



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD

ALEXITIMIA, FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA:
PREDICTORES DE LA ALIMENTACIÓN EMOCIONAL

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ

TUTORA PRINCIPAL

DRA. MIRNA GARCÍA MENDEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

COMITÉ TUTORAL

DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

DRA. ISABEL REYES LAGUNES

DR. ROLANDO DÍAZ LOVING

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MÉXICO, CDMX. MAYO, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria:

Papá: porque no hay mundo mejor que el que vivimos ahora, te quiero porque hiciste de mí una gran persona, sin saber Psicología, compartimos muchos libros.

Mamá: eres la mujer más tenaz y valiente, admiro tu fuerza ante la vida, heredé de ti la capacidad infinita de amar.

Jon: sabes que estoy aquí y siempre serás mi hermano pequeño.

Damián: mi pequeño sobrino, a tu edad eres tan sabio, espero algún día leas este trabajo, no como obligación, sino para mostrarte que puedes brillar en medio de la obscuridad.

Perrhijos: Ringo, Diego y Tico, no saben leer pero nadie se desveló más a mi lado que ustedes, los días de evaluaciones, tareas y redacción de este trabajo, sin entenderme me acompañaban y cuando menos lo notábamos amanecía y entonces íbamos al paseo matutino con los “ojos locos”.

Lalo: eres el mejor compañero y amigo de la FES-Z sin tus contingencias en mi vida dramática, no hubiera terminado esta tesis. Te quiero mucho porque ocupas un lugar muy especial en mi vida académica y personal.

Manu: Amor, dime, ¿quiénes somos nosotros para decirle no a la vida? necesitaría una tesis para decirte porque este trabajo en alma y espíritu te pertenece tanto como mi corazón. Patapon, los días hablando de ciencia, no se comparan con aquellos viviendo la vida.

Agradecimientos

A la **UNAM**, mi alma mater, por estos 15 años de desarrollo personal profesional y cultural, es un orgullo ser parte de tu historia. ¡Por mi raza hablará el espíritu!

A la **FES-Zaragoza**, mi pequeña facultad que alberga grandes recuerdos.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)** por la beca otorgada para realizar mis estudios de posgrado en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM.

Dra. Mirna: por suerte nos encontramos en el mismo camino, después de esta larga trayectoria académica hoy comprendo el por qué trabajamos juntas.

Dra. Judith: más que tutora, fuiste una amiga, más que alumna sé que me contemplabas como persona, tu apoyo en este trabajo es invaluable.

Dr. Juan Manuel: eres un ser humano increíble, tengo mucho que agradecer por todo lo que me incitas a crecer y madurar, aprendí mucho en tu grupo académico, me deja una sensación de vacío no estar en el seminario, pero amenazo con regresar.

Dr. Rolando: no hay más orgullo que escribir tu nombre, gracias por tanto conocimiento y por inspirar a la tierna fierecilla de la psicología, a crecer, aprender y ser una mejor profesionista.

Dra. Isa: No sabía que decirle que no le hubieran dicho ya, sé que es el cimiento más grande de la Psicología, su cátedra es única, es un ser humano maravilloso del cual nunca me cansaré de aprender, deja el mejor legado en mi formación y como usted dice “sale el pollo”.

Dr. Arturo Silva: sin querer me especialicé en el método *Silva*, no sólo hiciste mi alma más sensible, también mi espíritu se fortaleció al escuchar tus enseñanzas, tu capacidad de asombro en la investigación hace que ame profundamente lo que hago.

Dra. Socorro: el mejor consejo recibido fue de usted, este doctorado se acaba porque se acaba y resistir fue la palabra clave.

Compañeros de mi transitar: Ely, Michelle, Gaby, César, Óscar, Gabriel, ustedes reforzaron mi conocimiento, se volvieron un reto y están presentes en este trabajo, amigos de FES-Iztacala, de la Facultad y FES-Zaragoza, vamos en el mismo barco, unos saltan antes y otros estamos elevando anclas.

Alumnos: Alan, Naye, Gaby, Karla, Rodolfo, Carmen, Alex, Lalo, Lupita, no puedo pasar desapercibido su acompañamiento en este trabajo, ustedes fueron testigos de cuatro años de trabajo, mis conocimientos fueron transmitidos a ustedes, no para que sigan mis pasos, sino para que escalen más alto, los quiero.

Stephanie: tus risas hacen que me ponga de buenas, no te voy a agradecer nada que tu ego no sepa, eres una linda persona (y cómo no, si eres mi *mini me*).

...y tío...que estás leyendo las dedicatorias en lugar de pasar al contenido...gracias querido lector.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	
Alimentación Emocional	12
1.1 Teorías Explicativas.....	18
1.2 Modelos Teóricos.....	26
1.3 Elección de la Comida.....	33
1.4 Comer y sus Significados.....	36
CAPÍTULO II	
Alexitimia	41
2.1 Modelos para Estudiar la Alexitimia.....	46
2.2 Evaluación de la Alexitimia.....	50
2.3 Alexitimia y Alimentación.....	53
CAPÍTULO III	
Funcionamiento Familiar	57
3.1 Tipos de familia.....	57
3.2 Modelos de familia.....	59
3.3 Funcionamiento.....	61
3.4 Familia, Salud y Alimentación.....	64
CAPÍTULO IV	
Estilo de Vida	69
4.1 Estilo de vida y salud.....	69
4.2 Estilo de vida y alimentación.....	73
CAPÍTULO V	
Obesidad	80
5.1 Índice de Masa Corporal.....	81
5.2 Prevalencia de la obesidad.....	82
5.3 Obesidad y emociones.....	87
MÉTODO	92
ETAPA I	
Fase I. Identificar las dimensiones de la Alimentación Emocional	94
<i>Método</i>	96
<i>Resultados</i>	97
<i>Discusión</i>	102

Fase II. Elaboración y validación de la escala de Alimentación Emocional.....	107
<i>Método.....</i>	109
<i>Resultados.....</i>	111
<i>Discusión.....</i>	117
ETAPA 2	
Fase I. Correlación de las variables de estudio.....	122
<i>Método.....</i>	123
<i>Resultados.....</i>	131
<i>Discusión.....</i>	137
Fase II. Comprobación del modelo de alimentación emocional.....	142
<i>Método.....</i>	143
<i>Resultados.....</i>	148
<i>Discusión.....</i>	157
 CONCLUSIONES.....	164
<i>Implicaciones teóricas y metodológicas.....</i>	167
<i>Limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones.....</i>	168
 REFERENCIAS.....	170
 ANEXOS.....	186

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	Página
Tabla 1 Modelos explicativos sobre la elección de la comida y su aplicación.....	29
Tabla 2 Dimensiones de la conducta alimentaria.....	33
Tabla 3 Dimensiones de la alimentación.....	34
Tabla 4 El significado de la comida.....	39
Tabla 5 Diferencias entre sujetos neuróticos y alexitímicos.....	44
Tabla 6 Instrumentos para medir alexitimia (Sivak & Wiater, 2006).....	51
Tabla 7 Clasificación de los tipos de interacción familiar (Nardone, 2003).....	60
Tabla 8 Categorías e indicadores de la Alimentación emocional.....	98

Tabla 9 Categorías de la Alimentación Emocional.....	102
Tabla 10 Instrumentos que evalúan la alimentación emocional.....	107
Tabla 11 Factores y reactivos que integran la Escala de Alimentación Emocional.....	112
Tabla 12 Varianza y Medias de los factores de la Escala de Alimentación Emocional....	115
Tabla 13 Correlación de los factores que integran la Escala de Alimentación Emocional.....	115
Tabla 14 Criterios propuestos por el QEWP-R para evaluar la sintomatología de Trastorno por Atracón y Bulimia Nerviosa.....	129
Tabla 15 Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Funcionamiento Familiar en normopeso.....	132
Tabla 16 Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Estilo de Vida en normopeso.....	132
Tabla 17 Correlaciones la Alimentación Emocional con la Alexitimia en normopeso.....	133
Tabla 18 Correlaciones de la Alimentación Emocional y el Funcionamiento Familiar en sobrepeso.....	133
Tabla 19 Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Estilo de Vida en sobrepeso.....	134
Tabla 20 Correlaciones de la Alimentación Emocional con la Alexitimia en sobrepeso.....	134
Tabla 21 Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Funcionamiento Familiar en obesidad.....	135
Tabla 22 Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Estilo de Vida en obesidad.....	136
Tabla 23 Correlaciones de la Alimentación Emocional con la Alexitimia en obesidad.....	136
Tabla 24 Factores que intervienen en la predicción de la Alimentación Emocional en normopeso.....	149
Tabla 25 Factores que intervienen en la predicción de la Alimentación Emocional en sobrepeso.....	152
Tabla 26 Factores que intervienen en la predicción de la Alimentación Emocional en obesidad.....	155
Figura 1 Modelo de las cinco vías de la relación entre la alimentación y las emociones.....	32
Figura 2 Modelo Ecológico de estilo de vida y salud.....	71
Figura 3 Prevalencia de sobrepeso y obesidad 2000-2012.....	83
Figura 4 Modelo teórico de la relación entre las variables.....	93
Figura 5 Etapas de la investigación.....	94
Figura 6 Modelo de ecuaciones estructurales entre los factores de la escala de alimentación emocional.....	116
Figura 7 Modelo de predicción para normopeso.....	151
Figura 8 Modelo de predicción para sobrepeso.....	154
Figura 9 Modelo de predicción para obesidad.....	156

RESUMEN

La alimentación emocional se define como: comer por apetencia pero sin hambre fisiológica, en respuesta a acontecimientos tanto positivos como negativos, con la finalidad de evitar, regular, enfrentar o mejorar la experiencia emocional. El objetivo que se planteó en esta investigación fue: en personas con normopeso, sobrepeso y obesidad, comprobar un modelo predictivo de la alimentación emocional a través de la relación entre la alexitimia, el funcionamiento familiar y el estilo de vida. La investigación se realizó en la Ciudad de México y se dividió en cuatro fases. En la primera fase, se llevó a cabo un estudio exploratorio para identificar las dimensiones y categorías que integran el constructo de alimentación emocional, con 200 participantes, con un rango de edad de 18 a 60 años ($M=40$ años, $DE=8.1$) y se obtuvieron 7 categorías: regulación emocional en la alimentación, impulsividad alimentaria, hedonismo alimentario, distorsión cognitiva del comer, configuración cultural alimentaria y contexto ambiental. En la segunda fase, se construyó y validó un instrumento para medir la Alimentación Emocional, con una muestra de 800 participantes con edades de 18 a 60 años ($M=34$ años, $DE=14.4$), después de realizar un análisis psicométrico, se obtuvo una escala de 36 reactivos con 5 factores: emoción ($\alpha = .956$), familia ($\alpha = .767$), indiferencia ($\alpha = .694$), cultura ($\alpha = .803$) y efecto del alimento ($\alpha = .478$) que explica un total de 56.889 % de la varianza. En la tercera fase se correlacionaron las variables alexitimia, funcionamiento familiar y estilo de vida con alimentación emocional en cada grupo de índice de masa corporal (normopeso, sobrepeso y obesidad), se trabajó con 582 participantes con un rango de edad de 30 a 60 años ($M=40.4$, $DE=7.8$) y se encontraron correlaciones medias en cada uno de los grupos, principalmente con estilo de vida y alexitimia. En la cuarta fase se comprobó un modelo de alimentación emocional, se encontró que el principal predictor para los tres grupos fue la alexitimia (normopeso $R^2=.33$, sobrepeso $R^2=.23$ y obesidad $R^2=.42$, respectivamente). La relevancia de este estudio, sugiere indagar si los comedores emocionales tienen dificultades con la regulación de las emociones en general, y esto también impregna a otros comportamientos de su vida, o es sólo una característica que se ve refleja en la alimentación.

Palabras clave: alimentación emocional, funcionamiento familiar, alexitimia, estilo de vida, Índice de Masa Corporal.

ABSTRACT

Emotional eating is defined as eating with appetite but without physiological hunger, in response to events positive and negative, in order to avoid, regular, face or enhance the emotional experience. The purpose in this research was, in people with normal weight, overweight and obesity, check a predictive model of emotional eating through the relationship between alexithymia, family functioning and lifestyle. The research was developed in Mexico City and was divided into four phases. In the first phase, it was performed an exploratory study to identify the dimensions and categories that make up the construct of emotional eating, with 200 participants, an age range of 18-60 years ($X = 40$ years, $SD = 8.1$), 7 categories were obtained: emotional regulation in food, food impulsiveness, hedonism food, eating cognitive distortion, food cultural configuration and environmental context. In the second phase, constructed and validated an instrument to measure emotional eating, with a sample of 800 participants aged 18 to 60 years ($X = 34$ years, $SD = 14.4$), after conducting a psychometric analysis was obtained a scale of 36 items with 5 factors: emotion ($\alpha = .956$), family ($\alpha = .767$), indifference ($\alpha = .694$), culture ($\alpha = .803$) and food effect ($\alpha = .478$) which explains a total of 56.889% of the variance. In the third phase the alexithymia variables, family functioning and lifestyle with emotional eating in each group of BMI (normal weight, overweight and obesity) were correlated, It worked with 582 participants with an age range of 30 to 60 years ($X = 40.4$, $SD = 7.8$) and average correlations in each of the groups, mainly between lifestyle and alexitimia. In the fourth phase, a model of emotional eating was checked, it was found that the main predictor for the three groups was alexithymia ($R^2 = .33$ normal weight, overweight and obesity $R^2 = .23$ $R^2 = .42$, respectively). The relevance of this study suggests investigate whether emotional eaters have difficulties with emotion regulation in general, and this also permeates other behaviors of their life, or is it just a feature that is reflected in food.

