y la escala de alimentación emocional (Rojas, 2017).

Respecto a los instrumentos existentes adaptados y realizados en México, se puede observar que presentan el mismo diseño, éste consiste en una serie de preguntas enfocadas al deseo de la ingesta, sin embargo el deseo no necesariamente indica una ingesta real (Bongers y Jansen, 2016), además estos se enfocan solamente en emociones específicas y generalmente en las negativas, además que no se evalúan la sobreingesta en emociones positivas (Arrow, et al.1995).

Otra complicación de los instrumentos se refiere a que no se evalúan otros aspectos que han sido relacionados con la conducta alimentaria emocional, como lo son la impulsividad, la desinhibición, la preocupación por el peso, y una alto nivel de monitoreo de su conducta alimentaria que son variables que han sido identificadas en las personas identificadas como “comedores emocionales”, por lo que se ha sugerido que los cuestionarios actuales de ingesta emocional evalúan lo que las personas piensan acerca de la relación entre los estados negativos y la sobreingesta y no en su ingesta real (Bongers y Jansen, 2016) y por último, en instrumentos elaborados no se toma en cuenta la relación de la emoción respecto a la cultura y su relación con la ingesta.

Es por lo anterior, que el objetivo de la presente investigación fue diseñar un instrumento para evaluar las relaciones entre las distintas emociones tanto positivas como negativas y explorar otras variables implicadas en la ingesta emocional. Con la finalidad de profundizar en el tema de la relación entre las emociones y la ingesta.

Este estudio aborda los factores que inciden en el comer emocional en adultos, el objetivo fue dentro de la fase uno explorar cualitativamente con una pequeña muestra dichos factores y situaciones que pueden llevar a la sobreingesta, derivado del análisis de contenido se identificarán categorías principales, para el posterior desarrollo de la segunda parte que será realizar un instrumento que evalúe dichos factores y situaciones, y realizar los análisis psicométricos de confiabilidad y validez del instrumento para adultos mexicanos con obesidad y/o sobrepeso.

#### **4.2. Objetivo General**

Desarrollar y aportar evidencia sobre la validez y confiabilidad de la escala de ingesta emocional en adultos

#### **4.3. Objetivos específicos**

- Conocer la percepción de los adultos acerca de su ingesta motivada por las emociones
- Contrastar las dimensiones encontradas en la teoría con las encontradas del análisis de las entrevistas
- Identificar la validez de contenido de los ítems
- Identificar la confiabilidad del instrumento
- Identificar la validez de constructo

## Capítulo 5. Método

Para lograr el objetivo general del estudio se utilizó un diseño mixto secuencial con predominancia cuantitativa.

Este diseño inicia con la fase cualitativa, a partir de esta se construye una segunda fase cuantitativa para probar o generalizar los resultados iniciales (ver figura 2). El propósito principal del diseño es generalizar los hallazgos cualitativos de la primera fase a una muestra más grande reunida durante la segunda fase (Creswell y Plano-Clark, 2011).

En la presente investigación este proceso se desarrolló en dos etapas. La primera corresponde a un estudio exploratorio de corte cualitativo con el objetivo de conocer la percepción de la ingesta emocional en adultos con normopeso, sobrepeso y obesidad.

Con la información recabada se identificaron las dimensiones respecto al concepto de ingesta emocional que no habían sido evaluadas en otros instrumentos, estas nuevas dimensiones propuestas complementaron las existentes en los modelos y dieron la apertura para identificar las subescalas del instrumento y con esto finaliza la primera fase cualitativa.

Respecto a la segunda fase, se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, se desarrollaron los ítems de la escala basado en las dimensiones encontradas en la fase uno, posteriormente se administró a una muestra más grande para realizar los análisis psicométricos de validez y confiabilidad.

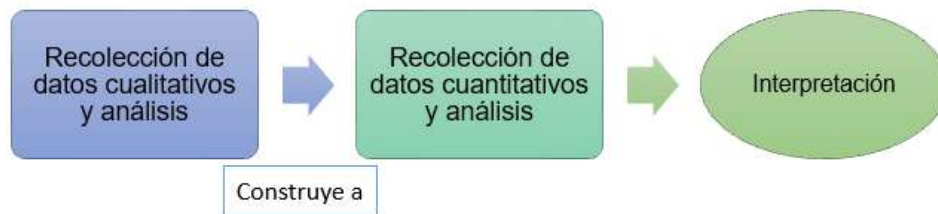


Figura 4. Diagrama del diseño mixto secuencial exploratorio adaptado de Creswell & Plano-Clark (2011).

## 5.1. Fase I: Estudio Exploratorio acerca de la Percepción de Ingesta Emocional en Adultos

### 5.1.1. Enfoque metodológico de la investigación cualitativa.

Esta primera etapa fue realizada desde la perspectiva fenomenológica ya que es esencial para el uso de la metodología cualitativa.

La perspectiva fenomenológica está ligada a una amplia gama de escuelas y marcos teóricos en ciencias sociales, en especial al interaccionismo simbólico ya que este atribuye una importancia primordial a los significados sociales que las personas asignan al mundo que los rodea, puesto que, el mundo social está construido de significados y símbolos, por ello la investigación se centró en entender el comportamiento desde el cómo experimentan y viven el fenómeno las personas (Álvarez, 2003; Taylor y Brogdan, 1994).

La fenomenología se caracteriza por centrarse en las experiencias y percepciones de las personas, esta visión permite profundizar en el tema y abordar con claridad el planteamiento de investigación, tomando las experiencias de los participantes como punto de partida (Álvarez, 2003).

### **5.1.2. Participantes.**

La muestra fue teórica mediante un muestreo intencional, se inició con personas voluntarias y posteriormente se fue ajustando a un muestreo por bola de nieve, este tipo de muestreo permite ir incorporando a los participantes a medida que se desarrolla el trabajo de campo, teniendo como principal criterio para finalizar la recolección de los datos la “saturación teórica” que se configura cuando los datos dejan de aportar información novedosa, es decir, comienzan a ser repetitivos (Glaser y Strauss 2006).

Se especificaron algunos criterios de selección de los casos, como que existieran participantes de las clasificaciones del IMC (normo peso/sobrepeso/obesidad) así como, el punto de vista de mujeres y hombres quedando conformada por 32 personas, que aceptaron de manera voluntaria participar en la investigación.

De los cuales 19 fueron mujeres y 13 hombres con edades entre 19 y 47 años ( $\bar{x}=32$ ,  $s=10.3$ ).

### **5.1.3 Técnicas de recolección de datos.**

*Entrevista en profundidad:* la guía de entrevista fue elaborada *a priori*, producto de la revisión teórica, sobre el tema que abarcan por separado las emociones y las variables que pueden llegar a incidir en la ingesta emocional.

Fue revisada por cuatro expertos en el tema de conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad, que realizaron algunas recomendaciones y sugerencias respecto al orden de presentación de las preguntas y redacción, a su vez, fue piloteada con tres personas, derivado de esto se realizaron modificaciones y se obtuvo la versión final (Ver apéndice I).

La guía de entrevista consistió en un total de 29 preguntas, que fueron estructuradas en tres partes esenciales (antecedentes, emociones negativas y emociones positivas), con la intención de obtener la máxima colaboración y lograr mayor profundidad.

*Medidas antropométricas (peso, talla).* Para la medida del peso se utilizó una báscula portátil electrónica, marca Taylor, de capacidad máxima de 150 kilos; la altura se obtuvo con un estadímetro de pared, marca ADE, de capacidad máxima de 220 cm.

#### **5.1.4. Escenario.**

El trabajo de campo se llevó a cabo en la ciudad de Morelia, Michoacán. Las entrevistas fueron realizadas en dos espacios diferentes, el primero fue en un salón del edificio del Posgrado en Psicología y el segundo en el auditorio de la Facultad de Psicología ambos pertenecientes a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH). Se buscó que fuera un escenario tranquilo para lograr el mayor acercamiento a las personas.

#### **5.1.4. Procedimiento.**

Los participantes fueron invitados a colaborar en las entrevistas, se les comunicó el objetivo de la investigación y en qué iba a consistir su participación en las entrevistas. Una vez que aceptaron participar se estableció una cita que fuera adecuada para cada uno con la finalidad de que contara con el tiempo necesario para la realización de la entrevista.

Una vez que llegaron al lugar, fecha y hora establecida firmaron un consentimiento informado (Apéndice II), en el cual se les garantizaba el anonimato, confidencialidad y trato de la información exclusivamente para fines científicos y se dio un número telefónico para que se comunicaran si deseaban obtener los resultados de la investigación una vez que esta hubiera concluido.

Las entrevistas se llevaron a cabo en espacios en donde existiera un ambiente de tranquilidad, sin ruidos que pudieran molestar o interrumpir, se les explicó los tres momentos de la entrevista que sería la de antecedentes, la percepción de la

relaciones negativas y la sobreingesta y, por último, la relación entre las emociones positivas y la sobreingesta, se les indicó que si en algún momento se sentían incómodos o no querían responder, podrían dar fin a la entrevista, estas fueron grabadas para fines de investigación y su posterior transcripción. La duración aproximada de las entrevistas fue de 45 minutos.

#### **5.1.5. Paradigma de análisis de datos.**

El paradigma de análisis de datos fue desde la teoría fundamentada desarrollada por Strauss y Glaser (2002), puesto que es una de las posibilidades metodológicas más completas para el trabajo con entrevistas. Esta metodología tiene su base en el interaccionismo simbólico y permite un acercamiento a la realidad de las personas (Hernández, 2014).

La teoría fundamentada se vale del análisis inductivo de los datos cualitativos para construir una teoría determinada sobre el objeto de estudio. Toma especial relevancia en ella el proceso de codificación que se realiza de estos datos de cara a identificar las categorías, las cuales se pueden ir posteriormente dividiendo en subcategorías e ir agrupándose en categorías con propiedades comunes (Glaser y Strauss, 2006).

El proceso de la teoría fundamentada inicia con la recolección de datos, que en este caso se lleva a cabo mediante las entrevistas en profundidad. Una vez que se obtienen los datos se lleva a cabo la codificación abierta que es una lectura reflexiva con la intención de identificar códigos relevantes. Se van creando categorías nuevas a medida que se lee el texto y se otorga un nombre teórico o analítico (no descriptivo) (Glaser y Strauss 2006).

Se va comparando entrevista contra entrevista, surgiendo aquí las categorías. Luego se comienzan a comparar los nuevos datos con las categorías teóricas, lo que se denomina comparación constante (Soneira, 2006), cuyo objetivo es someter a prueba las ideas emergentes que podrían llevar las entrevistas y saber cuándo se llega a la saturación teórica (Strauss y Corbin 2002).

La segunda etapa del análisis consiste en realizar una codificación axial, en este proceso se exploran las relaciones entre las categorías y se establecen conexiones entre ellas. Se comienzan a seleccionar códigos que identifican los temas centrales.