Keywords: emotional eating, family functioning, alexithymia, lifestyle, Body Mass Index.

INTRODUCCIÓN

La alimentación representa para el ser humano una de las necesidades primarias para la supervivencia, quizá la más elemental. El organismo precisa para el adecuado mantenimiento de sus funciones vitales, la ingesta de una determinada cantidad y variedad de nutrientes a través de la dieta. Este repertorio de hábitos nutricionales no se incorpora en el individuo de manera azarosa, se adquiere en el seno de la estructura familiar y del entorno social inmediato, desde los cuales se favorece que el individuo aprenda qué alimentos ingerir, de qué forma prepararlos para su consumo, de qué manera combinarlos, los rituales y normas socialmente aceptados a la hora de consumirlos (Chinchilla, 2005).

Una mala elección sobre la ingesta de alimentos, el desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías y una vida sedentaria trae como consecuencia la obesidad. Basados en investigaciones que sugieren que la obesidad es la generadora de otras enfermedades tales como hipertensión, diabetes, cardiopatías, síndrome metabólico, cáncer, etc., es percibida como causante y no como consecuente. Su tratamiento se basa principalmente en dos componentes: mantener hábitos saludables y realizar actividad física. A pesar de que la modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, es necesario observar otras variables. La perspectiva unilateral que coloca al médico como el experto y al paciente como ignorante, llevan a una intervención reduccionista de la persona, privándolo de las emociones asociadas a su alimentación y descontextualizándolo de una cultura alimentaria, que provee, entre muchas cosas un escenario de pertenencia.

Este fenómeno presente tiene una explicación: las emociones actúan sobre el comportamiento alimentario de dos formas: en cantidad (comer más o menos), o bien, en calidad (la elección de los alimentos puede variar en convenio a las emociones). Un hambre de protección, amor o reconocimiento puede influir sobre el estómago como si fuera una verdadera necesidad de alimento, un hambre de

amor conduce con frecuencia a una ingestión exagerada de alimentos (Clerget, 2011).

La obesidad es un fenómeno multifactorial al no existir claridad con respecto a su etiología, en esta investigación se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema, con un enfoque que considere variables emocionales (alexitimia), variables culturales (el funcionamiento familiar) y variables comportamentales (el estilo de vida) como factores causales y/o de mantención de la obesidad. Para tener un panorama completo se evalúan tres grupos de comparación: normopeso, sobrepeso y obesidad.

En el primer capítulo se abordan los componentes de la alimentación emocional, las teorías y modelos explicativos que sustentan el constructo, así como la importancia de entender la alimentación desde un panorama más complejo.

En el capítulo dos, se profundiza en la alexitimia y su relación con la alimentación, se enfatiza la necesidad de identificar emociones y se problematiza la dificultad de expresarlas a través de la comida.

En el capítulo tres, se describe a la familia como el sistema de incorporación de hábitos alimentarios, el contacto emocional entre sus miembros por medio de rituales de alimentación y el valor del funcionamiento familiar en el aprendizaje del comportamiento alimentario.

En el capítulo cuatro, se establece el significado del estilo de vida y su relación con la alimentación, es indispensable señalar, que el estilo de vida no es descrito sólo con base en cambios de hábitos y adherencia terapéutica a un tratamiento, por el contrario, se señala la elección de alimentos, basada en aspectos emocionales.

En el capítulo cinco, se presenta un panorama de la obesidad en México, tomando en cuenta su prevalencia, incidencia, comorbilidad y tratamiento, a partir de este último se justifica la necesidad de un abordaje emocional de la obesidad.

Posteriormente se describe el desarrollo de la investigación, la cual se divide en dos etapas con dos fases cada una. En la primera etapa se realizó un análisis exploratorio y se construyó una escala para medir la alimentación, en la segunda etapa se correlacionaron las variables de estudio y se comprobó el modelo teórico propuesto.

Finalmente se presentan los resultados obtenidos, se analizan y discuten todos y cada uno de los hallazgos.

Dado que no sólo es importante el valor nutricional del alimento, sino factores biológicos, individuales, sociales y culturales los que influyen para la elección de los alimentos, la presente investigación, si bien analiza y enfatiza el rol de los aspectos emocionales en la alimentación, no minimiza ni excluye como determinantes en el desarrollo de la misma los factores genéticos, constitucionales, metabólicos, ambientales y sociales que la generan.

ALIMENTACIÓN EMOCIONAL

Se define alimento, como todo aquello que los seres vivos toman para subsistir, ya sea comida o bebida. A la acción y el resultado por el cual tomamos dichas sustancias se le denomina alimentación, adjudicándose el término alimentario o alimenticio a todo lo relativo a ella. Por otro lado, entendemos por conducta, en un sentido amplio, el conjunto de acciones que un ser vivo efectúa en la interacción con su medio. Por tanto, agrupando los conceptos, podemos delimitar la conducta alimentaria como todas aquellas acciones que el individuo emite para conseguir los elementos necesarios para conservar la estructura biológica y mantener las necesidades energéticas de su organismo (Álvarez & Otero, 2008).

La alimentación representa para el ser humano una de las necesidades primarias para la supervivencia, quizá la más elemental. El organismo precisa para el adecuado mantenimiento de sus funciones vitales, la ingesta de una determinada cantidad y variedad de nutrientes a través de la dieta. Este repertorio de hábitos nutricionales no se incorpora en el individuo de manera azarosa, se adquiere en el seno de la estructura familiar y del entorno social inmediato, desde los cuales se favorece que el individuo aprenda qué alimentos ingerir, de qué forma prepararlos para su consumo, de qué manera combinarlos, los rituales y normas socialmente aceptados a la hora de consumirlos (Chinchilla, 2005).

De acuerdo a Baños et al. (2011) existen tres patrones disfuncionales del comer que se han identificado: el comer emocional, el comer externo y el comer restringido. El comer emocional ha sido estudiado por la Teoría Psicósomática, y se refiere a comer en respuesta a las emociones negativas con el fin de aliviar el estrés sin tener en cuenta las señales fisiológicas de hambre y saciedad. Se ha demostrado que los adultos obesos comen más por razones emocionales que los adultos no obesos, también se encuentra relacionado con la expresión de sentimientos depresivos. Por otro lado, el comer externo se refiere a comer en

respuesta a las señales externas, tales como lugares de interés u olores. Al igual que con el comer por razones emocionales, el comer externo implica una disminución de sensibilidad a las señales internas de hambre y saciedad. Finalmente, el comer restringido, se refiere a comer cuando un individuo usa la supresión cognitiva de las señales internas de hambre con el fin de perder o mantener un peso particular.

De este modo la alimentación emocional se define, de acuerdo a Faith, Allison y Geliebter (1997) como el comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad para hacer frente al afecto negativo.

Clerget (2011) refiere que los comedores emocionales piensan en la comida cuando se notan ansiosos, emotivos o negativos. Para ellos, fijar su atención en los alimentos y en su ingesta es una manera de no pensar en las emociones negativas, pero también de evitar tener conciencia de sí mismos. Una ingesta alimentaria excesiva evita que se produzcan pensamientos, recuerdos, sentimientos o emociones dolorosas. También es un camino fácilmente accesible, que conduce al placer, a fin de compensar una contrariedad, una frustración, la tristeza o la inquietud. Asimismo, desde un punto de vista emocional, comer de manera desenfrenada puede verse como un paso hacia la agresividad presente en el individuo y que éste dirige contra sí mismo.

Se considera que el comer en exceso se encuentra vinculado al estado de ánimo negativo, lo cual puede reflejar la falta de medidas para facilitar la distinción entre el tipo de emoción que le precede. Debido a que se le da prioridad a los efectos del medio ambiente, tales como estímulos sensoriales y alcance para consumir alimentos, sobre las cuestiones internas, en este caso, las emociones. En algunos estudios descriptivos de personas que comen compulsivamente, se informó que en el 42% de las veces, los individuos describieron sentir ira/frustración antes de una sobre ingesta alimentaria y tristeza/depresión sólo el 16% de las veces. Del mismo

modo, se encontró que en un programa de tratamiento para trastorno por atracón y pérdida de peso, los individuos que comen en exceso como respuesta a la ira y a la depresión aumentaron de peso significativamente más que aquellos que reportaron comer en respuesta a la ansiedad. El grupo de ansiedad disminuyó su peso, mientras que los grupos de ansiedad e ira, aumentaron (Arnow, Kenardy & Agras, 1992).

Los estados emocionales pueden tener efectos importantes en el comportamiento alimentario y el resultado puede ser comer en exceso o muy poco. Para ello Geliebter y Aversa (2003) realizaron una investigación para examinar una amplia gama de emociones negativas y positivas y situaciones en relación no sólo con sobrepeso y peso normal, sino también a la insuficiencia ponderal de los individuos. Comer en exceso o muy poco durante estos estados podría predisponer a una persona para tener sobrepeso o bajo peso. Así, se encuentra que las personas con obesidad tienden a comer más que las de peso normal al presentar emociones negativas, por el contrario, las personas con bajo peso tienden a comer más ante emociones positivas. Concluyen que el comer emocional como un patrón puede contribuir al aumento y pérdida de peso.

Adams, Burket, Grelle y Rodgers (2010) realizaron una investigación con 22 participantes (18 mujeres y 4 hombres) de edades entre 19 y 22 años, estudiantes de psicología, con la finalidad de conocer los efectos que tiene el estrés en la elección y consumo de alimentos. Dividen a los participantes en 4 grupos (dos control y dos experimental), a la mitad de los grupos los someten a estrés, haciéndolos hablar frente al público y después responden una prueba matemática compleja, al grupo control sólo se les pide que llenen un cuestionario de opinión general. Al final, a todos se les ofrece bocadillos en una charola (3 tipos diferentes de chocolates y 5 de papas fritas). Los resultados indican que los participantes estresados eligieron el chocolate a una tasa ligeramente inferior (55,5%) que los participantes que no estaban estresados (63,6%) lo cual puede ser explicado, debido a que había más papas fritas que chocolates y posiblemente el resultado fue

azaroso. Concluyen, que los eventos estresantes deben ser controlados, para determinar que la elección de alimentos es a causa del estrés y no por factores externos y es necesario elegir una población que no sea cautiva y de diferentes tipos de etnia, ya que la cultura determina el cómo las personas se enfrentan al estrés.

Si las personas reconocen el vínculo entre el estrés y las opciones de alimentos poco saludables, pueden tener conciencia sobre lo que consumen y tomar decisiones más saludables cuando están estresados. Así, podrán ser capaces de dar un paso atrás y evaluar si es o no en realidad hambre, o simplemente tienen comer emocional. En un nivel más amplio, se podría tratar la obesidad y los trastornos del comportamiento alimentario y tomar medidas para mejorar la salud de la población (Adams et al., 2010).

Debido a que las emociones negativas son consideradas antecedentes para comer en exceso, Bekker, Mollerus y Van de Meerendonk (2003) realizan un estudio sobre la influencia de estados de ánimo negativos y la impulsividad en la auto-percepción con respecto a la alimentación emocional. Considerando que las investigaciones hechas se han centrado en comprender los Trastornos Alimentarios y no en la emoción que le precede, del mismo modo, la impulsividad se ha visto como una característica de personas que comen en exceso y no se estudia su papel causal. De este modo, los autores, miden la impulsividad en 84 mujeres universitarias e inducen estados emocionales negativos y después miden su autopercepción respecto al comer emocional. Encuentran que existe una correlación entre el estado negativo (en éste caso el estrés) y la autopercepción del comer emocional, sin embargo la impulsividad influye de forma superficial y por lo tanto no juega un papel significativo en la relación.

El papel exacto de la expresión de las emociones en la alimentación, es poco claro, dado que se ha observado que pacientes con trastornos alimentarios tienen un alto grado de alexitimia y como resultado, y / o por otras razones, puede haber

problemas con la diferenciación entre los estados emocionales y las sensaciones físicas. Debido al hecho de que los afectos negativos pueden tener un papel importante a nivel cognoscitivo, posiblemente para su intervención se necesite un cambio a nivel de reestructuración de pensamientos (Bekker et al., 2003).

Sin embargo, Moon y Berenbaum (2009) en un intento por contrastar las investigaciones sobre alimentación emocional, debido a qué, gran parte de ellas se centran en emociones negativas o desagradables, consideran que el problema de los comedores emocionales es al identificar cualquier emoción (tanto positiva como negativa), por lo tanto realizan un estudio para conocer la relación entre el conocimiento emocional (atención y la claridad de las emociones) y las conductas alimentarias. La conciencia emocional se puede dividir en dos componentes distinguibles: 1) el grado en que se atiende las emociones que se valoran y 2) el grado en que se puede identificar y describir las emociones propias (Moon & Berenbaum, 2009). Si el comer emocional es influido, al menos en parte, por las dificultades en la regulación de las emociones, entonces se espera que el comer emocional se asocie con factores que pueden dificultar la regulación de las emociones. Uno de ellos es la menor atención a la emoción. En la medida en que las personas no prestan atención a sus emociones existe una disminución de la capacidad para poder regularlas. De tal modo, se encuentra que niveles más bajos de atención a la emoción se asocian con niveles más altos de comer por razones emocionales.

El hallazgo de que los bajos niveles de atención a la emoción están relacionados con altos niveles de comer emocional tiene implicaciones potenciales para el tratamiento de los problemas de alimentación. Por lo tanto, Moon y Berenbaum (2009) mencionan que los tratamientos deben enseñar a los individuos a ser más conscientes de sus experiencias emocionales. De acuerdo a una investigación elaborada sobre expresión emocional en población mexicana, Martínez y Sánchez (2011) refieren que las emociones que las personas perciben más intensas son la felicidad, el amor, el enojo y la tristeza, siendo el miedo la emoción con menor intensidad.

A partir de que una emoción, es un conjunto de fenómenos que comprende la interpretación de una situación y que conlleva cambios fenomenológicos, expresivos y fisiológicos, Páez y Casullo (2000a) hacen la siguiente asociación entre las emociones y los cambios fisiológicos:

Alegría: está asociada al éxito en tareas o logros y a buenas relaciones con los otros, a nivel físico se asocia a la actividad agradable a la relajación, a brincar, a sentirse enérgico y a los síntomas típicos (excitación, calor, y relajación muscular), a nivel de reacciones mentales se asocia a olvidarse de los problemas, a pensar que ha habido suerte, a una actividad positiva, a fijarse en el aspecto bueno de las cosas, a sentirse invulnerable y necesario; a nivel expresivo se define por comunicar buenos sentimientos, decir cosas positivas y estar comunicativo o hablar mucho.

Cólera/enojo/enfado: la relación es la existente entre el bloqueo injusto de una meta y la búsqueda de reparación o superación de dicho bloqueo, a nivel físico se asocia a síntomas musculares, calor, sensaciones en el estómago, aumento de la presión sanguínea, activación desagradable y a los síntomas típicos de rigidez muscular, acaloramiento y las reacciones mentales son; imaginar que ataca o daña la causa de la cólera y se expresa llorando, levantando la voz, atacando verbalmente la causa de la cólera, discutir, pelear, enfrentarse o blasfemar, en cuestión de afrontamiento se asocia con redefinir la situación, buscar soluciones al conflicto y explicaciones, pasear para tranquilizarse, ignorar la situación y aguantar.

Tristeza: se vincula con antecedentes de pérdida de relaciones personales importantes y a la muerte de personas significativas, a nivel físico se asocia con baja temperatura en la piel, problemas en el estómago, síntomas musculares, distensión desagradable, apatía, cansancio y postura decaída; a nivel de reacciones mentales se asocia con sentirse impotente, estar irritable, susceptible, malhumorado, melancólico, ver negativamente las cosas, sentir añoranza, nostalgia, creer que hay injusticia y sentirse o estar nervioso, a nivel expresivo se define por hablar poco o nada, en voz baja, de forma monótona, expresar cosas

tristes y comunicar sentimientos o acontecimientos tristes, en cuestión de afrontamiento se vincula a hacerse activo, suprimir sentimientos negativos y autorreconfortarse.

Dado que no es el valor nutricional del alimento, sino factores biológicos, individuales, sociales y culturales los que influyen para la elección de los alimentos, existen diversas teorías que bajo su lógica intentan dar respuesta a la pregunta ¿por qué la gente come lo que come?

1.1 Teorías Explicativas

Cuando se intenta dar una explicación a la conducta alimentaria, no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica. Se consideran varias teorías enmarcadas dentro de diferentes modelos que la explican a partir de diversos mecanismos, la elección de alimentos, las cuales muestran la necesidad de reconocer y comprender este fenómeno.

Teoría del punto de ajuste “Set Point”

Por otro lado, Nisbett en 1972, explica que animales tanto normales como obesos regulan su peso corporal con notable exactitud, lo que ha hecho pensar que existe un *Set point* o punto de regulación del peso, determinado genéticamente. Esta teoría se desarrolló a partir de estudios con roedores, en donde el daño en el hipotálamo ventromedial conducía a un incremento en la alimentación y por consecuencia a ganancia de peso corporal. Por medio de un proceso de homeostasis, el sistema nervioso central se comunica con el tejido adiposo a través de señales aferentes y eferentes, con la finalidad de regular los depósitos de grasa corporal. El predominio de factores obesogénicos ambientales sobre el sistema biológico que regula el peso corporal, sobrepasa la capacidad de este para mantener el peso corporal estable, llevando al individuo a un peso corporal alterado.

La obesidad es vista como una condición en donde hay una regulación biológica del peso corporal a un Set Point elevado. Pérdidas de peso corporal mayores a las que en términos de Set Point puedan ser toleradas, desestabilizan la capacidad de mantenimiento del individuo, incrementando su apetito y reduciendo su gasto energético, la resistencia se observa cuando a pesar de perder peso corporal, lo recuperan de forma inmediata, teniendo como consecuencia el *rebote* (Anderson & Wadden, 1999; Doucet et al., 2000; Zhang et al., 1994).

Los factores socioculturales que imponen un cierto aspecto físico pueden provocar que un grupo de personas esté dispuesto a grandes sacrificios con tal de alcanzar este ideal. De esta manera, las personas que habitualmente restringen la ingesta de alimentos, estarán en un estado de permanente competencia con su Set Point fisiológico, de modo que cualquier estrés agregado puede descontrolar la ingesta. Garner y Wooley (1991) consideran en la obesidad esta regulación tendría un punto crítico más alto debido al mayor número de adipocitos y a una tasa metabólica basal más baja (la persona estaría programada biológicamente para tener un determinado porcentaje (crítico de grasa). Sin embargo, el punto de ajuste podría modificarse por factores psicológicos tales como depresión o irritabilidad.

Teorías Conductuales

Consideran que el aprendizaje es un cambio en la tasa, frecuencia de aparición, o en la forma de conducta o respuesta que ocurre principalmente en función de factores ambientales. Estas teorías plantean que aprender consiste en la formación de asociaciones entre estímulos y respuestas, explican la conducta en términos de fenómenos observables, afirmando que las explicaciones a la conducta no necesitan incluir procesos internos (pensamientos, creencias, sentimientos) porque son acontecimientos ambientales observables (Schunk, 2012).

Teoría hedonista

Basada en la sentencia de Thorndike (1898 como se citó en Álvarez, 2012) “El placer marca, el dolor borra” y que posteriormente se transformó en la ley del efecto. Llamada así porque describe el aprendizaje de una conducta como resultante de los efectos o consecuencias dadas; esta ley tiene dos partes, una positiva sobre las recompensas y otra negativa sobre los castigos. En la parte positiva se deduce que: de las muchas respuestas dadas a la misma situación, las que están acompañadas o inmediatamente seguidas de satisfacción para el animal, en igualdad de condiciones, se conectarán más firmemente con la situación; de manera que, cuando ésta vuelva a presentarse volverán a presentarse con toda probabilidad. La parte negativa trata de la debilitación de las conexiones nerviosas; según Thorndike, las respuestas que van seguidas de insatisfacción sufrirán un debilitamiento, de modo que cuando vuelva a darse la situación, dichas respuestas serán poco probables.

Lo anterior es retomado por Homans (1961) quien considera el comportamiento humano como una función de su beneficio en cantidad y en calidad, el comportamiento humano depende de la cantidad y calidad de la recompensa y del castigo que busca. Las recompensas que se obtienen deben ser proporcionales a las inversiones que se dan. Cuando una persona tiene que elegir entre su salud y su alimentación, elegirá aquella asociación que le resulte más placentera y tenga una mejor proporción entre beneficio-costo.

Condicionamiento clásico

Cuando Pavlov (1904/1989) estudiaba la fisiología de la secreción digestiva de los perros, se dio cuenta que los animales salivaban ante estímulos diferentes a la comida; por ejemplo, salivaban cuando veían a quien los iba a alimentar y cuando escuchaban sus pasos. Al comprender esta asociación, Pavlov medía la reacción salival de los perros ante croquetas (estímulo incondicionado) y con el sonar una campana (estímulo neutro), logrando un apareamiento entre la campana y la salivación, después bastaba hacer sonar la campana (estímulo condicionado) para que los perros salivaran (respuesta condicionada) aún sin la presencia de la comida.

El apareamiento de los estímulos neutro e incondicionado (en repetidas ocasiones) hasta que aparece la respuesta condicionada se llama adquisición. La conducta alimentaria puede explicarse por medio de la asociación de estímulos que lleva a una persona a comer en mayor o menor cantidad (Davidoff, 1989).

Condicionamiento operante

Al final de la década de 1920, Skinner investigaba la conducta operante; adiestraba pequeños grupos de pichones o ratas privados de alimentos para que picaran una tecla o presionaran una palanca, cada vez que el animal hambriento ejecutaba la acción adecuada, una bolita de alimento caía en la taza de comida. El principio básico del condicionamiento operante es simple, si una conducta específica es seguida por resultados agradables es probable que el acto se realice más seguido en condiciones similares (reforzamiento positivo); por otro lado, si a menudo la conducta genera consecuencias desagradables es probable que se repita con menos frecuencia (reforzamiento negativo). Existen dos tipos de reforzadores, los primarios (por ejemplo un estímulo doloroso) y los secundarios (por ejemplo halagos) en los cuales está basada la mayoría de la conducta humana. Por otro lado, el castigo es la consecuencia derivada de un comportamiento que disminuye la posibilidad de que se repita. El castigo suprime un comportamiento mediante un evento aversivo. El refuerzo de un comportamiento es más efectivo si se lleva a cabo de inmediato. Si una respuesta deja de reforzarse, puede retornar a su nivel primitivo, mediante el proceso denominado extinción. Los comportamientos se fortalecen o se extinguen, en el caso de la alimentación, la respuesta se produce (comer) y se refuerza (halagos por comerla) o se castiga (de forma física o psicológica), llevando a la persona a persistir o extinguir su conducta (comer o no comer) (Davidoff, 1989).

Aprendizaje social

Se concentra directamente en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que la afectan, en lugar de subrayar la importancia de los conflictos intrapsíquicos y los instintos básicos. La suposición básica de todas las versiones de este modelo es que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social.

Por lo tanto, las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen en gran parte a la historia única de aprendizaje de cada persona en relación con las personas y situaciones específicas a las que estuvo sometida la persona, en tanto qué, las semejanzas se explican por los factores que tienen en común las normas y valores que comparten la mayoría de las personas que pertenecen a una misma cultura (Bernstein & Nietzel, 1982).

Fue establecido por Bandura (1982) y se basa especialmente en la observación e imitación como un proceso central de desarrollo. Este aprendizaje resulta de observar el comportamiento de otras personas llamadas modelos, a través de las cuales se adquieren respuestas favorables o desfavorables con la copia del comportamiento completo del modelo, sólo con observarlo se aprende tanto como el ejecutante para, después, realizar las conductas que ha observado (Berk, 1999).

Esta imitación comienza en el entorno familiar, especialmente, con la madre, quien es considerada un elemento instrumental para reducir la tensión en el lactante en cuanto le proporciona un reforzamiento primario por medio del alimento. Además, Bandura sugirió que el ambiente causa el comportamiento; pero que el comportamiento causa también el ambiente. Definió este concepto con el nombre de determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente. De manera qué, la conducta alimentaria se adquiere en el ambiente (la familia por ejemplo) y, a su vez, la persona puede influir en la adquisición de esas conductas en los demás miembros de la familia (Fitzgerald, 1981).

Teoría de la externalidad

Schachter, Goldman y Gordon (1968) describen que las personas obesas son muy sensibles a las claves alimentarias ambientales y su ingesta se ve afectada por estímulos externos como, olor, aspecto y sabor de los alimentos, así como a otros condicionantes de la ingesta, como el lugar y la hora del día. Las personas con peso normal, por el contrario, responden más a claves internas de hambre y saciedad. La obesidad, de acuerdo a esta teoría, se entiende como el resultado de un trastorno en la ingesta de alimentos, por lo tanto, su manejo se debe basar en un plan conductual de control y refuerzo externo.

Teoría psicodinámica

Freud (1904) considera que los procesos psicológicos se explican en función de los instintos que buscan la satisfacción en el mundo externo. Los intereses, los mecanismos, las defensas, los rasgos de carácter y la organización de la persona reflejan las experiencias del individuo en la búsqueda de gratificación de sus impulsos básicos y los derivados de éstos, construyendo una teoría que explica el funcionamiento del aparato psíquico (Tortosa & Civera, 2006).

Durante el primer año de vida, los bebés obtienen placer a través de la boca, los labios se convierten en una zona erógena privilegiada (fase oral), todo en esta fase gira en torno a la alimentación, desde la cuna, cuando la madre amamanta a su bebé, no sólo lo alimenta, también a ojos del niño, la madre, adquiere una serie de significados socio afectivos de los que carecía previamente. De tal forma que las dificultades con el alimento son una manera de expresar sentimientos que no pueden ser dichos, así como las emociones que no pueden ser reconocidas o los afectos que, desde el inconsciente intentan manifestarse (Menéndez, 2006). De este modo, Toro (1996) explica que la comida deja de ser simplemente alimento para desdoblarse en premio o castigo, en aprobación o desaprobación social, en

algo susceptible de elevar la autoestima o provocar sentimientos de frustración y culpa.