Por último, se lleva a cabo una codificación selectiva, en la cual se identifica un fenómeno central una categoría esencial que se relaciona con las demás categorías que serán las secundarias (Strauss y Corbin, 2002).

#### **5.1.6. Análisis de datos.**

Desde el paradigma de análisis de la teoría fundamentada el análisis de los datos y la recolección de la información, es llevada a cabo de manera conjunta siguiendo la propuesta de Charmaz (2013); por lo tanto, al realizar las entrevistas a la par se hizo el trabajo analítico sobre las transcripciones de la información recabada de las entrevistas a profundidad.

Una vez que se obtuvo la primera entrevista se realizó su transcripción y posteriormente su lectura en varias ocasiones, se fueron analizando las descripciones y poniendo un nombre a las mismas, posterior a esto se fueron buscando similitudes entre las descripciones hasta encontrar las categorías.

Este proceso se realizó con la entrevista dos y así sucesivamente, al terminar de analizar cada entrevista se fueron contrastando entrevista por entrevista para ir conociendo nuevos datos, lo que se denomina comparación constante, esto con la finalidad de llegar a la saturación teórica y saber cuándo parar en la etapa de recolección de datos.

En la entrevista número 32 los datos llegaron a la saturación teórica, por lo que se comenzó con el procedimiento de codificación axial, aquí se fueron identificando códigos en cada entrevista y a cada código se le asignó un color, una vez terminada esta etapa se procedió a separar por colores y llenar una hoja de Word® por color, identificando temas centrales en las entrevistas.

Por último, se llevó a cabo una codificación selectiva, en la cual se identificaron las categorías secundarias, una vez identificadas se evaluó cómo es que estas se relacionaban entre sí para dar nombre a una categoría esencial que se relacionaba con las demás y fuera la categoría central.

#### **5.1.7. Hallazgos principales.**

Los participantes fueron 32 personas de la ciudad de Morelia, Michoacán, 19 mujeres y 13 hombres, con edades de 19 a 47 años ( $\bar{X}=32.4$ ), de los cuales 19 fueron casados, 8 solteros y el 5 separados.

A partir del análisis de datos desde la teoría fundamentada se obtuvieron los siguientes resultados:

**1) Emociones negativas:** Cambio en el patrón regular de alimentación con la finalidad de regular o evitar una emoción o situación negativa y tratar de “sentirse mejor”.

En esta categoría las personas identifican que realizan una mayor ingesta de alimentos a la que regularmente realizan, cuando presentan una emoción negativa. *“Las negativas no tanto de enojo, sino más bien las depresivas, tristeza que buscas algo como en lugar del apapacho de alguien o de la sobadita de espalda, buscas algo, por ejemplo algo dulce, yo me lo busco y me lo como cuando necesito una apapachada. He notado que cuando necesito cariño consumo el chocolate, además he leído que funciona, yo noto que me ayuda a sentirme mejor. (Entrevista #1).*

*“Cuando me he estresado mucho en la vida y cuando tiendo a deprimirme, subo mucho de peso, pienso que mi peso está regulado por estos dos momentos de mi vida” (Entrevista # 31).*

**2) Preocupación por el peso:** Monitorear y controlar la ingesta de alimentos por presentar una preocupación por el peso y la figura, aquí la emoción ya sea positiva o negativa desencadena el sobreconsumo de alimentos.

Las personas que refieren sentir que consumen más alimentos cuando están bajo alguna emoción a su vez indicar que sienten una preocupación por su peso, es decir, son personas que están constantemente en dietas restrictivas como una forma de controlar el peso, pero es la emoción ya sea positiva o negativa la que desinhibe la restricción.

*“Que me di cuenta que cuando estoy deprimido, pienso en mi peso y eso me hace ponerme en regla” (Entrevista # 4).*

*“Pues por ejemplo, tengo periodos prolongados sin consumir alimentos, entonces cuando voy a fiestas como que me vale y consumo de todo y pues “todos se va” se hace grasa, se absorbe todo (Entrevista #24).*

**3) Emociones positivas:** Las emociones positivas como un disparador para presentar una sobreingesta de comida de una forma descuidada. Estas emociones incrementan el placer por comer y la motivación del comer, mediante situaciones de celebraciones que llevar a las personas a presentar un consumo descuidado y permisivo.

A diferencia de las emociones negativas en donde la emoción negativa es identificada como el disparador de la sobreingesta, en las emociones positivas la emoción no es percibida como el disparador; sino las situaciones derivadas de presentar una restricción anterior a la situación de festejo.

*Positivas es porque estás en una celebración , en la fiesta es que comes muy rápido y a veces comes un poco más, supongo que es porque estás como en el “barullo” y comes sin darte cuenta y comes más rápido (Entrevista #19).*

*Cuando estoy orgulloso de mi, el éxito se celebra con fiesta y la fiesta es comida. Cuando me va bien, es de ¡wow!, lo lograste y me doy un gustito de poder comer lo que quiera (Entrevista # 22)*

**4) Pensamientos y emociones posteriores a la ingesta:** Presentar pensamientos y emociones de culpa y remordimiento a causa del consumo excesivo estos se dan posteriores a la ingesta.

*Me sigo sintiendo mal, digo “que estoy haciendo”, lo hago como desahogo, y después me siento peor me digo a mi “y así pretendes bajar de peso”, “como voy a estar mejor, si sigo comiendo” (Entrevista #8)*

*Cuando terminé de comer en la noche me dije, Si me dije “Te pasaste, no debiste comer eso” (Entrevista #15)*

Estas categorías fueron incluidas en una categoría principal que se denominó “Emociones e ingesta” y se refiere a que las personas identifican que presentan un mayor consumo de alimentos cuando se presentan alguna emoción, pero que se da de manera diferente según el tipo de emoción ya sea positiva o negativa. Se relaciona con las otras dos categorías en que la gente refiere que presenta una ingesta ante las emociones negativas son personas que sienten una preocupación por el subir de peso y monitorean su consumo, por lo tanto se encuentran constantemente a dieta.

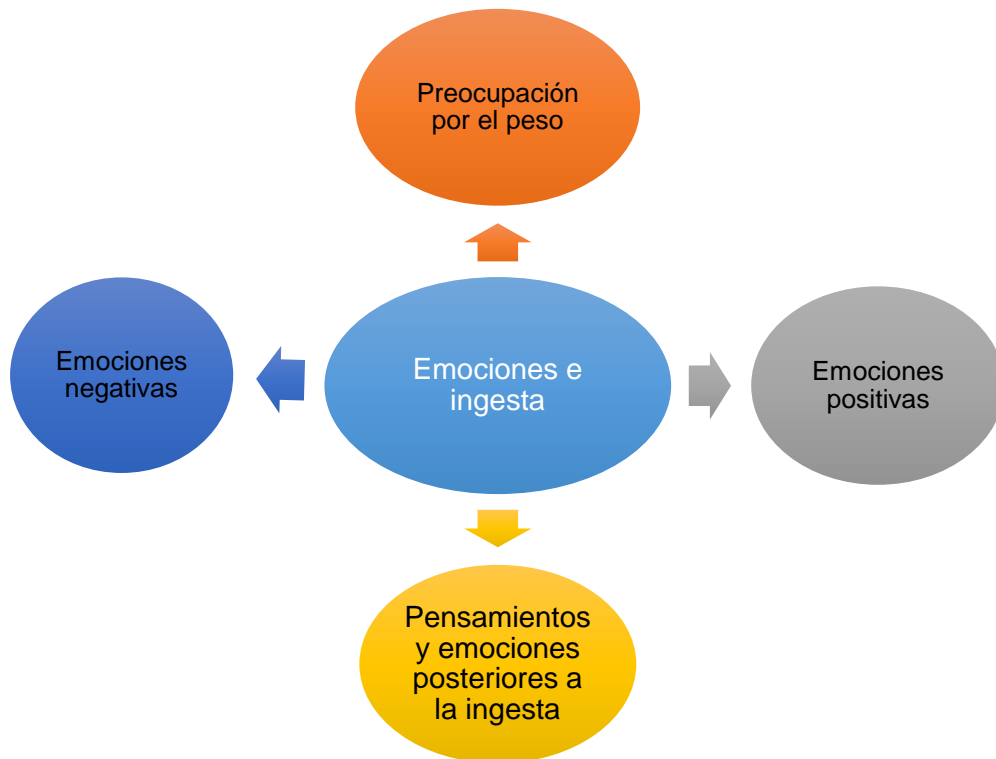


Figura 5 Categoría principal y categorías secundarias derivadas del análisis de datos

## 5.2. Fase II. Desarrollo del Cuestionario de Ingesta Emocional en Adultos

### 5.2.1. Desarrollo de la escala: elaboración de los ítems.

#### 5.2.1.1. Definición de las dimensiones.

Las dimensiones fueron establecidas de acuerdo con los resultados de la fase uno de la investigación, quedando compuesta por 4 dimensiones: Emociones negativas, emociones positivas, preocupación por el peso y pensamientos y emociones posteriores a la ingesta, una vez realizada la matriz de contenido, se procedió a la generación de ítems y la construcción de la escala.

#### 5.2.1.2. Redacción de los ítems.

A partir de la matriz se elaboró un banco de 68 reactivos (Ver apéndice III), que representaron cada una de las dimensiones de la matriz. Los criterios para su redacción fueron las siguientes:

- a) Utilizar un lenguaje sencillo y claro.
- b) Expresar una sola idea en cada ítem

c) Que cada ítem perteneciera a una sola dimensión

### **5.2.2. Análisis Psicométrico de la Escala de Ingesta Emocional para Adultos**

Para lograr el objetivo del estudio que es el desarrollo y la validación de la escala de ingesta emocional deben observarse los siguientes criterios:

- Confiabilidad (consistencia interna): superior a 0.70
- Validez: Evaluada a través de diferentes indicadores: validez de contenido (coeficiente de Aiken ) validez de constructo (análisis factorial exploratorio).

#### **5.2.2.1. Validez de contenido: Juicio de expertos.**

Para la realización del análisis de contenido se procedió a la evaluación de los 68 ítems, los cuales se sometieron al juicio de 6 expertos en el tema para evaluar su validez de contenido. Los jueces recibieron una copia de la escala y se les pidió que valoraran

- a) La pertinencia: La escala de respuesta iba de 0: Nada pertinente a 5: Muy pertinente.
- b) La redacción de cada uno de los ítems cuya escala de respuesta fue de 0: No es clara la redacción a 5: La redacción es muy clara. Se revisaron los ítems cuando el acuerdo en la claridad del ítem estuvo por debajo del 80%.

#### **5.2.2.2. Reformulación y evaluación de los ítems.**

Se realizó a partir de las evaluaciones de los jueces tanto cualitativas como cuantitativas. Respecto a las cuantitativas se evaluaron a través del coeficiente de Aiken. Todos los índices con relación a la evaluación a la pertinencia fueron  $\geq 0.80$ .

Con relación a la redacción las modificaciones a los reactivos 68 y el 53 pueden observarse en la tabla 8.

Tabla 8

*Modificaciones de los ítems en la fase validez de contenido*

No. ítem	Redacción original	Modificación
53	Cuando estoy en una fiesta y hay comida disponible como hasta que me siento físicamente muy lleno	Cuando estoy en una fiesta y hay comida disponible, como hasta que me siento muy lleno
68	Me siento mal después de comer cuando realmente siento que es mucho lo que comí.	Cuando me doy cuenta de que comí mucho, me siento muy mal.

Nota: No. Número

Respecto a las evaluaciones cualitativas se pueden observar en la tabla 9.

Tabla 9

*Modificaciones de los ítems en la fase de validez de contenido: evaluación cualitativa*

No. Item	Redacción original	Modificación
5	Siento que mis problemas se disminuyen cuando como.	Siento que la preocupación por mis problemas disminuye cuando como
8	Mientras estoy comiendo se me olvidan los problemas que pasan en mi vida.	Mientras estoy comiendo se me olvidan los problemas que tengo en mi vida.
10	Cuando siento que tengo ansiedad, como más de lo normal.	Cuando estoy ansioso como más de lo normal.
11	Cuando estoy solo (a) en la casa, sin hacer nada, me distraigo comiendo.	Cuando estoy sin hacer nada, me distraigo comiendo.
18	Cuando estoy aburrido (a) como para entretenerme en algo.	Cuando estoy aburrido (a) como para entretenerme
30	Siempre tengo subidas y bajadas de peso muy abruptas	Tengo subidas y bajadas de peso muy abruptas
38	Cuando me dan buenas noticias me gusta celebrar con comida.	Cuando me dan buenas noticias me gusta celebrar con comida pero suelo consumir de más.
44	Cuando estoy en una fiesta no me doy cuenta de cuánto como hasta que siento el estómago inflamado.	Cuando estoy en una fiesta estoy tan feliz que no me doy cuenta de cuánto como hasta que siento el estómago inflamado.
48	Generalmente celebro mis éxitos con una buena comida.	Celebro mis éxitos con una buena comida sin limitar mi ingesta.
49	Creo que es permitido comer de más cuando estoy feliz	Me permito comer de más cuando estoy feliz

Nota: No. Número

Como resultado del análisis de validez de contenido se obtuvo la versión para la validación que quedó constituida por 68 reactivos con 5 opciones de respuesta que va de Nunca a Siempre.

### **5.2.3: Análisis Psicométrico de la Escala de Ingesta Emocional para Adultos**

#### **5.2.3.1. Participantes.**

En la fase II se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los participantes fueron 317 de la ciudad de Morelia Michoacán.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres >18 años que aceptaran participar de manera voluntaria.
- Aceptar ser medido y pesado

Criterios de exclusión

- No saber leer o escribir

Criterios de eliminación

- Tener el 5% de la prueba sin contestar
- Presentar un IMC ≤ 18.5

#### **5.2.3.2. Procedimiento**

La aplicación se realizó bajo un esquema estandarizado, fue en forma individual en el Hospital de Alta Especialidad del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Se hizo la presentación y se dieron las instrucciones de llenado del instrumento, se pidió la autorización para el uso de los datos para fines de investigación y para tomar las medidas de peso y talla, una vez que aceptaron se les brindó el instrumento y un bolígrafo para que fuera contestado.

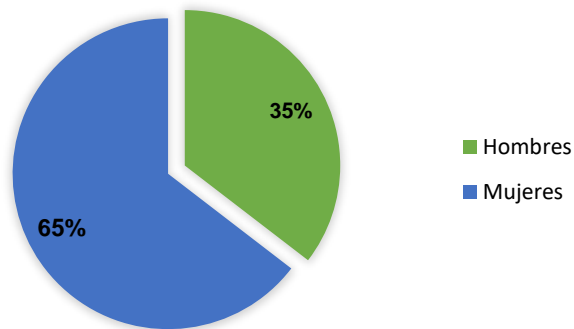
El aplicador estuvo presente durante el llenado para verificar que la aplicación se diera en las condiciones deseadas así como para proporcionar ayuda si era necesaria, la duración aproximada para contestar el instrumento fue de 8-10 minutos.

Una vez que terminaron de contestar el instrumento se tomaron las medidas de peso y talla a cada participante con los siguientes instrumentos: una báscula portátil electrónica marca Taylor de capacidad máxima de 150 kilos; la altura se obtuvo con un estadímetro de pared marca ADE de capacidad máxima de 220 cm.

## Capítulo 6. Resultados

### 6.1. Descripción de la muestra

El instrumento se aplicó a 317 participantes de la ciudad de Morelia, Michoacán, de las cuales 13 aplicaciones fueron descartadas por los criterios de eliminación, quedando una muestra de 304 participantes, cuyo rango de edad fue de 18 a 74 años ( $\bar{x}=35$ ;  $S=11.76$ ). La distribución en cuanto al sexo se muestra en la figura 6.



*Figura 6 . Porcentaje de participantes según el sexo*

Respecto al estado civil el 44% casados, 39.7% fueron solteros, 8% en unión libre, 3.3% separados y 5% divorciados.

Con relación a la escolaridad el 57% fueron de licenciatura, el 20.3% de preparatoria, el 11.7% de posgrado, el 9.3 % secundaria y el 1.7% primaria.

En el IMC el 39.7 % presentaban sobrepeso, el 37.3 % normopeso y el 23 % obesidad.

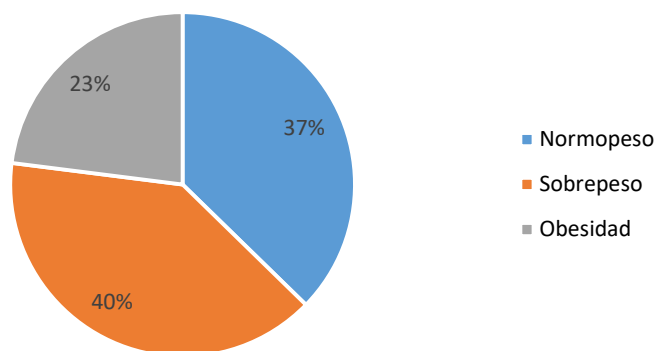


Figura 7. Porcentaje de participantes respecto al IMC.

## 6.2. Análisis estadístico de los ítems

Una vez terminadas las aplicaciones se procedió a la captura de datos y posteriormente a realizar los análisis estadísticos, por medio del Paquete Estadístico para la Ciencias Sociales versión 24.

Se realizó un primer análisis de confiabilidad mediante el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), obteniendo  $\alpha=.975$  para la versión de 68 reactivos.

En la Tabla 10 se resumen los resultados de los análisis descriptivos y los índices de discriminación (correlación elemento-total corregida) de cada uno de los 68 ítems del cuestionario en la muestra total, depurando aquellos reactivos que obtuvieran correlación menor a 0.30.

Tabla 10

Análisis descriptivos de los ítems

No. Item	M	DT	Asimetría	Curtosis	CCC	$\alpha$ si se elimina el elemento
1	2.47	1.18	.375	-.718	.590	.975
2	2.15	1.15	.712	-.509	.622	.975
3	2.17	1.18	.691	-.529	.608	.975
4	1.61	1.04	1.79	2.40	.613	.975
5	1.84	1.16	1.40	1.07	.609	.975
6	1.70	1.03	1.55	1.98	.542	.975
7	1.89	1.14	1.24	.721	.578	.975
8	1.93	1.15	1.12	.471	.431	.975
9	2.05	1.18	.897	-.229	.675	.975
10	2.35	1.34	.661	-.787	.673	.975
11	2.48	1.19	.301	-.860	.610	.975
12	1.92	1.18	1.20	.487	.611	.975
13	2.33	1.16	.547	-.561	.603	.975
14	1.74	1.11	1.63	1.83	.661	.975
15	1.72	1.09	1.61	1.85	.694	.975
16	1.84	1.21	1.23	.563	.711	.974
17	2.16	1.18	.687	-.531	.649	.975
18	2.11	1.16	.665	-.793	.716	.974
19	1.59	1.01	1.86	<b>2.75</b>	.702	.975
20	2.11	1.25	.948	-.177	.604	.975
21	1.57	.990	1.83	<b>2.75</b>	.482	.975
22	1.79	1.08	1.13	0.46	.653	.975
23	2.17	1.20	.715	-.615	.542	.975
24	2.75	1.21	-0.80	-1.09	.330	.975
25	3.12	1.38	-.123	-1.11	.459	.975
26	3.44	1.24	-.370	-.816	<b>-.033</b>	.976
27	2.63	1.17	.347	-.718	.355	.975

No. Item	M	DT	Asimetría	Curtosis	CCC	α si se elimina el elemento
28	3.53	1.39	-.524	-.996	.524	.975
29	1.83	.996	1.06	.379	.366	.975
30	2.32	1.30	.531	-.874	.538	.975
31	2.61	1.32	.280	-1.03	.584	.975
32	3.19	1.44	-.160	-1.30	.381	.975
33	2.93	1.26	.139	-.954	.304	.975
34	3.07	1.35	-.118	-1.10	.467	.975
35	1.60	.900	1.65	<b>2.71</b>	.404	.975
36	2.24	1.08	.510	-.401	.435	.975
37	2.14	1.15	.624	-.709	.617	.975
38	2.52	1.14	.445	-.421	.652	.975
39	2.71	1.20	.206	-.779	.689	.975
40	2.52	1.14	.368	-.606	.676	.974
41	2.40	1.15	.541	-.550	.701	.975
42	2.33	1.28	.586	-.835	.683	.975
43	2.26	1.22	.634	-.610	.665	.975
44	2.85	1.30	0.74	-1.11	.668	.975
45	1.96	1.14	1.06	.255	.640	.974
46	2.06	1.17	.946	.085	.711	.974
47	1.95	1.16	1.14	.435	.699	.975
48	1.86	1.10	1.30	.902	.609	.975
49	2.21	1.24	.782	-.368	.632	.974
50	2.28	1.25	.707	-.518	.726	.975
51	2.00	1.51	.875	-.299	.638	.975
52	2.20	1.16	.651	-.537	.626	.974
53	2.22	1.20	.792	-.283	.701	.975
54	2.02	1.23	.997	-.111	.619	.975
55	1.93	1.19	1.20	.509	.638	.975
56	1.92	1.13	1.14	.472	.616	.975

No. Item	M	DT	Asimetría	Curtosis	CCC	$\alpha$ si se elimina el elemento
57	2.77	1.25	.196	-.856	.645	.975
58	2.48	1.32	.461	-.973	.678	.975
59	2.88	1.31	0.93	-1.086	.688	.974
60	2.36	1.31	.590	-.857	.696	.974
61	2.36	1.36	.586	-.908	.666	.975
62	2.70	1.31	.339	-.946	.639	.975
63	2.33	1.39	.692	-.822	.669	.975
64	2.35	1.35	.737	-.654	.686	.975
65	2.45	1.36	.548	-.927	.710	.974
66	2.51	1.29	.474	-.819	.708	.974
67	2.31	1.32	.648	-.752	.712	.974
68	2.26	1.33	.712	-.713	.694	.974

*Nota: No. Número, M= media, DT=Desviación típica, CCC= coeficiente de correlación corregido,  $\alpha$ =Alfa de cronbach.*

Se consideró la eliminación de un elemento según los requisitos establecidos por Nunnally (1995) para conservar un ítem: coeficiente de correlación corregido ítem-total  $\geq .30$ . Mediante este procedimiento se depuró el reactivo 26 quedando constituido el instrumento por 67 elementos.