En esta línea Kröger (1997 como se citó en Luban-Plozza, Pöldinger, Kröger & Laederach-Hofmann, 1997) menciona que los hábitos alimentarios son un reflejo de las necesidades afectivas y de la situación mental de la persona. La necesidad y la situación con respecto a la ingestión de alimentos están íntimamente ligadas desde la más tierna infancia, por lo tanto, la ingestión de alimentos es una experiencia de relación fundamental, con lo que se adquiere un significado que predestina a la aparición de conflictos de relación, el órgano necesario para comer, la boca, queda durante toda la vida, al servicio de la ternura y el amor.

Teoría de la autorregulación

Bruch (1969, como se citó en Sánchez, Villareal & Musitu, 2010) de orientación neo Freudiana, estudia la autorregulación de las sensaciones de hambre en pacientes con anorexia nerviosa, observa que la autopercepción del hambre no es algo innato, enfatiza la importancia de figuras de apego, principalmente la madre, para la discriminación entre las sensaciones corporales y estados emocionales. Considera que tanto la obesidad como la anorexia son dos vertientes de un mismo trastorno. Asumiendo que las funciones aparentemente innatas como lo es la función alimentaria, se adquieren de forma inconveniente a través de un aprendizaje primitivo, organizándolas en patrones distintos y eficaces.

Evidenciando que los trastornos de alimentación son consecuencia de los fallos que se producen en ese aprendizaje, cuando se utiliza la comida con fines no nutricionales, generando una carencia en la discriminación de las diferentes necesidades fisiológicas.

Entre sus consideraciones, Bruch (1973) menciona que no existe un mismo tipo de personalidad para las personas con obesidad y descarta que todas las personas obesas posean algún tipo de desorden emocional.

Asume que la obesidad puede representar un mecanismo positivo y compensatorio, ante una vida frustrante y estresante, estableciendo al yo como un mecanismo de adaptación a la realidad externa de la persona.

Divide a las personas obesas en tres grupos: *el primero* son personas competentes en quienes su exceso de peso no se relaciona con un funcionamiento psicológico anormal; *el segundo* de estos grupos por presentar *obesidad del desarrollo*, en donde esta condición se ha presentado adyacente al desarrollo del individuo y por tanto, muchos aspectos de la personalidad presentan problemas y el *tercer* grupo sería representado por una *obesidad reactiva*, lo que significa que ésta se ha desarrollado como reacción a un evento traumático o estresante que influyó en el aumento de peso.

En la obesidad reactiva la sobre ingesta y el exceso de grasa en el cuerpo funcionan como defensa contra la ansiedad y la depresión. La sobre ingesta es un patrón frecuente en personas que se consideran poco competentes y como resultado consumen alimentos cuando presentan preocupaciones, tensión emocional y usan la comida como una barrera para su enojo (Bruch, 1973).

Teoría psicósomática

Esta teoría, describe a la conducta alimentaria bajo la influencia de un gran número de factores biológicos, psicológicos, ambientales, sociales y culturales. Considerando que para el estudio y comprensión de la alimentación, se hace necesario un enfoque de análisis que tenga en cuenta la influencia recíproca de todos los factores intervinientes. El término psicósomático se introduce para denotar la influencia que tienen las experiencias vitales, estados emocionales y procesos cognitivos sobre el funcionamiento del cuerpo humano. Denominando patología psicósomática a las enfermedades médicas (tales como la obesidad) en las cuales la relevancia de factores conductuales, cognitivos y afectivos es tal, que resulta precisa la intervención específica del profesional de la psicología para beneficiar la evolución del proceso, acelerar la rehabilitación y prevenir las recaídas (Álvarez & Odero, 2008).

Carballo (1961) utiliza dos procesos clave para dar una explicación a la conducta alimentaria: 1. la urdimbre como el proceso interactivo entre un recién nacido y la figura materna (o aquella persona que desempeña dichas funciones), que es capaz de despertar, expresar y desarrollar las cualidades de la persona y 2. La lactancia, considerando que la primera alimentación juega un importantísimo papel en el establecimiento de vínculos afectivos, de este modo, si los primeros alimentos son ofrecidos sin afecto, con prisas o actitudes ansiosas, esto generará consecuencias negativas que, a la larga, de no remediarse, repercutirán en el desarrollo del individuo. Como resultado, la conducta alimentaria, no es un acto reflejo, es una respuesta cargada de significado que el individuo atribuye en diferentes momentos de su vida, influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Álvarez & Odero, 2008).

Teoría de la Emoción

Ceja, Castillo-Varela y Rodríguez (2012), basados en la teoría de la emoción de Lange (1887/2012) en donde se establece que como respuesta a las experiencias y estímulos, el sistema nervioso autónomo crea respuestas fisiológicas (tensión muscular, lagrimeo, aceleración cardio-respiratorio, etc.), proponen que la conducta de ingesta y el deseo al alimento están determinados por una combinación de valencia positiva y elevados niveles de activación [*arousal*] emocional hacia alimentos altos en grasa, principalmente en personas con sobrepeso y obesidad respecto a personas con peso normal.

1.1 Modelos Teóricos

Modelo de las prácticas de alimentación

Incluye actividades que rodean la comida, tales como la forma de obtenerla, la preservación, preparación, presentación, realización y consumo. La preservación se

refiere a las estrategias utilizadas para mantener las comidas heladas o frescas y para guardarlas. La preparación incluye el picado, el marinado y la preparación de los alimentos para ser cocinados, la elección de las recetas, hacer decisiones acerca del sabor, los equipos y métodos para cocinar y todo esto puede comenzar días antes de consumirla. La presentación alude a la comida en sí misma e incluye las recetas e ingredientes utilizados. Se refiere a las formas en que la comida es expresión de cultura, valores y estética, y alude a la manera en que la comida es concretamente exhibida, llevada a la mesa y servida a los consumidores. La realización incluye el lugar de los alimentos dentro del sistema de cocina y refecciones, se refiere a un marco más grande de ciclos de refecciones, así como a un género particular al que pertenece una determinada comida (por ej., desayuno, almuerzo). También incluye modos de interacción social a través de la comida. El consumo alude a la forma en que come la gente, e incluye utensilios, mezclas creadas por la gente y el orden en el cual son consumidos los alimentos. La limpieza también es importante en el modelo de las prácticas de la alimentación, e incluye la preparación post-comida y consumición. Todos estos procedimientos están contruidos socialmente. Involucran intercambios sociales y negociaciones de prácticas y significados (Amon, Guareschi & Maldevsky, 2005).

Hay muchos elementos en la comida que producen placer y éste no se reduce al acto mismo de ingerir un determinado alimento, están el goce de compartir la comida, el placer de cocinar para los que se quiere, mostrándoles así afecto y también el placer obtenido en la adquisición de la comida a través de actividades colectivas como la cosecha, la pesca o la compra. De acuerdo a Castillo, Castillo-Durán, Jackson y Romo (2004) sugieren que las emociones intensamente placenteras, asociadas a la comida están acompañadas por actividad en el sistema neurológico en la base de los procesos de recompensa/motivación, emocionales (límbicos) y de alerta.

Messer (2002) refiere que, las propiedades visuales y de textura son características sensoriales por las que los alimentos se consideran comestibles, preferibles y

apropiados para un estilo de vida. La textura con el sabor constituye en buena medida lo que hace familiares los alimentos y pueden influir en la aceptación de nuevos alimentos. Las características visuales como el color, la forma o la apariencia de conjunto también afectan la aceptabilidad y las preferencias alimentarias y a menudo configuran aspectos del simbolismo alimentario.

Modelos explicativos de influencia psicológica

La elección de la comida es el resultado de un complicado conjunto de procesos caracterizados de muy diversas maneras, basado en tres modelos explicativos sobre la influencia psicológica, en la Tabla 1 se muestran los tres principales modelos.

Tabla 1

Modelos explicativos sobre la elección de la comida y su aplicación

Modelo Explicativo	Aplicación
<p>Modelo Evolutivo: destaca la importancia del aprendizaje y la experiencia, se centra en el desarrollo de las preferencias alimentarias en la infancia.</p>	<p>Exposición: contacto y temor ante nuevos alimentos (neofobia).</p> <p>Aprendizaje social: describe la influencia que tiene la observación de las conductas de otras personas en el comportamiento propio.</p> <p>Aprendizaje asociativo: evalúa la influencia de factores contingentes sobre la conducta que pueden considerarse reforzadores en el sentido del conocimiento operante.</p>
<p>Modelo Cognitivo: Se centra en las cogniciones del individuo y examina el grado en el que éstas permiten predecir y explicar la conducta, así como las creencias de una persona sobre su capacidad de controlar su salud y conducta dietética.</p>	<p>Se basa en la investigación de conceptos como Actitudes, Normas sociales, Control percibido o Ambivalencia en relación a la capacidad de controlar la salud y conducta dietética, así como la intención de consumir alimentos concretos.</p>
<p>Modelo Fisiológico: se centra en el hambre y la saciedad, considerando la primera como un estado que sigue a la privación de y refleja una motivación o impulso por comer, por lo tanto la saciedad es el polo opuesto del hambre, el sentimiento de que ya se ha consumido lo suficiente.</p>	<p>Productos neuroquímicos: la utilización de fármacos de acuerdo a su clasificación clínica (lúdicos, antidepresivos, analgésicos y supresores del apetito) que influyen sobre la sensación de hambre.</p> <p>Sentidos químicos: la comida tiene propiedades sensoriales para la elección de los alimentos, tales como la iluminación, el aspecto, sabor, olor que influyen sobre la ingesta.</p> <p>Comida y humor: a diferencia del modelo cognitivo, se considera la influencia de la comida sobre el estado de ánimo, principalmente en alimentos como cafeína, carbohidratos y chocolate.</p>
	<p>Estrés: la reducción o incremento de la ingesta en respuesta al estrés.</p>

Nota: Los modelos presentados engloban las diversas teorías explicativas, es una adaptación basada de "*Psicología de la Alimentación*" (Ogden, 2005).

Las teorías sobre la elección de la comida se han desarrollado como medios para comprender por qué comen las personas lo que comen y cómo podemos animarles para que lo hagan de manera más saludable. Sin embargo, estos marcos teóricos, con la atención al individuo, minimizan los complejos significados que rodean a la comida y a la forma y tamaño corporales, ya que la elección de la comida tiene lugar en el seno de un conjunto de significados relativos a cada uno de los alimentos, las comidas como experiencias sociales y culturales, además de la importancia del estigma ligado al sobrepeso (Ogden, 2005).

Modelo de las cinco vías

Tomando en cuenta la importancia de los procesos afectivos en la conducta alimentaria y las características individuales y emocionales de los individuos, Macht (2008a) especifica cinco clases de emociones inducidas por la alimentación, estas clases se distinguen por condiciones antecedentes, las respuestas de alimentación y mecanismos de mediación:

- I. Las emociones despertadas por estímulos alimenticios afectan la elección de alimentos: se considera que emociones provocadas por los alimentos, son poderosas determinantes de la elección de los mismos, de tal forma que: altas dosis de energía obtenidas de la degustación de alimentos como el azúcar y la grasa, evoca respuestas afectivas positivas que promueven la ingestión, mientras que la degustación de compuestos amargos que se correlacionan con las toxinas, evoca respuestas afectivas negativas que promueven el rechazo.
- II. Las emociones de alta intensidad de la excitación o suprimen comer debido a las respuestas emocionales incompatibles: el estrés intenso o crónico disminuye bruscamente la ingesta de alimentos, en consecuencia, una disminución de la ingesta de alimentos es una respuesta fisiológica natural al estrés. Por ejemplo, la tristeza intensa se asocia con la desactivación del comportamiento y la retirada del medio

ambiente, el miedo intenso motiva a la huida y la evasión, también se asocia con la inhibición de las respuestas autónomas como motivación para comer. Los cambios fisiológicos inducidos por el estrés, pueden interferir con la digestión retrasando la absorción de la glucosa y el tránsito gastrointestinal.

Las emociones moderadas en la intensidad afectan el comer, dependiendo de las motivaciones para comer:

- III. Las emociones negativas y positivas deterioran el control cognitivo sobre la alimentación: la capacidad de ingesta moderada de alimentos se incrementa, si su capacidad cognitiva para mantener restringida la ingesta de alimentos se ve limitada por la distracción (ya sea emocional o no). El procesamiento de los estímulos emocionales requiere atención, y dado que la capacidad cognitiva es limitada, el control cognitivo sobre la comida puede verse afectada. La respuesta de comer en exceso se atribuye a los procesos irónicos, es decir, mientras más personas ejercen el control cognitivo, mayor será su vulnerabilidad a comer en exceso.
- IV. Emociones negativas provocan comer para regular las emociones: la teoría del comer emocional sugiere que ciertos individuos comen para lidiar con el estrés y por tanto corren el riesgo de volverse obesos. Los comedores compulsivos obesos tienen una mayor tendencia a darse atracones en el estado de ánimo negativo y pueden tratarse con éxito mediante la mejora de sus habilidades para regular las emociones. Por otra parte, los estudios indican que los sanos y las personas de peso normal regulan las emociones negativas de la alimentación.
- V. Las emociones modulan el comer en congruencia con las características de la emoción: durante el estado de ánimo negativo, información verbal negativa se recupera más rápidamente que la información positiva. Este efecto de congruencia se muestra también para el reconocimiento de los sabores de alimentos apetecibles y desagradables. La tristeza se ha encontrado que disminuye el comer y la alegría aumenta el interés por los

alimentos y la motivación para comer. Estos cambios pueden explicarse por las características de la emoción. La tristeza se asocia con una disminución de los procesos cognitivos y la actividad motora, con una falta de interés y con una disminución de la atención hacia el exterior. Por el contrario, la alegría se asocia con una mayor capacidad de percibir y procesar los estímulos y una mayor disposición a participar en actividades. En la figura 1, se representa el modelo de las cinco vías.