Se analizó si la consistencia interna de la escala aumentaba con la eliminación de algún ítem en este apartado, la cual no se modificaba, por lo cual no fue eliminado mediante este criterio ningún ítem.

### **6.3. Análisis factorial exploratorio (AFE).**

Se calculó la medida de adecuación de la muestra de Kaiser, Meyer-Olkin (KMO), para la escala original con 67 reactivos (KMO=.933), y la prueba de significancia de Bartlett ( $p<0.01$ ), para conocer si el uso del modelos factorial era apropiado, ambos muestran índices adecuados, por lo tanto se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio.

Con el fin de explorar la estructura interna de la escala, se realizó con método de extracción de factores por el método de máxima verosimilitud con una rotación varimax.

Para la eliminación de los reactivos se tomó en cuenta los siguientes criterios:

- Que los ítems obtuvieran pesos factoriales en más de una dimensión
- Que los pesos factoriales en la dimensión fuera menor a 0.50

Los resultados de primer análisis para los 67 ítems, encontrando en la escala 10 dimensiones que explican el 69.94 % de la varianza, aquí se eliminaron 9 reactivos derivado de los criterios de eliminación.

Se muestran a continuación el número de factores extraídos obtenidos en 5 iteraciones en donde el KMO=.949 (y la prueba de significancia de Bartlett  $p<0.01$ ), con 42 reactivos que se agruparon en 3 dimensiones que explica el 65.11%% de la varianza, quedando de esta manera la versión final del instrumento en su fase exploratoria como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11

*Dimensiones derivadas del análisis factorial exploratorio*

No. de dimensión y elementos	No. de ítem	Carga factorial	Porcentaje de varianza	Alfa de cronbach
1. Emociones negativas reactivos) (16	14	.822	23.60%	.961
	16	.796		
	15	.791		
	9	.780		
	19	.767		
	22	.747		
	3	.742		
	4	.733		
	12	.732		
	10	.719		
	18	.699		
	2	.695		
	6	.672		
	7	.652		
	5	.645		
	20	.637		
2. Emociones positivas (15 reactivos)	49	.838	22.20%	.963
	53	.827		
	38	.815		
	54	.813		
	50	.779		
	56	.765		
	39	.761		
	41	.743		
	55	.739		
	46	.718		
	43	.707		
	42	.673		
	44	.668		
	37	.538		
	52	.534		
3. Emociones y pensamientos posteriores a la sobreingesta (11 reactivos)	67	.876	19.30%	.963
	63	.873		
	61	.853		
	68	.830		
	64	.807		
	58	.774		
	60	.740		
	62	.730		
	65	.708		
	66	.684		
	57	.634		

Nota: No= Número

Por último se realizó un análisis de confiabilidad con los reactivos derivado del análisis factorial mediante el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), obteniendo  $\alpha=.975$ .

Por lo tanto la escala quedó constituida en un primer estudio preliminar por 42 reactivos con 3 dimensiones que explican el 65.11% de la varianza.

Así la validez de constructo fue evaluada mediante el análisis factorial exploratorio, no obstante, para confirmar la independencia de las subescalas y la multidimensionalidad de instrumento, se realizó el análisis correlacional producto-momento de Pearson con las tres subescalas derivadas del análisis anterior. Ello permite verificar el grado de las asociaciones entre los diferentes factores.

Tabla 12

*Correlaciones entre las dimensiones del instrumento*

Dimensión	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 1	1		
Factor 2	.567**	1	
Factor 3	.526**	.588**	1

Nota: \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Sin embargo, derivado de estos resultados se puede observar que las correlaciones no son muy altas, lo cual permite discriminar entre ellas, y muestra que se están evaluando variables distintas, ya que. Nunnally y Bernstein (1995) indican que correlaciones altas (superiores a .70) entre dos factores deberían hacer reflexionar sobre la posibilidad de unificarlos en uno solo.

En este sentido, se puede confirmar que se mantiene la estructura multifactorial de la escala, ya que correlaciones obtenidas entre los factores son inferiores a este criterio.

De acuerdo con estos datos se encontró que el instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas, pues se obtuvieron ítems con puntuaciones de confiabilidad aceptables.

## Capítulo 7. Discusión y Conclusiones

### 7.1. Discusión

El estudio de la alimentación inducida por la emoción es complejo y la clasificación de los que comen emocionalmente se basa con frecuencia en el autoinforme, lo que vuelve de suma relevancia que las escalas de alimentación emocional sean confiables y válidas.

Debido a que los estudios de investigación orientados a la construcción de instrumentos con enfoque mixto son pocos y que en México existen escasos instrumentos que evalúen la ingesta emocional construidos en México, el objetivo general de la presente investigación fue desarrollar y validar la escala de ingesta emocional para su aplicación en adultos, a través de un diseño mixto secuencial con predominancia cuantitativa.

Con relación a la fase uno, el enfoque cualitativo ha permitido profundizar en los factores que son parte de la ingesta emocional tanto en mujeres (n=19) y hombres (n=13), con edades de entre 19 y 47 años, y de los tres clasificaciones referentes al IMC, normopeso, sobrepeso y obesidad, puesto que se ha reportado que la ingesta emocional no es exclusiva de poblaciones clínicas, pero se presenta con mayor frecuencia, como lo menciona Macht y Roth, 2000.

Como resultado de la fase uno se puede concluir que la ingesta se experimenta de manera diferente en las emociones negativas que en las positivas, mientras que las negativas se da como una forma de regular o evitar la emoción. En las positivas se da a través de un mecanismo de aprendizaje asociativo en donde la emoción positiva es vinculada con el festejo por lo que las personas come más pero sin darse cuenta en el momento sino hasta que la fiesta o reunión termina y físicamente se sienten mal, esto coincide con lo propuesto por lo Van Strien et al. (2013) que sugieren que el comer en respuesta a emociones negativas y positivas podría referirse a diferentes procesos e incluso referirse a diferentes constructos.

Este estudio exploratorio cualitativo permitió conocer más acerca de la percepción de los adultos de su propia ingesta relacionada con las emociones y proporcionó la base para el desarrollo de las dimensiones de la escala, que como resultado se obtuvieron cuatro dimensiones: emociones negativas, emociones positivas, preocupación por el peso y pensamientos y emociones posteriores a la ingesta.

A partir de la matriz de datos se elaboraron 68 reactivos y se llevó a cabo la validez de contenido mediante el juicio de expertos, esta evidencia de validez se ha reportado solo en uno de los instrumentos a nivel internacional que es la adaptación de González, en 2018 del Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet, et.al. (2012). En el caso del instrumento elaborado en la presente investigación, esta evidencia de validez de contenido aportó modificaciones a la redacción de los ítems para dar una mejor correspondencia entre los ítems del instrumento y el constructo de ingesta emocional en adultos mexicanos, dada la relevancia y significados de la comida para esta población.

Para la realización de la validación de la escala, se llevó a cabo con 68 reactivos y como resultado del proceso de validación se obtuvo un instrumento con 42 reactivos, en un formato de respuesta que va de 1 (*Nunca*) a 5 (*Siempre*), agrupados en tres dimensiones emociones negativas, emociones positivas y pensamientos y emociones posteriores a la ingesta, quedando eliminada la dimensión teórica planteada de preocupación por el peso.

Esta dimensión ya había sido vinculada a la ingesta emocional por Adriaanse et al. (2011) y Jansen et al. (2011), mediante el concepto de "Comedores preocupados" como una descripción más adecuada para comedores emocionales encontraron que las puntuaciones de alimentación emocional eran predictivas de un mayor grado de preocupación por el comportamiento alimentario de una persona, un mayor nivel de supervisión de la conducta alimentaria de uno, una menor percepción de tener

control sobre el comportamiento alimentario de una persona y una mayor motivación extrínseca para comer sano.

En instrumentos elaborados internacionales y nacionales, solo se consideran las emociones negativas en la mayoría de ellos (Arnou, et al., 1995; Lazarevich, et al, 2015; Stunkard y Messick 1985; Van Strien et al., 1986), ya que esta dimensión ha sido identificada en investigaciones como un desencadenante del sobreconsumo, por lo tanto los instrumentos en su mayoría sólo son unifactoriales, refiriéndose sólo a las emociones negativas.

Lo cual se deriva de la definición propia que se le ha dado al constructo como “la tendencia a ingerir alimentos para reducir o regular una emoción negativa”, o como “el consumo de alimentos que se produce en respuesta a diversos estados emocionales o señales como el aburrimiento, ansiedad o estrés”, sin embargo, estas definiciones son muy generales.

Esta dimensión es la que se incluye en todas las escalas revisadas y en la creación de la escala de ingesta emocional se consideró como una dimensión para la elaboración de los reactivos y la posterior validación, como resultado cuenta con 16 reactivos y un  $\alpha = .96$ , que explican el 23.60% y es la subescala que más varianza explica.

Por su parte la escala EES que es una de las más utilizadas en el ámbito internacional, presenta un formato de preguntas relacionadas con el deseo de realizar la ingesta y no con la ingesta real, ya que el sentir un deseo no necesariamente lleva a la ingesta, a diferencia del instrumento que se desarrolló que menciona conductas específicas vinculadas a la emoción.

Además, la estructura de la escala EES fue inicialmente estimada a partir de una pequeña muestra ( $n < 55$ ) (Arnou et al. 1995), mientras que según el Criterio de Revisión de Pruebas de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (Evers et al. 2013b), al menos se necesitan de 100-200 participantes para que un tamaño de muestra sea calificado como adecuado.

En el caso de la muestra de la investigación esta fue de 304 personas, lo que aporta una mejor validación de los resultados.

El DEQB-E es la escala más utilizada para medir esta dimensión, ya que cuenta con validaciones a nivel internacional y ha sido traducida a diversos idiomas, además de contar con adecuada confiabilidad, pero carece de validez predictiva y concurrente, esto reportado en estudios experimentales Domoff, Meers, Koball & Musher (2014).

Por otro lado, recientemente se ha estudiado el posible efecto de las emociones positivas en la ingesta, en especial el equipo de investigación de dos grupos de investigadores propusieron de forma independiente (Adriaanse et al., 2011; Jansen et al., 2011). Respecto a la incorporación de la escala de emociones positivas esta ya ha sido reportada en otras escalas como el EMAQ, no obstante, el alfa obtenido en esta escala es medio-bajo y cuenta con pocos ítems (5 ítems,  $\alpha = .75$ ). A su vez en el CECAP cuenta con una subescala que evalúa emociones agradables (5 ítems,  $\alpha = .82$ ), ya que el instrumento evalúa las creencias y las emociones de las personas respecto a su alimentación y no la ingesta emocional como tal.

Con relación a la Escala de Ingesta Emocional esta cuenta con 15 reactivos que evalúan la dimensión de emociones positivas ( $\alpha = .96$ ) y explica el 22.20% de la varianza, lo que indica índices mayores a los encontrados en otros instrumentos que reportan esta dimensión.

La subescala de preocupación por el peso que fue una dimensión planteada en el desarrollo de la escala, no fue respaldada en los análisis estadísticos, ya que ninguno de los reactivos contó con cargas factoriales adecuadas y por lo tanto la dimensión fue eliminada.

Estos resultados no concuerdan con los datos de Adriaanse et al. (2011) y Jansen et al. (2011), que sugieren que una parte de la alimentación emocional se encuentra vinculada a mayor grado de preocupación por el comportamiento alimentario y mayor nivel de supervisión de la conducta alimentaria.

Una de las aportaciones principales de la escala de Ingesta emocional elaborada en la presente investigación es la incorporación de la subescala de pensamientos y emociones posteriores a la ingesta, que se define como el presentar pensamientos y emociones de culpa y remordimiento a causa del consumo excesivo estos se dan posteriores a la sobreingesta, que se relaciona con la parte cognitiva de la alimentación.

Estas correlaciones permiten dar evidencia de la estructura multifactorial de la escala, ya que correlaciones obtenidas entre los factores son inferiores al criterio que menciona Nunnally y Bernstein (1995) indican que correlaciones altas (superiores a .70) entre dos factores deberían hacer reflexionar sobre la posibilidad de unificarlos en uno solo.

De estos instrumentos que han sido reportados a lo largo de la investigación, sólo el EADES ha sido validado para su uso al idioma español en una muestra de universitarios de 19 a 29 años y en su mayoría con personas con normopeso (73.1%), Se requieren más estudios con diferentes grupos de edad y puntuaciones de IMC para estudiar la validez de este instrumento. Por lo tanto, se debe tener precaución al extrapolar los resultados entre otros grupos de la población.

En cuanto a los elaborados en México, en el caso del CECAP, hacen falta estudios que indiquen datos de análisis validez y de confiabilidad ya que sólo se encuentran los reportados por los mismos dos estudios mencionados reportados por los autores del instrumento Ramos, et al. (2016) y Hernández (2016).

Por su parte la escala de Rojas y García (2016), evalúa el constructo de ingesta emocional con cinco subescalas, la cual presenta una referente a las emociones en específico, esta subescala llamada emoción (20 ítems y  $\alpha = .95$ ), es la que presenta mejores indicadores, ya que las otras subescalas presentan alfa medio-bajo, familia (6 ítems y  $\alpha = .76$ ) indiferencia (4 ítems y  $\alpha = .69$ ), cultura (3 ítems y  $\alpha = .80$ ) y efecto del alimento (3 ítems y  $\alpha = .47$ ), que explican el 56.88 % de la varianza.

La confiabilidad del instrumento se calculó mediante el alpha de Cronbach para todos los ítems, en el cual su valor fue superior al criterio establecido ( $\alpha = .70$ ) para la escala completa ( $\alpha = .97$ ) lo que es mayor que instrumentos internacionales y nacionales, pero de manera similar con el DEBQ ( $\alpha = .91$ ).

Por otro lado, la validez predictiva de los cuestionarios de alimentación emocional autoinformados también se cuestiona en un artículo reciente de Bongers y Jansen (2016) que revisó varios estudios experimentales y naturalistas e informó que el efecto de la alimentación emocional autoinformada en la posterior ingesta de alimentos se observa en algunos casos, mientras que en otros, es ambiguo o no se observa.

Se han señalado dos aspectos relacionados con la falta de validez concurrente y predictiva de las escalas de alimentación emocional autoinformadas identificadas en esta revisión incluyen (1) defectos de diseño metodológico / experimental y (2) la variabilidad de la alimentación emocional basada en las características de los participantes.

De acuerdo con los resultados presentados y las comparaciones con datos de validación psicométricos en otros instrumentos, se concluye que se cuenta con un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas para su uso en adultos.

## 7.2 Limitaciones y Sugerencias

La muestra de participantes, como en estudios anteriores, en su mayoría fue del sexo femenino, por lo que se recomienda su aplicación teniendo en cuenta el sexo masculino, e incluso evaluar si la ingesta emocional se presenta de la misma manera en hombres y mujeres o si se percibe una relación distinta con los alimentos.

Una de las limitaciones del estudio se refiere a la evaluación de la confiabilidad de la escala mediante la estabilidad temporal test-retest, esto permitiría tener una evidencia de la estabilidad del constructo a lo largo del tiempo.

A su vez se recomienda un estudio para evaluar la validez predictiva y discriminante de la escala ya que las escalas elaboradas hasta ahora mantienen estudios contradictorios y se considera una de las limitaciones de la mayoría de las escalas a excepción de algunos estudios realizados con el DEBQ.

Se sugiere llevar a cabo otro análisis factorial poniendo como límites pesos factoriales mayores a .40 ya que de esta manera es probable que la dimensión de preocupación por el peso se mantenga dentro de la escala.

Por último se propone el realizar un análisis factorial confirmatorio, ya que los instrumentos sólo la versión para niños del EES presenta índices de bondad de ajuste.

### **7.3 Conclusiones**

La evaluación de la alimentación emocional es importante debido a sus efectos negativos sobre la salud de las personas con sobrepeso, obesidad y los TCA.

A pesar de que el primer instrumento en medir la ingesta emocional en personas adultas fue elaborado en 1986, fue hasta 16 años después, esto derivado del rol periférico que se le dio al constructo, no fue hasta que se comenzó a relacionar con el exceso de peso y su relación con la obesidad que se comenzó a estudiar y tiene su máximo punto de investigaciones en 2010.

Esta evaluación de la ingesta emocional se realiza mediante instrumentos de autoinforme, en donde se pide a las personas responder a preguntas acerca de ingerir mayor consumo de alimentos al presentarse la emoción negativa (en su mayoría).

Sin embargo, en años recientes se han ido incorporando dimensiones que podrían estar relacionadas con la presencia de la ingesta emocional como la desinhibición, la parte cognitiva, la impulsividad, la preocupación por el peso, la familiar y el aspecto cultural.

Este aspecto cultural en la alimentación mexicana es importante debido a la relación social que los mexicanos mantienen con los alimentos, esta parte podría explicar la dimensión de las emociones positivas, ya que la gente “se permite” el consumo excesivo de alimentos en situaciones familiares de festejo.

Sin embargo, en comparación con la alimentación emocional positiva, la alimentación emocional negativa comer está más fuertemente asociado con comer en exceso, por lo que se recomienda el estudio más detallado de las emociones positivas y la ingesta en exceso., ya que podría tienen diferentes relaciones con comer en exceso.

En términos generales se puede concluir en este estudio, que los procedimientos aquí descritos permiten presentar un nuevo instrumento específico para evaluar la ingesta emocional en adultos, con datos de validez y confiabilidad.

## Referencias

- Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T., and Evers, C. (2011). Emotional eating: eating when emotional or emotional about eating? *Psychol. Health* 26, 23–39. doi: 10.1080/08870440903207627
- Adriaanse, M. A., Prinsen, S., De Witt Huberts, J. C., de Ridder, D. T. D., and Evers, C. (2016). 'I ate too much so I must have been sad': emotions as a confabulated reason for overeating. *Appetite* 103, 318–323. doi: 10.1016/j.appet.2016. 04.028
- Adriaanse, M., De Ridder, D. & Evers, C. (2011). Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating? *Psychology and Health*, 26(1), 23-39.
- Aguilar, A. (2014). *Rasgos de personalidad en estudiantes universitarios con tendencias al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis de licenciatura). Universidad del Tepeyac, México.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.th ed. [DSM-5]). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aranceta, J., (2001). *Nutrición Comunitaria*. España: Masson.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. (1995). The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. . *International Journal Eating Disorders*, 18, 79–90. doi: 10.1002/1098-108X(199507)18:1<79::AID-EAT22 60180109>3.0.CO;2-V.
- Baile, I. (2014). Trastorno por atracón, el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142,138-139. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000100022>

- Behar, R., y Arancibita, M. (2014). DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52, 22-33. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/265729323\\_DSM-5\\_y\\_los\\_trastornos\\_de\\_la\\_conducta\\_alimentaria](https://www.researchgate.net/publication/265729323_DSM-5_y_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria)
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., Medina-Mora, Ma. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35, (6), 438-490. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018533252012000600005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252012000600005&lng=es&nrm=iso). ISSN 0185-3325.
- Bennett, J. Greene, G, y Schwartz. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study. *Appetite*, 60. 187-192.
- Bertrán, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y la salud en México. *Revista de Saúde Colectiva*, 20 (2), 387-411. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200004>.
- Blackman, M.C., Kvaska, C.A. (2011). Nutrition psychology improving dietary adherence. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts.
- Blundell, J. (1991). Pharmacological Approaches to Appetite Suppression. *Trends in Pharmacological Sciences*, 12,147-57. PMID: 2063481.
- Bolaños, P. y Jáuregui, L. (2010). Sobrepeso y Obesidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Comunitaria*, 16 (2), 83-89. doi: 10.1016/S1135-3074(10)70021-1
- Bongers P. & Jansen A. (2016) Emotional Eating Is Not What You Think It Is and Emotional Eating Scales Do Not Measure What You Think They Measure. *Frontiers in. Psychology*, 7:1932.