Modelo de las cinco vías de la relación entre la alimentación y las emociones

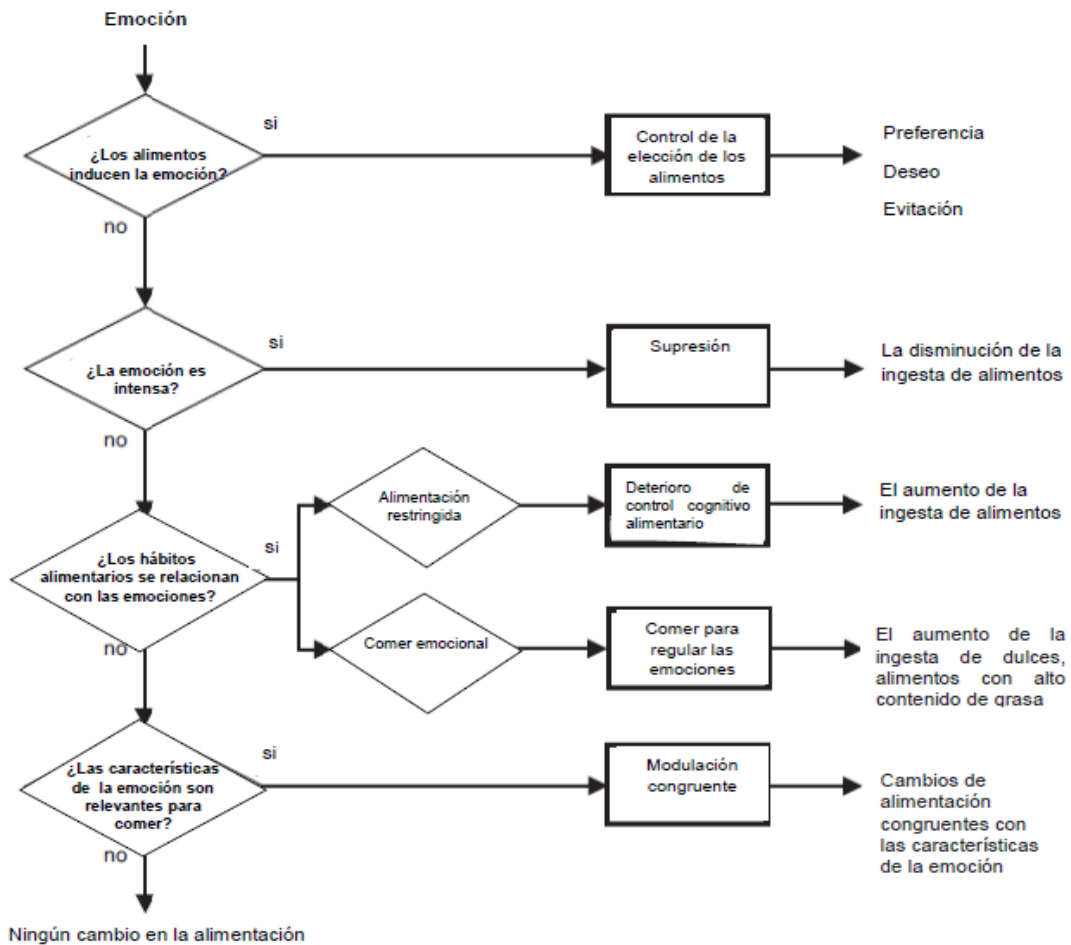


Figura 1 Modelo de las cinco vías sobre los efectos de las emociones en la alimentación, es una traducción basada en el diagrama de flujo de Mach (2008)

1.3 Elección de la comida

De acuerdo a Domínguez-Vásquez, Olivares y Santos (2008) la conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. La conducta alimentaria individual se estructura a partir de un conjunto específico de dimensiones de comportamiento respecto a la propia alimentación, que se describen en la Tabla 2

Tabla 2

Dimensiones de la conducta alimentaria

Dimensión	Definición
Alimentación Emocional	Incapacidad de controlar la ingesta de comida en contextos emocionales negativos, tanto el exceso como el déficit de apetito.
Alimentación sin control	Inclinación a comer ante la exposición de estímulos externos en variadas circunstancias y dificultad para detener la ingesta.
Restricción Cognitiva	Tendencia a limitar la propia ingesta (en cantidad o tipo de alimentos) para controlar el peso corporal.
Respuesta frente a los alimentos	Susceptibilidad a preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas en contextos habituales.
Disfrute de los alimentos	Condición asociada positivamente con la sensación de hambre, el deseo de comer y el placer por el alimento.
Deseo de beber	Deseo de beber y tendencia a llevar a mano bebidas generalmente azucaradas.
Respuesta de saciedad	Disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos.

Nota: Tabla creada a partir de *Domínguez-Vásquez et al.(2008)*

Tabla 2

Dimensiones de la conducta alimentaria (Continuación)

Dimensión	Definición
Lentitud para comer	Tendencia a prolongar la duración de los tiempos de comida.
Exigencia frente a los alimentos	Exigencia condicionada que limita la gama de los productos de alimentación que son aceptados.
Neofobia alimentaria	Renuencia persistente a incorporar nuevos alimentos a la dieta habitual.

Nota: Tabla creada a partir de *Domínguez-Vásquez et al.(2008)*

De acuerdo a Alvarez y Odero (2008) el alimento es el material nutritivo, aceptado por los deseos psicológicos individuales y por las costumbre de una sociedad y cultura, por lo que en la alimentación influirán variables nutritivas o biológicas, apetitivas, psicológicas y culturales.

La alimentación es un fenómeno complejo en el que se puede diferenciar una serie de dimensiones, a fin de facilitar su estudio. Dichas dimensiones son las siguientes, se describen en la tabla 3

Tabla 3

Dimensiones de la alimentación

Dimensión	Definición
Nutritiva:	Mediante la alimentación se cubren las necesidades fisiológicas o fisicoquímicas del organismo. Esta parece, en principio, la dimensión más evidente dentro del comportamiento alimentario.
Gustativa o Placentera:	Relacionada con el potencial placer que evoca la percepción de las características de los alimentos. Las capacidades sensoriales del ser humano le permiten apreciar las propiedades organolépticas de los alimentos: sabor, color, olor, textura, temperatura, etc. y en función de ellas discriminar los nutrientes según su procedencia y manipulación mientras qué, a nivel nutritivo resulta indiferente, esta dimensión contempla que al individuo le produzca mayor aceptación y le resulte más apetecible consumir determinados nutrientes de una forma que de otra. Esto está presente aún en aquellas circunstancias en las que el organismo se haya saciado, donde la principal motivación no es nutrir al organismo sino disfrutar con la experimentación de las sensaciones (gusto, olfato...) que desencadenan las características de los alimentos.

Nota: Tabla creada a partir de *Domínguez-Vásquez et al. (2008)*

Tabla 3

Dimensiones de la alimentación (Continuación)

Dimensión	Significado
Expresiva o comunicativa:	Como consecuencia de la naturaleza social del ser humano la alimentación se convierte en vehículo de patrones de conducta, normas, prohibiciones, jerarquías, estados de ánimo, etc.
Simbólica:	La tradición de uso de los alimentos constituye un símbolo identificador de un pueblo tan resistente al cambio como la lengua y el modo de vestir. De esta forma, las costumbres gastronómicas de cada uno van más allá de los propios gustos personales, convirtiéndose en una forma de expresión. Así pues el tipo de alimentos y la forma de consumirlos es parte de multitud de estereotipos. Esto ha sido recogido por el saber popular con el dicho “somos lo que comemos.”
Restitutiva:	El acto de comer y beber entraña una función homeostática al organismo a nivel metabólico y psíquico. El aporte de nutrientes recibido mediante la alimentación y el placer que esto conlleva, acostumbran a proporcionar un estado de sosiego al organismo.
Dietética:	Implica una condición terapéutica o preventiva de la alimentación respecto a la salud. En la que se le atribuye a la conducta alimentaria un valor curativo o profiláctico. Si bien desde siempre se ha establecido la relación entre alimentación y salud, esta dimensión ha cobrado importancia, debido a los grandes avances tecnológicos en este ámbito.
Ascética o religiosa:	Hace referencia a la tendencia que muestran las personas a atribuir un sentido trascendental al acto alimentario. Muestra de ella son los ayunos, cuaresmas, alimentos prohibidos y comidas propias de determinados festejos, que se dan en las diferentes religiones y credos.
Psicopatológica:	Comprende el estudio de las alteraciones comportamentales que surgen en relación con la alimentación. La anorexia, bulimia, vigorexia, constituyen manifestaciones específicas de esta dimensión.
Estética:	Refiere la relación existente entre la conducta alimentaria y la belleza. Hoy en día esta dimensión ha cobrado gran relevancia, debido a los estereotipos actuales de belleza. Muestra de ello es la aparición de múltiples dietas milagrosas cuyo objetivo no pretende mantener el cuerpo nutrido o un estado aceptable de salud; sino ser más atractivo físicamente.

Nota: Tabla creada a partir de *Domínguez-Vásquez et al.(2008)*

Tabla 3

Dimensiones de la alimentación (Continuación)

Dimensión	Significado
Gastronómica:	Dada la gran capacidad de abstracción del ser humano es capaz de elaborar proyectos alimenticios que persiguen no sólo saciar el hambre y nutrir el organismo. Así pues a lo largo de la historia han ido apareciendo una serie de oficios y labores relacionadas con las alimentación, como el “gourmet” o el “gastrósofo”, cuya misión no es sino deleitar a los comensales con algo más que el sabor de los alimentos. Es representativa de esta dimensión la concepción actual de la alta cocina como un arte.

Nota: Tabla creada a partir de *Domínguez-Vásquez et al.(2008)*

1.4 Comer y sus significados

Comer es un extraordinario proceso biológico, social y psicológico que obedece a las decisiones que hace primero el individuo de dos formas diferentes: una dependiendo totalmente de los síntomas y mensajes internos del organismo respecto al hambre y saciedad, el otro método, confía en pautas y claves externas (Rodríguez, 2000).

Por lo anterior, se deduce que la comida no sólo es nutrición; comer no es sólo alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano medianamente longevo se ve obligado a practicar miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia, la comida -los alimentos- y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión (Toro, 1996).

De acuerdo a Rozin y Fallon (1985) la boca, que es una especie de guardián del cuerpo, aparece implicada en casi todas las transacciones materiales que tiene por objetivo la incorporación al individuo de sustancias del mundo externo. Tiene una función clave en la aceptación de nutrientes al cuerpo y el rechazo de toxinas, es casi siempre el último lugar en el que se pueden tomar decisiones reversibles sobre lo que se acepta o se rechaza.

Por ello, Chinchilla (2005) refiere que la alimentación también constituye un importante vehículo de interacción social, primordialmente en el núcleo familiar, durante las comidas principales cuando los miembros de la familia comparten un mayor tiempo en común, constituye un espacio idóneo para la comunicación y la potenciación de los vínculos relacionales ente ellos. Tanto es así que en la vida cotidiana este gran potencial de socialización de la comida se ha generalizado a otros contextos fuera del entorno familiar, como es el ámbito laboral, relaciones interpersonales significativas, el ocio, las celebraciones festivas, etc.

El acto de alimentarse está cargado de significados y emociones ligados a circunstancias y acontecimientos que nada tienen que ver con la estricta necesidad biológica. Por ello, la alimentación constituye un “signo” de la actividad, del trabajo, del deporte, del esfuerzo, del ocio, de la fiesta y de cada circunstancia social. Cada situación tiene su propia expresión alimentaria. La importancia concedida a todo lo relativo a la alimentación es tal que no sorprende en absoluto que el alimento sea uno de los elementos preponderantes de cohesión dentro de una sociedad. Comer no es sólo por nutrición si no, también, en buena medida, por razones ceremoniales y sociales. Las señales físicas que indican satisfacción son muy débiles y fácilmente sumergidas por las presiones culturales: “¿Un poquito más? ¿Qué no está bueno?..”, “¡Un día es un día!”, “¡Tómame otra copa!... ¿No me la vas a despreciar? En cualquier caso, parece que las preguntas que deberían plantearse para intentar captar la complejidad del hecho alimentario, además de la pregunta *qué* se come, debe hacer referencia a, *quién, cuándo, dónde, con quién, cómo y por qué* se come lo que se come; *por qué* lo come *quién* lo come, *por qué* se come cuando se come, *por qué* se come donde se come, *por qué* se come cómo se come, etc. (Contreras, 2002).

El aspecto nutricional o el de salud es un criterio importante a la hora de orientar nuestros comportamientos o costumbres alimentarias, pero sólo uno entre otros muchos. Se debe preguntar ¿qué otras funciones desempeña la alimentación?