- Bongers, A. Jansen, R. Havermans, A. Roefs, C. Nederkoorn. Happy eating The underestimated role of overeating in a positive mood. *Appetite*, 67 (2013), 74-80
- Bongers, P., Jansen, A., Havermans, R., Roefs, A., and Nederkoorn, C. (2013a). Happy eating; the underestimated role of overeating in a positive mood. *Appetite* 67, 74–80. doi: 10.1016/j.appet.2013.03.017
- Bongers, P., Jansen, A., Houben, K., and Roefs, A. (2013b). Happy eating: the single target implicit association test predicts overeating after positive emotions. *Eating Behaviour*. 14, 348–355. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.06.007.
- Brogan, A., & Hevey, D. (2013). Eating styles in the morbidly obese: restraint eating, but not emotional and external eating, predicts dietary behaviour. *Psychology Health*, 28, 714–725. doi: 10.1080/08870446.2012.760033
- Calañas, A. (2012). *Bases científicas de la alimentación saludable*. Cap.1. En dietoterapia, nutrición y metabolismo (pp.3-27). Madrid, España Ediciones: Díaz de Santos.
- Calzada, R., Altamirano N., Ruiz, M. (2008). Reguladores neuroendocrinos y gastrointestinales del apetito y la saciedad. *Boletín Médico Hospital Infantil México*; 65:468-87.
- Canetti, L., Berry, E. M., & Elizur, Y. (2009). Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight- loss program: the mediating role of emotional eating. *International Journal Eating Disorders* 42, 109-117. doi: 10.1002/eat.20592.

Canetti, L., Berry, E. M., and Elizur, Y. (2009). Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: the mediating role of emotional eating. *International Journal Eating Disorder*, 42, 109–117. doi: 10.1002/eat.20592

Cannon W. & Washburn A. (1912). An explanation of hunger. *American Journal of Physiology*, 29: 441- 454.

Carlson, N. (2014). Fisiología de la conducta. Madrid: España: Pearson Educación.

Chiquete, E., y Tolosa, P. (2013). Conceptos tradicionales y emergentes sobre el balance energético. *Revista de Endocrinología Y Nutrición*, 21(2), 59–67.  
Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er132b.pdf>.

Cordido, (2005). Fisiología y fisiopatología de la nutrición. Universidad de Coruña. España.

Díaz, M. (2014). Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. *Revista Facultad de Medicina*, 62 (2), 237-245. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n2/v62n2a10.pdf>.

Elfhag, K., & Morey, L. C. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviour*, 9, 285-293. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.10.003.

Evers, C., Adriaanse, M., Ridder, D., & Huberts, J. (2013). Good mood food. Positive emotion as a neglected trigger food intake. *Appetite*, 68, 1-7.

Evers, C., de Ridder, D. T., and Adriaanse, M. A. (2009). Assessing yourself as an emotional eater: mission impossible? *Health Psychology*, 28, 717. doi: 10.1037/a0016700

Fischer, S., Chen, E., Katterman, S., Roerhig, M., Bochierrri, L., Munoz, D., et al. (2007). Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obesity Surgery*, 17, 778-784. doi: 10.1007/s11695-007-9143-x

Ganley, R. (1988). Emotional eating and how it relates to dietary restraint, disinhibition, and hunger. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 635-647.

Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E, López, G., Sánchez, D. & Corbalán (2012). Validation of a questionnaire on emotional for use in case of obesity; the emotional eater questionnaire (EEQ). *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 645-651.

Geliebter, A., and Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eat. Behav.* 3, 341–347.

González, E., y Schmidt, J. (2012). Regulación de la ingesta alimentaria y del balance energético; factores y mecanismos implicados. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1850–1859. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6099>

Granados, K., Stephens, R., Malin, K., Zderic, W., Hamilton, T., y Braun, B. (2012). Appetite regulation in response to sitting and energy imbalance. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37(2), 323–333. doi: 10.1139/h2012-002.

- Guzmán, M. (2012). *Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Hays, N. & Roberts, S. (2008). Aspects of eating behaviors “disinhibition” and “restraint” are related to weight gain and BMI in women. *Obesity*, 16(1), 52-58.
- Herman, C. & Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 666-672.
- Herman, C.P. & Polivy, J. (1984). *A boundary model for the regulation of eating*. En A. J. Stunkard y E. Stellar (dirs.), *Eating and its disorders* (pp. 141-156). Nueva York: Raven Press.
- Hernán, J., González, K., y Silva, C. (2016). Efectos de la interacción entre el sexo y el peso sobre el comer emocional en adolescentes. *Psicología y Salud*, 26 (1) ,63-68.
- Hernández, (2017). *Trastornos de la conducta alimentaria en atletas de equipos representativos de la UNAM*. (Tesis de especialidad en Psiquiatría). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Jacoby, C., Hayward, C., De Zwaan, M., Kraemer, H., y Agras, W. (2004). Coming to term with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 19-65. doi:[10.1037/0033-2909.130.1.19](https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19)

- Kiyotaki, Y. y Yokoyama, K. (2006). Relationships of eating disturbances to alexithymia, need for social approval, and gender identity among Japanese female undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 41, 609-618. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.02.013>
- Koenders, P. G., and van Strien, T. (2011). Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *Journal Occupational and Environmental Medicine*, 53, 1287-1293. doi: 10.1097/JOM.0b013e31823078a2.
- Lazarevich, I., Irigoyen, M. y Velázquez, M. (2013). Obesity, eating behaviour and mental health among university students in Mexico city. *Revista nutrición hospitalaria* 28(6),1892-1988.
- López, A. y Martínez, H. (2002). ¿Qué es el hambre? Una aproximación conceptual y una propuesta experimental. *Investigación en salud*. (4) 1-3.
- Lozano, J. y Rodríguez, J. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia. Bulimia. Pica. Rumiación. En Rodríguez, J. (Ed). *Psicopatología infantil básica* (81-96).
- Macht, M. (2008). How emotional affect eating: A five-way model. *Appetite*. 50, 1-11.
- Macht, M. y Simons, G.(2000). Emotions and every eating in everyday life. *Appetite*. 35, 65-71.
- Macht, M., and Dettmer, D. (2006). Everyday mood and emotions after eating a chocolate bar or an apple. *Appetite*, (Ozier et al., 2007)46, 332–336. doi: 10.1016/j.appet.2006.01.014

- Malacara, J. (2004). Mecanismos regulatorios de la ingesta de alimentos ¿al fin un tratamiento a la vista? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12 (4), 188-198. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/er044c.pdf>.
- Meléndez, J.M. (2014). *Reflexiones sobre las aportaciones teóricas metodológicas de los estudios sobre la alimentación: Una visión Antropológica*. Capítulo 3. En Hábitos alimentarios: Psicobiología y sociantropología de la alimentación. McGraw-Hill Interamericana editores. (pp.10-37). México. D.F.
- Muñoz, S. (2016). *Emociones, estrés y afrontamiento relacionado con la conducta alimentaria en adolescentes obesos*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Ochoa, C. y Muñoz G. (2014). Hambre, Apetito Y Saciedad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 24(2), 268–279. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2014/can142k.pdf>.
- Ogden J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Ediciones Morata.
- Ogden, J. (2008). The many meanings of food and their impact on eating behaviour. .En Buckroyd, J. y Rother, S. (Ed). *Psychological responses to eating disorders and obesity* (pp. 1-17). Ediciones Jonh Wiley y Sons. United States of America.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Nota descriptiva: Obesidad y sobrepeso No. 311 Recuperado de <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Ortiz, M. (2014). Anorexia y Bulimia. En Jiménez, M. (Ed.). *Psicopatología infantil*. España: Ediciones Aljibe.

- Osorio, J., Weisstaub, N., Gerardo, y Castillo D., Carlos. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), 280-285. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>.
- Ouwens, M., Van Strien, T., & Van Leeuwe, J. (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite* 53, 245–248. doi: 10.1016/j.appet.2009.06.001
- Paleo, I. Fulgencio, M. y Navarro, G. (2016) *Comparación de la conducta alimentaria en función del índice de masa corporal, edad y sexo*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Tesis de licenciatura.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. y Echeburúa, (2011). Las variables emocionales como factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of clinical and health psychology*, 11(2), 229-247. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33716996003>.
- Patel, K. A., & Schlundt, D. G. (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite*, 36(2), 111–118. doi.org/10.1006/appe.2000.0385
- Plumed, J. y Rojo (2014). Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Médica Panamericana. México.
- Polivy, J. y Herman C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychopathology*, 53, 187-213. Recuperado de <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>

- Portela, M. L., Da Costa, H., Mora, M., y Raich, M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112012000200008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112012000200008&lng=es&nrm=iso). ISSN 1699-5198.
- Ramón, F. (2010). *Imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Reyes M. y Tena E. (2016). Regulación emocional en la práctica clínica. Manual Moderno. México.
- Ricca, V., Castellini, G., Sauro, C., Ravaldi, C., Lapi, F., Mannucci, E., et al. (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite* 53, 418-421. doi: 10.1016/j.appet.2009.07.008.
- Rojas, A. (2016). Alexitimia, funcionamiento familiar y estilo de vida: predictores de la alimentación emocional. (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.
- Sánchez y Pontes (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (6), 2148-2150.
- Saucedo, T. y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Revista de Salud Mental*, 33(1), 11-19.

- Schmid, D., Held, K., Ising, M. (2005). Ghrelin stimulates appetite, imagination of food. *Neuropsychopharmacology*, 30-1187-1192.
- Stice, E., Burton, E., Bearman, K. y Rohde, P. (2007). Randomized trial of a brief depression prevention program: An elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 863- 876. doi:[10.1016/j.brat.2006.08.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.008)
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.
- Tucci, S. (2008). Grelina en regulación del apetito y el papel en obesidad y trastornos alimentarios; Abordajes terapéuticos. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 6(2), 15-23. Recuperado de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=54240&id\\_seccion=1861&id\\_ejemplar=5495&id\\_revista=116](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54240&id_seccion=1861&id_ejemplar=5495&id_revista=116).
- Turró R. (1912). Orígenes del Conocimiento: El Hambre. Barcelona: Minerva.
- Unikel C, Bojórquez L, Villatoro J, Fleiz C, Medina–Mora ME. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997–2003. *Revista Investigación Clínica*, 58(1):15–27. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003483762006000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003483762006000100003&lng=es&tlng=es).
- Unikel C., Díaz de León, C. y Rivera, J. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

- Unikel, S. y Caballero, A. (s.f). Guían Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G. & Defares, P. (1986).The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of eating disorders*, 5 (2). 295-315. doi: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T
- Van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D. J., Engels, R. C. M. E., & de Weerth, C. (2012).Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58(1), 277–284. doi.org/10.1016/j.appet.2011.10.00
- Van Strien, T., Herman, C. P., Engels, R., Larsen, J., & Van Leeuwe, J. (2007). Construct validity of the restraint scale in normal-weight and overweight females. *Appetite*, 49, 109-121.
- Van Strien, T., Herman, C. P., y Anschutz, D. J. (2012). The predictive validity of the DEBQ-external eating scale for eating in response to food commercials while watching television. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 257–262
- Van Strien, T., Roelofs., K y Weerth. C. (2013). Cortisol reactivity and distress-induced emotional eating. *Psychoneuroendocrinology*, 38(5), 677-684.

## Apéndice I: Guía de entrevista



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
Facultad de Psicología  
Maestría en Psicología  
Guía de entrevista



Folio \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

Objetivo: Explorar la percepción de las personas a presentar una sobreingesta debida a una motivación emocional

### 1. Presentación

Hola \_\_\_\_\_, bienvenida (o), muchas gracias por aceptar participar en esta entrevista. Agradezco tu colaboración y el tiempo que me estás brindando al poder venir, como te mencioné anteriormente yo soy estudiante de la Maestría de Psicología y me interesan los temas relacionados con la salud y la alimentación, en especial, durante esta entrevista me gustaría que me permitieras conocer tú opinión acerca de si las emociones pueden ser una de las causas que te lleven a comer en ciertos momentos mayor cantidad de la que usualmente consumes.

Como leímos en el Consentimiento Informado, los datos que obtengamos de la entrevista ayudarán a identificar cómo las emociones pueden influir en la alimentación. Es por eso que me interesa mucho tu participación ya que tú experiencia personal puede ayudar a comprender mejor lo que pasa con las personas que comen motivadas por diferentes emociones como la felicidad, ansiedad, el enojo o la tristeza. .

Si en algún momento de la entrevista, te sientes incómoda (o) o no quieres seguir, puedes decirme y podemos tomarnos un momento, o terminar con la entrevista.

Si estás de acuerdo en continuar, entonces podemos iniciar.

## 2. Inicio de la entrevista

- **2.1. Antecedentes:** Conocer desde cuándo identifican que inició su problema de peso.

Primero me gustaría conocer un poco de tu historia respecto a tu alimentación y si has percibido que esta relaciona con un aumento o disminución del peso.

1. ¿Consideras que tienes o has tenido alguna vez en tu vida problemas de peso?
2. ¿Desde qué edad recuerdas que tienes este problema? (en este apartado se pretende explorar el origen del problema, identificando los factores o eventos asociados a su inicio.

3. ¿Identificas algún momento de tu vida en el que consideres que comenzó este aumento de peso?

4. ¿Qué pasaba entonces en tu vida en esos momentos?

Aquí puede haber varias opciones del surgimiento del problema de sobrepeso y estas se relacionan con la teoría, por ejemplo: los que tienen problemas de peso desde el nacimiento o desde la infancia, etc., cada etiología es distinta.

Si contesta que desde bebé se realizarán las siguientes preguntas: (aquí tendrían que hacer preguntas que se relacionen con bebés con sobrepeso)

- ¿Sabes si tú mamá tuvo diabetes gestacional?
- ¿Cómo era tu alimentación cuando eras niñ@?
- ¿Alguien en tu familia tienes problemas de peso?

Si contesta que desde algún momento en específico se realizarán las siguientes preguntas:

Ahora voy a pedirte que te detengas un momento a reflexionar. Vamos a retroceder un poco en el tiempo y a situarnos en esa edad que mencionas como una posible causan de este aumento de peso, piensa un poco en esta época, en este tiempo.

Nota:

El comer emocional como una conducta aprendida: Se ha sugerido que comer emocional es un comportamiento aprendido. Mientras que la respuesta natural para la mayoría de las personas frente a la adversidad es disminuir la ingesta de alimentos, las personas consideradas “comedores emocionales”, aprender a regular sus emociones al realizar la sobre ingesta.

Podrías contarme un poco de esta situación:

5. ¿Qué fue lo que paso que hizo que comenzaras a comer más?
6. ¿Cómo te sentiste en esos momentos?
7. ¿Cómo crees que se relaciona esta situación con ese aumento de peso?
8. ¿Te diste cuenta que a partir de ese evento comenzaste a comer más?
9. ¿Cómo piensas que cambió tu manera de comer a causa de esta situación?
10. ¿Existe algún tipo de alimento o alimentos que consumías más seguido?
11. ¿Por qué elegías estos alimentos en especial?
12. ¿Tienes alguna historia asociado con este o estos alimentos favoritos?
13. ¿Cuándo consumes este alimento, cómo te sentías?
14. ¿Crees que sigues manteniendo esta manera de comer hasta el día de hoy?

**2.2. Emociones negativas y sobreingesta:** Influencia de las emociones negativas en la sobreingesta, esta puede ser identificable por la persona.

Ahora vamos a regresar al presente, quiero que trates de recordar la última vez que sentiste que te diste cuenta que “comiste de más” que se relacione con una emoción o alguna situación que percibiste como negativa.

Si ya identificaste la situación, quiero que cierres los ojos y te concentres en recordar esta situación o evento, no pienses en otra cosa, sólo en ese momento, concéntrate en recordar la emoción que sentías en ese momento.

14. ¿Qué fue lo que pasó?
15. ¿Qué emoción es la que sentías?
16. ¿Qué tan intensa era la emoción?
20. ¿Cómo te sentiste después de comer?

21. ¿Crees que cambió la emoción que sentías antes de comer y después de que comiste?

22. Cuando estas bajo este tipo de emociones, ¿recurre a cierto tipo de comida en particular, o usualmente qué es lo que consumes?

Ahora quiero que pienses durante el último mes, ¿qué tan seguido durante el último mes te ha pasado esto de comer “de más” por alguna emoción/ situación negativa?

**2.3. Emociones positivas y sobreingesta:** El papel de las emociones positivas como un disparador para el sobreconsumo de comida en una forma descuidada.

Ahora vamos a pasar a los eventos que nos producen situaciones agradables como fiestas o celebraciones, recuerda la última vez que fuiste a alguna fiesta o cumpleaños o algún evento en donde estuvieras celebrando, trata de recordar y dime:

23. ¿Qué evento fue?

25. ¿Qué tan intensa era la emoción? (0-10)

26. ¿Con quién estabas?

27. ¿Qué alimentos consumiste?

28. ¿Cuánto alimento comiste?

¿Existe alguna otra emoción positiva que recuerdes por la cual sientas que comiste de más?

Cuando estas bajo este tipo de emociones, ¿recurre a cierto tipo de comida en particular, o usualmente qué es lo que consumes?

Ya para finalizar me gustaría que me digas ¿Cómo te sientes? ¿Qué piensas de esto que me acabas de platicar?



## **Apéndice II: Consentimiento Informado**

### **Consentimiento informado para participar en un proyecto de investigación “Conducta alimentaria y emociones”**

Como parte del proyecto de investigación titulado “Conducta alimentaria y emociones” que se está llevando a cabo actualmente en el Posgrado de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, se está pidiendo su colaboración para la realización de una entrevista a profundidad como parte del proyecto. El objetivo de dicha entrevista es explorar las relaciones entre la conducta alimentaria y las emociones para el posterior desarrollo de un instrumento de evaluación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y la información recabada será totalmente confidencial, además de que no se utilizarán para ningún otro propósito fuera de los establecidos dentro de la investigación.

Si usted accede a participar, se le pedirá responder a algunas preguntas que fueron diseñadas específicamente para el presente proyecto, dicha entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Lo que se conversará durante esta sesión se grabará en formato de audio, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Una copia de este consentimiento le será entregada y usted puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido con la Lic Ileri Atzimba Paleo Garnica al número telefónico 4431995299.

Si usted acepta participar y no tiene alguna duda, puede firmar el siguiente apartado.

Yo \_\_\_\_\_ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de las entrevistas, he podido resolver todas las dudas acerca del objetivo del proyecto y de la finalidad de los datos. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación para el proyecto “Conducta alimentaria y emociones” que se está desarrollando en la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, acepto participar en la grabación de las sesiones y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En Morelia Michoacán, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

## Apéndice III: Formato de jueceo

**Estimado profesor (a):**

Por este medio, le solicitamos su participación como juez para evaluar la escala de sobreingesta emocional en adultos. Este instrumento tiene como objetivo evaluar el constructo de **sobreingesta emocional** que se refiere al **sobreconsumo de alimentos (sin la presencia de hambre) asociado a algún tipo de emoción**. Este constructo consta de cuatro dimensiones, que se definen más adelante.

Le pedimos que evalúe la pertinencia de cada uno de los ítems en cada dimensión, es decir, si realmente el ítem pertenece a la dimensión, de acuerdo con la siguiente escala de respuesta:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>No es pertinente</b>					<b>Es muy pertinente</b>

También le pedimos que evalúe si la redacción del reactivo es clara o no, de acuerdo con la escala de respuesta que se muestra a continuación:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>No es clara la redacción</b>					<b>La redacción es muy clara</b>

### Dimensión 1: **Emociones negativas**

Cambio en el patrón regular de alimentación con la finalidad de regular o evitar una emoción negativa y tratar de “sentirse mejor” (Van Strien, 2002).

	<b>Redacción clara</b>	<b>Pertinencia</b>
<b>1. Me he dado cuenta que cuando me siento mal, el comer mejora mi estado de ánimo</b>		
2. Cuando tengo problemas como más de lo normal		
<b>3. Ante situaciones agobiantes noto que consumo más comida de lo normal</b>		
4. Cuando las cosas van mal, tengo derecho a comer más		
<b>5. Cuando siento un vacío emocional lo lleno con comida</b>		
6. Siento que mis problemas se disminuyen cuando como		
<b>7. Cuando tengo problemas pienso en comer antes de resolverlos</b>		
8. Si tengo un mal día, compro algo de comida para sentirme mejor		
<b>9. Mientras estoy comiendo se me olvidan los problemas que pasan en mi vida</b>		
10. Cuando siento que tengo ansiedad, como más de lo normal		
<b>11. Cuando estoy solo (a) en la casa, sin hacer nada, me distraigo comiendo</b>		
12. Como más cuando me pongo nervioso (a)		
<b>13. Cuando me siento triste busco algo para comer</b>		
14. Cuando estoy aburrido (a) busco algo para comer		
<b>15. Como de más cuando me siento triste</b>		
16. Como de más cuando me siento deprimido (a)		
<b>17. Como de más cuando me siento preocupado (a)</b>		
18. Cuando me siento triste, para consolarme como más de lo normal		
<b>19. Como de más cuando me siento tenso (a)</b>		
20. Cuando estoy aburrido (a) como para entretenerme en algo.		
<b>21. Siento que el estar estresado (a) me lleva a tener un mayor consumo de alimentos.</b>		
22. Siento que me refugio en la comida cuando estoy triste.		
<b>23. Cuando siento como un vacío emocional me dan ganas de comer lo que sea</b>		

24. Cuando estoy enojado (a), lo que me tranquiliza es comer		
<b>25. Cuando me siento presionado (a) percibo que como de más</b>		

Dimensión 2: **Preocupación por el peso**

Monitorear y controlar la ingesta de alimentos por presentar una preocupación por el peso y la figura (Adriaanse, De Ridder, Evers, 2011).