En un estudio publicado en 1979 por Baas, Wakefield y Kolasa, consideraban la siguiente lista relativa a los diversos usos de los alimentos en la sociedad:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar un foco para las actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente a estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Se observa, de los veinte usos considerados en esta lista, todos menos el primero, es de uso nutricional; debido a que los condicionamientos socioculturales relativos a la alimentación son poderosos y complejos.

Hace falta una teoría para el consumo en general y, para el consumo alimentario en particular, que pueda restituir los datos cuantitativos a una lógica de las significaciones (Contreras, 2002). De esta manera, la comida puede tener significados distintos, que influyan en la elección de uno u otro alimento, a continuación se presenta la clasificación:

Tabla 4

El significado de la comida

La comida como:	Significado
Identidad Personal	<p>Sexualidad: los alimentos asociados con satisfacción sexual se ven reflejados en prácticas y frases coloquiales, el motivo es que ambas representan un impulso básico para la supervivencia, perpetúan la vida e implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales.</p>
Identidad Cultural:	<p>Comer frente a negación: refiere que la comida es una fuente de placer pero, con frecuencia, no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla, así se genera un conflicto, principalmente en las mujeres, por un lado proporcionar comidas sanas y nutritivas a su familia y, por el otro mantenerse delgadas y sexualmente atractivas.</p> <p>Culpabilidad frente al placer: al igual que el sexo, algunos alimentos dulces representan un placer y satisfacen una necesidad, pero, tras su consumo, aparecen los sentimientos de vergüenza, una sensación de complejo, desesperación y perversidad. Por ejemplo los chocohólicos (adictos al chocolate).</p> <p>Autocontrol. Se relaciona con el interés por la conducta de comer siguiendo una dieta, convirtiéndose en el vehículo para mantener el control o en su defecto la pérdida del mismo.</p> <p>Religión: permite comunicar la santidad dentro de la familia, incluso en la sociedad, al permitirle o negarle ciertos alimentos, como símbolo de pecado, durante la práctica religiosa.</p> <p>Poder social: Es símbolo de estatus, dado que siendo un componente esencial de la subsistencia humana y su falta como una muestra de desigualdad, ante el mundo político. Ejemplo: las huelgas de hambre.</p> <p>Cultura frente a naturaleza: el consumir ciertos alimentos como la carne o su evitación, representa una forma de vida, la civilización de los seres humanos, debido a las actividades que lo acompañan, como la caza.</p>
Interacción Social:	<p>La comida como amor: Los alimentos sanos y sabrosos son signos del amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacer a los distintos miembros de la familia.</p> <p>Salud frente a placer: se crea un conflicto debido a que la mayoría de las dietas preferidas, son poco saludables, por lo tanto preparar lo que más le gusta a la gente implica agradar a la otra persona o cuidar aspectos saludables (dientes, peso, vitaminas).</p> <p>Poder: en algunas familias a los hombres se les sirve en mayor cantidad que a las mujeres y niños, demostrando mayor jerarquía, dado que la mujer asume el papel de proveedora de los demás, al ceder su parte.</p>

Nota: Tabla creada a partir de *Ogden (2005)*

Los usos y las actitudes hacia los alimentos son tantos como variados y se manifiestan al expresar el significado de comer, su utilidad o la razón de hacerlo. En ocasiones es posible comer en abundancia como forma para medir las propias capacidades o responder a los apremios que la cultura representa. Las prácticas alimentarias no responden tan sólo a la necesidad biológica de llenar el cuerpo de combustible, según propone una visión mecanicista del organismo humano, si no a las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales en las diferentes sociedades. Observar que el alimento no es sólo algo para nutrir no significa olvidar que también es una sustancia para subsistir (Gracia-Arnaiz, 2007).

La dificultad para la expresión verbal de las emociones, característica de los comedores emocionales es fruto de la inmadurez cognitiva y de la limitación de vocabulario, está considerada como uno de los factores que subyacen a la comunicación del malestar emocional a través de síntomas físicos, ejemplo de ello es la alexitimia, la cual se sitúa en el centro de muchos trastornos psicosomáticos en el adulto (Pedreira, Palanca, Sardinero & Martin, 2001).

ALEXITIMIA

El término alexitimia se refiere a un trastorno cognitivo-afectivo, fue acuñado por Sifneos (1973) para denominar una deficiencia en la capacidad para identificar, describir y expresar sentimientos, observada en un grupo de pacientes remitidos al servicio de psiquiatría por presentar quejas físicas atípicas que no respondían al tratamiento. La propuesta clínica no fue aceptada fácilmente por la dificultad que suponía el poder diferenciar la alexitimia de algunas entidades médicas y de otros trastornos mentales, razón por la cual este constructo pasó desapercibido durante varios años.

La alexitimia fue observada inicialmente en algunos pacientes con trastorno psicossomático. Estos manifestaban una pobre capacidad de fantasear y mostraban gran resistencia a aceptar las interpretaciones psicoanalíticas tradicionales. También se observaba que sus relaciones interpersonales con frecuencia eran rígidas y estereotipadas. Investigaciones que se realizaron a lo largo del mundo reportaron que la alexitimia aparecía en sujetos con trastornos como toxicomanía, alcoholismo, estrés postraumático, bulimia y personalidad psicopática. Su presencia en personas indemnes de enfermedades somáticas muestra que los factores etiológicos no son solo de naturaleza biológica sino de origen psicosocial (Pardinielli, 1992).

Etimológicamente la palabra *alexitimia* del griego *a*=sin, *lexis*= palabras, *thymos*= sentimiento o emoción, se refiere a la incapacidad para describir las emociones. Posteriormente Sifneos (1973) imprime el término para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes. Aunque este autor no crea un concepto nuevo, debido a que tales características habían sido señaladas anteriormente, es él quien organiza en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en los pacientes.

Debe subrayarse que la alexitimia no aparece en las clasificaciones psiquiátricas y no es una noción universalmente aceptada pero, tiene un valor heurístico que ha dado lugar a numerosas investigaciones (García, 2004).

La alexitimia se caracteriza por: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales de la excitación emocional, 3) pobreza de la vida fantasiosa y 4) un estilo cognitivo externamente orientado (Kristal, 1979; Nemiah, 1977).

Aunque parece existir un cierto consenso de la literatura para definir la alexitimia a través de las características mencionadas, de acuerdo a Velasco (2000) se han podido identificar los siguientes aspectos relevantes y congruentes con la definición:

- a) *Alto grado de conformismo social*, referido a la impresión de “normalidad” de los pacientes alexitímicos relacionada con estereotipos culturales.
- b) *Pobre capacidad para la empatía en las relaciones interpersonales*. Esta característica se une a la ausencia de capacidad para reconocer los sentimientos e implica también estereotipia en las relaciones sociales, así como la dificultad para comprender motivaciones y sentimientos de los otros.
- c) *Ausencia de capacidad para la introspección*, lo que explica la dificultad para interrogarse sobre lo que se siente y se piensa.
- d) *Incapacidad para distinguir entre emociones y sensaciones*, que pone en evidencia la diferencia entre fenómenos fisiológicos y psicológicos. Los sentimientos y las emociones se confunden, los primeros quedan supeditados a los segundos.
- e) *Somatización*, presencia de síntomas físicos asociados con la imposibilidad de caracterizar claramente las sensaciones corporales y de utilizarlas de

signos de malestar emocional. La descripción de síntomas físicos es entendida como un intento de expresión de los sentimientos que el sujeto no puede elaborar.

- f) *Baja creatividad emocional*, dificultad del individuo para experimentar un estado de activación emocional ante una situación dada.

El mecanismo que genera los síntomas psicossomáticos se conforma de la siguiente forma: el alexitímico que se encuentra en situaciones interpersonales difíciles en las que se requiere el manejo de las emociones, se siente frustrado al no poder expresarse y comprenderse adecuadamente y recurre en primer lugar a manejar el problema analizando interminables detalles pero al no ser adecuada la respuesta aumenta la tensión y puede recurrir a la retirada o a actos impulsivos como medio de resolver una situación intolerable. A nivel biológico las reacciones fisiológicas movilizan los sistemas autónomo y endocrino; a partir de ahí, si existe algún defecto en un órgano se desarrolla un trastorno psicossomático y si no existe tal defecto aparece tensión y frustración (Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel, 1977).

Von Rad, Lulucat y Lolas (1977) prueban empíricamente, que los pacientes psicossomáticos son diferentes a los neuróticos, los cuales tienen gran riqueza en el mundo de la fantasía y gran facilidad para expresar emociones. En la tabla 5 se presentan las diferencias entre individuos neuróticos y alexitímicos de acuerdo a Sivak y Wiater (2006).

Tabla 5

Diferencias entre sujetos neuróticos y alexitímicos

Indicador	Alexitímicos	Neuróticos
Quejas	Descripción interminable de síntomas físicos, a veces sin relación con las enfermedades subyacentes.	Menos énfasis en las quejas físicas; descripción elaborada de las dificultades psicológicas
Otras quejas	Tensión, irritabilidad, frustración, dolor, aburrimiento, inquietud, agitación, nerviosismo.	Ansiedad descrita a través de pensamientos y fantasías más que a través de sensaciones físicas; depresión descrita como auto depreciación, pesadillas culpabilizadoras, etc.
Contenido del pensamiento	Sorprendente ausencia de fantasías y descripción elaborada de detalles triviales (<i>pensamiento operatorio</i>).	Fantasía rica, notable capacidad para describir los sentimientos con elocuencia.
Lenguaje	Dificultad para encontrar las palabras adecuadas para describir sentimientos.	Palabras apropiadas para describir sentimientos.
Llanto	Raro, en ocasiones abundante pero sin relación con el afecto apropiado (llano o ira).	Apropiado al sentimiento
Sueños	Muy escasos	Muy frecuentes
Afecto	Inapropiados	Apropiados
Actividad	Tendencia a actuar impulsivamente, la acción parece el modo predominante de vivir.	Acción apropiada a la situación
Relaciones interpersonales	Habitualmente pobres, con tendencia a depender o vivir aislado	Conflictos específicos con la gente pero con buenas relaciones interpersonales en general.
Perfil de personalidad	Narcisista, retraído, pasivo-agresivo o pasivo-dependiente, psicopático	Flexible
Posición	Rígida	Flexible

Empero a que la alexitimia, desde el punto de vista empírico, fue ignorada por la Psicología, algunas investigaciones han confirmado que la alexitimia se asocia también con otras patologías no psicósomáticas, como la adicción a las drogas, los trastornos de somatización e incluso con problemas de salud altamente estresantes

como el cáncer, el trasplante de órganos, el tratamiento de la diabetes y con patologías no psicosomáticas reportadas en investigaciones sobre trastornos del comportamiento alimentario (Cruz, Echeburúa, Etxebarria & Pascual, 2011). Por ejemplo, Álvarez, Argiz, Hilario y Rodríguez (2011), realizan un estudio con pacientes que padecen de Distimia (trastorno catalogado en el DSM-IV en la categoría del humor y del ánimo, caracterizado por estado crónicamente triste casi todos los días) y su relación con la alexitimia. El estudio apunta a qué, un alto número de pacientes diagnosticados de distimia (casi 7 de cada 10) muestran unos niveles de alexitimia estadísticamente superiores a los de la población general. Al correlacionar ambas variables llegan a la conclusión de que no se puede asegurar la dirección de la causalidad: si es que las personas previamente más alexitímicas son tendentes, por su propia estructura de personalidad y sus mecanismos cognitivos de procesar la información y las emociones, a desarrollar más sintomatología distímico-depresiva, o es que si los pacientes ya distímicos terminan desarrollando más rasgos alexitímicos reactivos al incremento de las vivencias negativas sufridas debido a la sintomatología propia del trastorno efectivo (sufrimiento subjetivo continuo, limitaciones en la interacción social, incompreensión del medio familiar, culpa, ausencia de diagnóstico claro, cronicidad, etc.).

Sin embargo, las personas alexitímicas no se caracterizan por una incapacidad para experimentar o sentir los estados emocionales, sino más bien por una dificultad para diferenciarlos de manera interna y verbalizarlos. Cuando hablan sobre una situación emocional, su discurso se limita a describir una impresión general sobre el hecho de sentirse bien o mal. Incluso si la expresión emocional es muy restringida, la baja capacidad para regular los afectos se traduce en una brusca explosión bajo la forma de episodios fuertes de cólera o llanto (Páez & Casullo, 2000a).

2.1 Modelos para estudiar la alexitimia

Sobre la base de que hay individuos con presencia de alexitimia durante la infancia y juventud y otros que la adquieren en la edad adulta, Freyberger en 1977, distinguió dos modalidades esenciales: la *alexitimia primaria* y la *alexitimia secundaria*, al basarse en que la primaria es un rasgo estable en la personalidad y por tanto biológica y, la secundaria adquirida en un momento dado de la vida de la persona, en la que la alexitimia es una forma reactiva hacia una situación estresante o traumática sobre la que no se tiene control y, por tanto, es psicológica.

Para su mayor comprensión, la alexitimia ha sido estudiada de acuerdo con los modelos psicodinámico, social y neurobiológico.