	<b>Redacción clara</b>	<b>Pertinencia</b>
<b>1. Me pongo constantemente a dieta con la intención de bajar de peso</b>		
2. Cuando me doy cuenta de que estoy comiendo de más, me detengo para no aumentar de peso.		
<b>3. Me preocupa mucho el aumentar de peso</b>		
4. Para mí es muy importante cuidar mi peso.		
<b>5. Subo y bajo de peso constantemente</b>		
6. Creo que debería de bajar algunos kilos		
<b>7. Siempre tengo subidas y bajadas muy abruptas de peso</b>		
8. Cuando la comida está muy rica, fácilmente pierdo el control		
<b>9. La preocupación por subir de peso me hizo ponerme a dieta</b>		
10. He estado tan preocupado (a) por mi peso que he pensado en ponerme a dieta		
<b>11. Me preocupa mucho subir de peso</b>		
12. Identifico claramente los momentos de mi vida en los que he subido de peso		
<b>13. Cuando observo que estoy subiendo de peso dejo de consumir algunos alimentos</b>		
14. Pienso que estoy pasado (a) de peso y debería de perder algunos kilos		
<b>15. Me doy cuenta que bajo de peso cuando me siento bien, pleno (a) y feliz; y vuelvo a comer de más cuando empiezan mis problemas</b>		
16. Cuando siento que subo de peso me salto las comidas para perder peso		
<b>17. Cuando siento que aumenté de peso como menos de lo normal</b>		

### Dimensión 3: Emociones positivas

Las emociones positivas como un disparador para el sobreconsumo de comida en una forma descuidada (Adriaanse, De Ridder, y Evers, 2011).

Estas emociones incrementan el placer por comer y la motivación del comer.

Situaciones de celebraciones que llevar a las personas a presentar un consumo descuidado y permisivo (Geliebter y Aversa, 2003).

	Redacción clara	Pertinencia
<b>1. Cuando me dan buenas noticias me gusta celebrar con comida.</b>		
2. Cuando voy a fiestas, como más de lo normal.		
<b>3. Como más de lo normal cuando asisto a eventos familiares</b>		
4. Como más de lo normal cuando asisto a reuniones con los amigos		
<b>5. Cuando estoy celebrando es común que coma mucho</b>		
6. Me cuesta mucho trabajo resistirme a la comida en las celebraciones cuando hay otros comiendo a mi lado.		
<b>7. Cuando estoy en una fiesta no me doy cuenta de cuánto como hasta que siento el estómago inflamado.</b>		
8. Cuando como algo muy rico, tiendo a comer de más por el placer de seguir disfrutando la comida.		
<b>9. Cuando me siento feliz digo ahora sí puedo comer de más, me lo merezco</b>		
10. Cuando estoy en una celebración me descontrolo y como sin pensar en lo que como		
<b>11. Generalmente celebro mis éxitos con una buena comida.</b>		
12. Creo que es permitido comer de más cuando estoy feliz		
<b>13. En las fiestas o bodas como de más porque está rica y disponible</b>		
14. El comer es mi momento de relajación		
<b>15. Cuando estoy en fiestas familiares y me siento feliz, pienso que en esos momentos no hay porque restringirse</b>		
16. Siento que cuando estoy feliz es común que llegue a comer más de lo normal		
<b>17. Pienso que en los momentos en los que uno está celebrando, no hay porque restringirse, se debe de comer de todo</b>		

18. Cuando estoy en una fiesta y hay comida disponible como hasta que me siento físicamente muy lleno		
<b>19. Cuando tengo la oportunidad de estar en una fiesta como toda la comida que pueda</b>		
20. Cuando estoy celebrando no importa cuánto coma, es permitido comer de más porque la situación lo amerita		
<b>21. Si estoy en una fiesta me encuentro continuamente consumiendo alimentos sabrosos, aun cuando ya no tengo hambre</b>		

Dimensión 4: **Pensamientos y emociones posteriores a la sobreingesta**  
 Presentar pensamientos y emociones de culpa y remordimiento por la sobreingesta

	Redacción Clara	Pertinencia
<b>1. Después de comer de más pienso ahora sí me excedí en lo que comí</b>		
2. Cuando como de más me digo a mí mismo (a) te ves muy pasado (a) de peso		
<b>3. Cuando siento que comí mucho, después pienso no debí de comer tanto</b>		
4. Cuando como de más me digo a mí mismo no te supiste medir		
<b>5. Después de que como de más me siento mal conmigo (a)</b>		
6. Después de que como de más de siento pesado (a) y pienso que no debí comer tanto		
<b>7. Cuando me doy cuenta de que comí de más me siento culpable</b>		
8. Después de comer demasiado me preocupo mucho por el peso que voy a ganar		
<b>9. Cuando como de más pienso cómo voy a bajar de peso, si sigo comiendo tanto</b>		
10. Cuando voy a reuniones y sé que comí de más pienso que me excedí		
<b>11. Me siento mal después de comer cuando realmente siento que es mucho lo que comí</b>		
12. Después de comer mucho me siento con remordimientos		

<b>13. Sentirme muy lleno (a) después de comer mucho me ha hecho sentir que me excedí en la cantidad</b>		
--	--	--

## Apéndice IV: Escala de Ingesta Emocional en adultos

### EIE

**Instrucciones:** A continuación encontrará una serie de preguntas sobre su alimentación. Le pedimos que responda de la manera más sincera, marcando el recuadro de su respuesta con una X. Piense que no hay respuestas buenas o malas, ni correctas o incorrectas. Conteste todas las preguntas y si tiene alguna duda pregunte al aplicador.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentement e	Siempre
1. Cuando me siento mal, comer mejora mi estado de ánimo.					
2. Cuando tengo problemas como más de lo normal.					
3. Ante situaciones agobiantes noto que consumo más comida de lo normal.					
4. Creo que tengo derecho a comer más cuando las cosas van mal.					
5. Siento que la preocupación por mis problemas disminuye cuando como					
6. Cuando tengo problemas pienso en comer antes de resolverlos.					
7. Si tengo un mal día, compro algo de comida para sentirme mejor.					
8. Mientras estoy comiendo se me olvidan los problemas que tengo en mi vida.					
9. Acostumbro comer de más cuando me siento tenso (a).					
10. Cuando estoy ansioso como más de lo normal.					
11. Cuando estoy sin hacer nada, me distraigo comiendo.					
12. Cuando me siento triste busco algo para comer.					
13. Cuando estoy aburrido (a) busco algo para comer.					
14. Acostumbro comer de más cuando me siento triste.					
15. Acostumbro comer de más cuando me siento deprimido (a).					
16. Acostumbro comer de más cuando me siento preocupado (a).					
17. Cuando estoy aburrido (a) como para entretenerme.					
18. Siento que estar estresado (a) me lleva a tener un mayor consumo de alimentos.					
19. Siento que me refugio en la comida cuando estoy triste.					
20. Cuando siento un vacío emocional me dan ganas de comer algo dulce y delicioso.					
21. Cuando estoy enojado (a), lo que me tranquiliza es comer.					
22. Cuando me siento presionado (a), como de más.					

23. Me pongo constantemente a dieta con la intención de bajar de peso.					
	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
24. Cuando me doy cuenta de que estoy comiendo de más, me detengo para no aumentar de peso.					
25. Me preocupa mucho aumentar de peso.					
26. Para mí es muy importante cuidar mi peso.					
27. Subo y bajo de peso constantemente.					
28. Creo que debería bajar algunos kilos.					
29. Tengo subidas y bajadas de peso muy abruptas.					
30. La preocupación por subir de peso me hizo ponerme a dieta.					
31. He estado tan preocupado (a) por mi peso que he pensado en ponerme a dieta.					
32. Identifico claramente los momentos de mi vida en los que he subido de peso.					
33. Cuando observo que estoy subiendo de peso dejo de consumir algunos alimentos.					
34. Pienso que estoy pasado (a) de peso y debería de perder algunos kilos.					
35. Cuando siento que subo de peso me salto las comidas para perder peso.					
36. Cuando siento que aumenté de peso como menos de lo normal.					
37. Cuando me dan buenas noticias me gusta celebrar con comida, pero suelo consumir de más.					
38. Cuando voy a fiestas, como más de lo normal.					
39. Como más de lo normal cuando asisto a eventos familiares					
40. Como más de lo normal cuando asisto a reuniones con los amigos					
41. Cuando estoy celebrando es común que coma mucho					
42. Me cuesta mucho trabajo resistirme a la comida en las celebraciones cuando hay otros comiendo a mi lado.					
43. Cuando estoy en una fiesta no me doy cuenta de cuánto como hasta que siento el estómago inflamado.					
44. Cuando como algo muy rico, tiendo a comer de más por el placer de seguir disfrutando la comida.					
45. Cuando me siento feliz digo ahora sí puedo comer de más, me lo merezco					
46. Cuando estoy en una celebración me descontrolo y como sin darme cuenta					

47. Celebro mis éxitos con una buena comida sin limitar mi ingesta					
48. Creo que es permitido comer de más cuando estoy feliz.					
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
49. En las fiestas o bodas como de más porque hay comida rica y disponible.					
50. Cuando estoy en fiestas familiares y me siento feliz, pienso que en esos momentos no hay porque restringirse de comer.					
51. Siento que cuando estoy feliz es común que llegue a comer más de lo normal.					
52. Pienso que en los momentos en los que uno está celebrando, no hay porque restringirse, se debe de comer de todo					
53. Cuando estoy en una fiesta y hay comida disponible, como hasta que me siento muy lleno					
54. Cuando tengo la oportunidad de estar en una fiesta como toda la comida que puedo.					
55. Cuando estoy celebrando no importa cuánto coma, es permitido comer de más porque la situación lo amerita					
56. En las fiestas, paso el tiempo comiendo alimentos sabrosos, aun cuando ya no tengo hambre.					
57. Después de comer de más pienso “ahora sí me excedí en lo que comí”.					
58. Cuando como de más me digo a mí mismo (a) “te ves muy pasado (a) de peso”.					
59. Cuando siento que comí mucho, después pienso “no debí comer tanto”.					
60. Cuando como de más me digo a mí mismo (a) “no te supiste controlar”.					
61. Después de que como de más me siento mal conmigo.					
62. Después de que como de más me siento pesado (a) y pienso que no debí comer tanto.					
63. Cuando me doy cuenta de que comí de más me siento culpable.					
64. Después de comer demasiado, me preocupo mucho por el peso que voy a ganar.					
65. Cuando como de más pienso ¿Cómo voy a bajar de peso, si sigo comiendo tanto?					
66. Cuando voy a reuniones y sé que comí de más pienso que me excedí.					
67. Cuando me doy cuenta de que comí mucho, me siento muy					

mal.					
68. Después de comer mucho me siento con remordimientos.					

Marque con una X su respuesta

Sexo:  H  M      Edad: \_\_\_\_\_ Trabaja:  Si  No      Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Edo. Civil:  Soltero  Casado  Unión libre  Separado  Divorciado

Último grado de estudios:  Primaria  Secundaria  Preparatoria  Licenciatura  Posgrado

Se encuentra actualmente en una dieta:  Si  No

Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

¡Muchas gracias por su colaboración!