Modelo Psicodinámico

Desde el punto de vista psicodinámico se considera como un déficit en la integración y comunicación de las experiencias emocionales, que es el resultado de la presencia de conflictos psicológicos sin resolver. La explicación dinámica asume que las emociones están presentes en el individuo alexitímico y que, por tanto, la dificultad no se encuentra en la propia experiencia de las mismas sino en su elaboración posterior. Las quejas somáticas características del alexitímico, no serían otra cosa que la única expresión posible de la energía pulsional que quedaría libre al no poder ser integrada en las instancias conscientes (Jiménez & Parra, 2006), siendo el resultado de un déficit específico del yo para fantasear y experimentar sentimientos (Marty, 1995) en conflicto con la realidad. De forma que, la alexitimia surge como un mecanismo de defensa o un déficit en la organización psíquica que detiene el desarrollo del afecto por un trauma psíquico infantil o por una regresión afectivo-cognitiva después de una catástrofe traumática en la vida adulta Krystal (1979).

Bajo esta teoría, Páez y Casullo (2000b), atribuyen la alexitimia a una detención en el desarrollo del afecto por un trauma psíquico infantil (surge mientras la madre no puede aliviar al infante de su desamparo y su angustia) o por una regresión afectivo-

cognoscitiva después de una catástrofe traumática en la vida adulta (bloqueo de la iniciativa, registro del afecto y el dolor y, la de-simbolización de los afectos). La aparente negación de afectividad no se limita a los afectos dolorosos sino que también las personas alexitímicas presentan una incapacidad para experimentar satisfacción y placer, denominada anhedonia.

Como puede observarse, desde la perspectiva psicodinámica, la alexitimia tiene como factor central un problema de la función simbólica, es decir, la incapacidad para expresar la dimensión inconsciente en palabras, ensueños y fantasías. Por estas características, es solamente a través de la somatización que el sujeto denuncia y puede dejar aparecer su estado emocional (García, 2004).

Modelo social

La alexitimia podría ser el resultado de algún tipo de interacción entre la cultura y la sociedad. Partiendo de la premisa de que las emociones existen en todas las culturas, pero no todas las culturas se remiten a los mismos sentimientos intrapsíquicos para entenderlas, Kirmayer y Robins (1993) resaltan tres aspectos socioculturales en la expresión somática vinculados a la alexitimia:

- a) Las dimensiones culturales se asocian al hecho de que algunas naciones se caracterizan por la expresión somática de las emociones, mientras que otras lo hacen por una expresión mental o psicológica.
- b) Las sociedades se vinculan con presentar un alta o baja expresión emocional
- c) El eje de las investigaciones respecto a la alexitimia en la cultura debe girar en torno a responder en qué medida estas diferencias se asocian al malestar emocional.

Los estudios acerca de la relación entre la riqueza del lenguaje y el desarrollo cognitivo de la vivencia emocional han sido planteados en la investigación transcultural de forma paralela al estudio de la alexitimia. En algunas culturas, las emociones como la tristeza son subdesarrolladas (aquellas que conllevan al

abandono de la actividad y del contacto social, consideradas problemáticas, por lo que se les suele reprimir y se evita dedicarles atención, repercutiendo en los individuos que comparten esta noción que las experimenten sintiéndose enfermos, fatigados y/o desmotivados), otras emociones, como la alegría, permanecen sobre desarrolladas (se habla mucho sobre ellas y existe un rico y abundante vocabulario que permite una fácil diferenciación entre ellas). Sin embargo también puede ocurrir que emociones consideradas problemáticas, como el enojo que amenaza la cooperación entre los individuos, esté sobre desarrollada, es decir, que haya un rico vocabulario para referirse a ella y, al mismo tiempo, se produzca su supresión, se minimice su intensidad y se intente remplazar esta emoción por otra conducta. Una primera dimensión cultural que puede explicar estas diferencias en expresión somática de las emociones son los conceptos de individualismo-colectivismo (Páez & Casullo, 2000b).

Por otro lado, Jiménez y Parra (2006) ponen en duda la existencia de este trastorno. De acuerdo con este abordaje, la alexitimia sería el resultado del proceso de etiquetar al paciente de acuerdo con las expectativas sociales del clínico en función de la cultura, el rol sexual, la enfermedad, etc.

Modelo Neurobiológico

La hipótesis de la existencia de una causa biológica se ha esbozado desde los primeros estudios de la alexitimia. Zeitlin, Lane, O'Leary y Schrift (1989) describen la alexitimia, como resultado de sus observaciones clínicas con un grupo de pacientes que habían sido sometidos a una cirugía que desconecta los hemisferios cerebrales, bloqueando la transmisión nerviosa entre ambos.

Aparte del mecanismo clave integrado por la desconexión interhemisférica responsable de un estado de hemisfericidad (independencia de los dos hemisferios), se ha considerado la intervención de otros dos mecanismos neurofisiológicos en el origen de la alexitimia: la desconexión entre el sistema

límbico y el neo córtex, es decir, la interferencia de la transmisión de inervación entre el cerebro emocional y el cerebro de la palabra y, la lateralización cerebral en forma de un predominio derecho o izquierdo. En el modelo cerebral de organización vertical, esta conexión representa el eje coordinador del funcionamiento neurofisiológico, mediante la circulación de impulsos desde el sistema límbico a la corteza cerebral, por lo que, el bloqueo de esta transmisión hace difícil y, en algunos casos imposible el reconocimiento de las emociones propias (Alonso-Fernández, 2011).

Bajo esta postura, Taylor, Bagby y Parker (1997) consideran que la alexitimia se asocia con un déficit en la comprensión cognoscitiva de la emoción. Además, las alteraciones corticales podrían explicar la pobre conciencia de sus emociones y la tendencia a focalizar el origen de sus emociones en eventos externos, que caracterizan al alexitímico. En este modelo el sistema límbico es el encargado de proporcionar las sensaciones fisiológicas de la emoción mientras que el neo cortex ofrece la representación simbólica de la misma.

Debido a la importancia que parecen desempeñar los procesos de activación fisiológicos y neurovegetativos como procesos mediadores de la identificación de las emociones y su posterior regulación y, el impacto que ésta tiene en las relaciones interpersonales de los sujetos alexitímicos, De la Fuente, Franco y Salvador (2010) realizan un programa de entrenamiento en habilidades sociales, por medio de meditación, considerando que a través de la experimentación de la atención plena, la persona podría cambiar su tendencia de respuesta automática a ciertas experiencias emocionales, sin implicarse personalmente en ellas. Encontraron una reducción en la alexitimia y un aumento en las habilidades sociales, considerando, así que la conciencia corporal, lleva a una mejor expresión emocional.

2.2. Evaluación de la Alexitimia

En cualquier campo de investigación científica se hace necesario demostrar la validez de un nuevo constructo hipotético y mostrar que no se trata de una nueva denominación para describir un constructo ya establecido (Taylor et al., 1997).

En este sentido, aunque desde los años sesenta existe investigación empírica que examina las relaciones de la alexitimia con diversos trastornos médicos y psiquiátricos, la calidad de estas investigaciones se ha visto comprometida frecuentemente por la ausencia de procedimientos de evaluación válidos y fiables. La evaluación de la alexitimia se ha realizado por medio de procedimientos clínicos, utilizando técnicas de evaluación objetivas como entrevistas estructuradas (Krystal, Giller & Cichetti, 1986) y subjetivas como pruebas proyectivas (García-Esteve, Nuñez, & Valdez, 1988). Pero es hasta 1985, cuando Taylor, Ryan y Bagby (1985) diseñan la llamada Escala de Alexitimia Toronto. Hallan que la escala en numerosos estudios, correlaciona con instrumentos de manera altamente positiva y obteniendo cinco dimensiones, elaboran la escala compuesta de 26 ítems en un cuestionario autoadministrable.

Posteriormente, los 26 ítems seleccionados fueron a su vez sometidos a análisis factorial según cumplieran criterios pre-establecidos configurando cuatro factores: 1. Dificultad para identificar y diferenciar entre sentimientos y sensaciones corporales; 2. Dificultad para describir y expresar sentimientos; 3. Capacidad de fantasía reducida y 4. Pensamiento orientado hacia ocupaciones exteriores (la orientación a focalizarse en problemas prácticos, técnicos, profesionales, mecánicos y “externos” mucho más que en las propias experiencias emocionales y a la realidad psíquica) (Tylor et al., 1997).

Estos cuatro factores son teóricamente consistentes con el constructo; los dos primeros corresponden a los trastornos afectivos descritos por Nemiah y Sifneos (1970) los dos últimos concuerdan con el “pensamiento operatorio” descrito inicialmente por Marty y de M'Uzan (1963, como se citó en Lunazzi, 2000).

Se han diseñado diferentes técnicas de evaluación del constructo de alexitimia: escalas, cuestionarios, guías de observación, técnicas proyectivas, análisis de contenido verbal, etc., los cuales se muestran en la tabla 6.

Tabla 6

Instrumentos para medir alexitimia (Sivak & Wiater, 2006)

Instrumento	Características	Evaluación
Cuestionario del Beth Hospital de Boston (BIQ) de Sifneos (1983)	Consta de 17 ítems con opción dicotómica	Una calificación igual o mayor a 6 puntos señala la presencia de alexitimia
La Escala de Personalidad de Schalling-Sifneos (SSPS) de 1979	Escala autoadministrable de 20 ítems tipo Likert de cuatro valores	El sujeto puede obtener un puntaje mínimo de 20 puntos y máximo de 80, a menor puntaje, mayor evidencia de alexitimia.
El Cuestionario Provocador de Alexitimia (APRA) de Krystal et al. (1979)	Entrevista estructurada de 17 preguntas abiertas	Evalúa la capacidad del sujeto para usar un lenguaje afectivo, ubicado en una situación imaginaria y estresante
Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) de Taylor y Bagby (1987)	Consta de 26 ítems en una escala Likert de 5 puntos, distribuidos en cuatro factores con una consistencia interna de .74	Punto de corte de 74 puntos o más indican la presencia de alexitimia
Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)	Consta de 20 ítems en una escala Likert de 5 puntos, distribuidos en cuatro factores.	Punto de corte de 61 puntos o más indican la presencia de alexitimia.

Escala de Alexitimia de Toronto 20 (TAS-20)

Aunque los resultados de los análisis factoriales de la TAS-R indicaban que era un instrumento fiable, válido y útil, los resultados indicaban hacer una revisión del instrumento y se elaboró una nueva versión de 20 ítems [TAS-20] (Parker, Bagby, Taylos, Endler & Schmitz, 1993).

Esta escala conocida como TAS-20, conserva 13 de los ítems originales de la primera versión, se puntúa a través de una escala tipo Likert de 5 puntos, la puntuación obtenida por una persona puede oscilar dentro de un rango de 20 a 100

puntos, considerándose alexitímico, aquel que obtenga un puntaje arriba de 61. Las diferentes investigaciones realizadas con esta escala muestran un mapa factorial compuesto por tres factores:

- a) Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan la activación emocional.
- b) Dificultad para describir los sentimientos de los demás.
- c) Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.

El factor de pobreza de la fantasía y sueños diurnos de la TAS-26 desaparece para minimizar la correlación de la escala con la variable de deseabilidad social y se mejoran ligeramente los índices de fiabilidad, conformando la actual TAS-20, validada en Canadá y posteriormente adaptada a varios países, incluyendo México (Bagby, Parker & Taylor, 1994).

Adaptación de la TAS-20

Una cuestión fundamental planteada por los críticos es la posibilidad de que la alexitimia se trate, más que de un rasgo de personalidad, parte de un constructo cultural. Se trataría de un fenómeno cultural y social que refleja el énfasis de la psicoterapia occidental en la introspección psicológica. Desde su desarrollo, la TAS-20 ha sido adaptada a diversas lenguas y ámbitos culturales, Canadá, India, Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Francia, España, México, Bélgica, China, Corea del Sur y País Vasco (Sivak & Wiater, 2006). Consta de 20 preguntas con seis posibilidades de respuesta, en una escala tipo Likert que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 0 y 5, el punto de corte es de 61. La adaptación castellana (Moral de la Rubia & Retamales, 2000) muestra una estructura factorial ortogonal tridimensional, que explica el 31% de varianza.

Las tres subescalas son:

- a) dificultad para identificar sentimientos: ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14

($\alpha=0.80$ y $r=0.55$)

b) dificultad para expresar sentimientos: ítems 2, 4, 11, 12 y 17

($\alpha =0.78$ y $r=0.61$)

c) pensamiento externamente orientado: ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20

($\alpha=0.53$ y $r=0.36$).

La estimación de cada una de las escalas se consigue mediante la suma simple de sus reactivos. Para obtener una puntuación de Alexitimia se invierten los ítems (4,5,10,18,19) que se agrupan todos en el factor Facilidad para Interactuar Emocionalmente. Sus propiedades psicométricas reportan una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.82.

2.3. Alexitimia y Alimentación

Durante la búsqueda constante de evidencia científica que respalde la importancia del estudio de la alexitimia, se han llevado numerosas investigaciones que destacan su importancia con la alimentación. Bajo este marco, Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet y Barbe (2003) realizan un estudio para investigar las relaciones entre la alexitimia y la alimentación emocional en mujeres obesas, encontrando una alta relación entre la alexitimia y tener atracones de comida, tener depresión, ansiedad y estrés alto, como consecuencia de la dificultad para verbalizar afectos. En suma, existen pruebas sustanciales de que comer en exceso, y las actitudes bulímicas están asociadas con las emociones. Estas pruebas provienen tanto de las descripciones clínicas como de estudios experimentales. Waller y Osman (1998) en su investigación con mujeres que padecen algún trastorno de alimentación, plantean que los atracones parecen seguir a los estados afectivos negativos (ira depresión, ansiedad), que se encuentran en función de reducir la conciencia de las emociones.

También, Cruzat y Cortéz (2008) analizan la relación de los trastornos alimentarios con ciertas emociones en pacientes que padecen de Bulimia y Anorexia Nerviosa, concluyendo que los trastornos de la alimentación son frecuentemente conceptualizados como estrategias de regulación emocional des adaptativas. Para conocer la relación entre las emociones y el comportamiento alimentario, estos autores mencionan a Kessler (2006) quien diseña un estudio con el fin evaluar si el reconocimiento de emociones faciales es una habilidad básica independiente de la alexitimia. Se evaluó la habilidad para reconocer emociones y alexitimia en 79 pacientes mujeres con trastornos alimentarios y luego se les comparó con un grupo control de 78 mujeres. Fueron usadas la escala de alexitimia de Toronto, Facially Expressed Emotion Labeling [FEEL] y Symptom Check List revisada [SCL-90-R]. Los resultados no mostraron grandes diferencias en los puntajes de reconocimiento de emociones entre pacientes con trastornos alimentarios y los de control, pero los pacientes con trastornos alimenticios mostraron significativamente más alexitimia y psicopatología. El reconocimiento de emociones no fue relacionado con la alexitimia, la psicopatología o los síntomas clínicos. En consecuencia, los autores sugieren que la alexitimia presentada en pacientes con trastornos alimentarios es compleja e independiente al reconocimiento de emociones faciales básicas.

En contraste, una investigación realizada por Chatoor (1999) encuentra que las personas con anorexia nerviosa (AN) y con bulimia nerviosa (BN) tienen problemas tanto para enfrentarse a sus propias emociones como para expresarlas verbalmente. De forma que, el estado emocional de estas personas influye directamente en la ingesta de comida. Como resultado la persona con AN normalmente es incapaz de ingerir bocado cuando se siente emocionalmente disfórica (triste, ansiosa o irritada), mientras que la persona con BN suele realizar atracones de comida ante este mismo tipo de situaciones. Lo anterior pone de manifiesto que las emociones positivas y negativas tienen diferentes efectos en la conducta alimentaria y no pueden ser estudiadas de manera unilateral.

Sobre la base de las ideas expuestas, Cruz et al. (2011) realizan un estudio para analizar si determinadas variables emocionales pueden considerarse factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se analizan las variables de: ansiedad-rasgo, alexitimia, autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y estrategias de afrontamiento. Las participantes se dividen en tres grupos: las que padecen TCA (n=78), las que se encuentran en riesgo (n=145) y el grupo control (n=145). Se encuentra que la baja autoestima, las formas de afrontamiento, acción impulsiva y expresión emocional predicen el riesgo de padecer algún trastorno del comportamiento alimentario.

Respecto al ámbito social de los alexitímicos, un estudio hecho por Lumley, Ovie, Stettner, Wehmer y Lakey (1996), acentúa que los pacientes con alexitimia son menos sociables y participan menos en el intercambio de emociones, especialmente para los eventos negativos y, como consecuencia tienen menos contactos sociales. A su vez, las deficientes habilidades sociales afectan al tamaño de su red de apoyo social, que es reducida, a la percepción que tienen del apoyo social que reciben de ella, que es bajo y, a las relaciones de proximidad con sus integrantes, que son débiles. Todo ello podría hacer pensar que la carencia de habilidades sociales y las escasas relaciones sociales, así como la intolerancia al estrés, son factores que se alimentan mutuamente en las personas con altas puntuaciones en alexitimia.

Bajo esta perspectiva, Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Aleman (2001) en su estudio con pacientes que presentaban algún trastorno alimentario y su relación con la alexitimia encontraron que, la alexitimia es una característica de ambos padres, lo cual se asocia con la comunicación a través de la conducta alimentaria, que puede ser la salida necesaria en familias en las que existe una dificultad para conectar con el mundo emocional.

En la atmosfera socio familiar y su importancia en el desarrollo de habilidades para la simbolización, la familia contribuye a crear un falso *self*, con una dificultad para la repercusión emocional en las relaciones con los demás, iniciando con los padres, la familia y hasta los círculos sociales más alejados. Así, al referirse a la alexitimia, se describe el hecho de que ciertas personas según sus experiencias de socialización e identificación con determinados modelos sociales, aprenden a evitar hablar de lo que sienten (Sivak & Wiater, 2006).

CAPÍTULO III

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La familia es un grupo solidario donde el estatus, los derechos y las obligaciones se definen con base en la pertenencia a ella y por las diferencias secundarias de la edad, sexo, vinculación biológica y social. En la familia se busca la satisfacción de las necesidades afectivas, de seguridad y correspondencia emocional adecuada de sus miembros, e influye en la conformación del género, creencias, valores, funciones, actitudes y aptitudes de cada uno. Es el contexto básico de aprendizaje para las personas. Como institución, es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios (Reyes, Garrido, Torres & Ortega, 2010).

A partir de la década del 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas que considera al sistema como un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. Como consecuencia, la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa (Von Bertalanffy, 1976).

3.1 Tipos de familia

Las familias han sido clasificadas, de acuerdo al número de integrantes o la dinámica entre los mismos. De acuerdo a Ortiz (1999) se expone una clasificación de la familia, haciendo referencia a:

- a. Familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos, familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear

ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados).

- b. Familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores.
- c. Personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado)
- d. Equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa).

Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, conocer el tamaño, la composición y especialmente a aquellas que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar disfunciones hacia su interior, permiten estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso Salud-Enfermedad (Ortíz, 1999).

Sin lugar a dudas, los cambios en la familia fueron vistos en las últimas décadas del siglo veinte como una era de trastornos, en la que se dio un cambio radical en la forma y la función de la familia occidental. En el último tercio del siglo XX, la familia nuclear formada en torno a los vínculos conyugales y a una división estricta de tareas basada en el género, le ha cedido el terreno a una multiplicidad de tipos de relaciones de parentesco. Esta nueva (o según sostienen algunos, renovada) diversidad de formas familiares ha suscitado numerosos comentarios y controversias sobre las consecuencias de estos cambios en la producción de los valores cívicos básicos necesarios para el orden social (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2003).

De forma reciente, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), clasifica los hogares en México en familiares y no familiares. Un hogar familiar es aquel en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar. A su vez se divide en hogar: nuclear, ampliado y compuesto. Un hogar no familiar es en donde ninguno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar. Se divide en: hogar unipersonal y co-residente.

De tal forma que en México, de cada 100 hogares:

- 64% son nucleares, formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos; una pareja que vive junta y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear.
- 24% son ampliados y están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, etcétera).
- 1% es compuesto, constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar.
- 9% son unipersonales, integrados por una sola persona.
- 1% es corresidente y está formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco.

3.2 Modelos de familia

De acuerdo a Nardone (2003) la familia tiene formas de comunicarse y organizarse, la repetición constante de patrones de interacción, indica el nivel de rigidez en la dinámica familiar, lo que puede producir una patología. Se propone la siguiente clasificación:

Tabla 7

Clasificación de los tipos de interacción familiar (Nardone, 2003)

Tipo de interacción	Modalidades Comunicativas
Hiperprotector:	<p>Ponerse en el lugar de los hijos considerados frágiles o la profecía que se autorrealiza.</p> <p>Las palabras y los gestos de los padres enfatizan la dulzura, el cariño, el calor, la protección, el amor. La modalidad no verbal más significativa es la de “la asistencia rápida”, es decir, la intervención inmediata del adulto a cada mínima dificultad del hijo. Los objetivos de la comunicación son la preocupación por la salud física, la alimentación, el aspecto estético, el éxito y el fracaso escolar, la socialización y el deporte.</p>
Democrático-Permisivo: padres e hijos son amigos, o al falta de autoridad.	<p>Las cosas se hacen por convencimiento y consenso, y no por imposición. La finalidad principal que se debe perseguir es la armonía y la ausencia de conflictos. Las reglas no son impuestas con firmeza y tampoco se prevén sanciones.</p>
Sacrificante: los padres se sacrifican constantemente por dar el máximo a sus hijos y viceversa, o el sacrificio te hace bueno.	<p>El contenido de los discursos gira siempre en torno a la idea central de que el placer de los otros es primero (altruismo insano). El que se sacrifica, aunque en apariencia sea humilde y sometido, está en una posición de superioridad haciendo que los demás se sientan culpables.</p>
Intermitente: los miembros de la familia oscilan de un modelo a otro, o de todas formas estás equivocado.	<p>Los padres pueden pasar constantemente de posiciones rígidas a posiciones mórbidas, de aquellas que revalorizan a las que descalifican. Los hijos envían mensajes contradictorios a sus padres.</p>
Delegante: los padres delegan a los demás su papel de guía, o no cuentas conmigo.	<p>Los mensajes no verbales contradicen a los verbales.</p> <p>Los padres dejan la responsabilidad a los abuelos y crean un tipo de hermandad con sus hijos.</p>
Autoritario: los padres ejercen el poder de forma decidida y rígida, o el más fuerte es el que manda.	<p>Existe una clara división de los papeles entre el marido y la esposa.</p> <p>Los hijos tienen poca voz y deben aceptar dictámenes. Es común, malestares físicos como una forma de aliviar la tensión.</p>

3.3 Funcionamiento

La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden llevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar.

Las crisis no sólo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones. Estas crisis llamadas normativas son derivadas del enfrentamiento a los eventos de vida tales como el matrimonio, el embarazo o la jubilación, entre otros (Ortiz, 1999).

La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar que se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios, las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar (Medellín, Rivera, López, Peñaloza, Kanán & Rodríguez, 2012).

Su composición demanda la influencia de patrones de interacción que están estructurados por una larga secuencia de estrategias que los integrantes de la familia adoptan para la ejecución de sus tareas, estrategias que ya establecidas, se vuelven rutinarias y resultan en principios que gobiernan la vida familiar, esto es, se transforman en reglas, entendidas éstas como patrones recurrentes de interacción que definen los límites de las conductas aceptables y apropiadas en la familia, reflejan sus valores como sistema y definen los roles de sus miembros (Fishman, 1995; Anderson & Sabatelli, 2002 como se citó en García-Méndez, Rivera, Reyes-Lagunes & Díaz-Loving, 2006).

Bajo esta rúbrica, el funcionamiento familiar se define de acuerdo a la utilidad de los patrones familiares para alcanzar metas tales como resolución de problemas, así como el bienestar socioemocional de sus miembros (López, Cervantes, Obregón & Villalón, 2009).

De acuerdo a González y González S. (2008) el Involucramiento afectivo, valora tanto en cantidad como en calidad, el interés que muestra la familia, como un todo y en forma individual, en las actividades e intereses de cada miembro de la misma.

Se identifican seis tipos de involucramiento:

- a. Ausencia de involucramiento: no se demuestra ningún interés en las actividades o el bienestar de los demás.
- b. Involucramiento desprovisto de afecto: en este tipo de involucramiento el interés se vincula específicamente con el aspecto intelectual, no se relaciona con los sentimientos, que sólo se presentan cuando hay demandas.
- c. Involucramiento narcisista: en este caso se demuestra interés en el otro sólo si esto favorece a sí mismo y es fundamentalmente egocéntrico.
- d. Empatía: en esta situación si se manifiesta un interés auténtico en las actividades específicas del otro, aun cuando éstas sean diferentes al interés propio. Este nivel se considera como lo óptimo, ya que conforme el involucramiento afectivo de la familia se desplaza hacia los extremos se considera que el funcionamiento familiar se vuelve menos efectivo.
- e. Sobreinvolucramiento: en este tipo, se muestra un exagerado interés de uno hacia el otro, e involucra sobreprotección e intrusión.
- f. Simbiosis: en este caso se evidencia un interés patológico en el otro; la relación es tan intensa que resulta difícil establecer límites que diferencien una persona de la otra, esta situación se ve sólo en relaciones perturbadas seriamente.

Como complemento, refieren que las respuestas afectivas, se refieren a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en

calidad (comprende una amplia gama de emociones) como en cantidad (está vinculada con el grado de respuesta afectiva y describe un continuo, desde la ausencia de respuestas hasta una respuesta exagerada), enfatizando las características individuales, proponiendo dos categorías de afecto: los sentimientos de bienestar, como el afecto, la ternura, el amor, el consuelo, la felicidad, etc., y los sentimientos de crisis, esto es el coraje, el miedo, la depresión, la tristeza, etcétera. Se considera que en el punto sano de esta se ubican las familias que poseen la capacidad para expresar una amplia gama de emociones con una duración e intensidad razonable y adecuada al estímulo, aunque hay que retomar las variables culturales para valorar las respuestas afectivas de la familia (González & González, S. 2008).

Los pioneros en el estudio del funcionamiento familiar, sugieren mecanismos a través de los cuales la disfunción se traslada del vínculo parental hacia toda la familia. Minuchin (1979) argumenta que un padre y una madre, estresados por problemas de trabajo, pueden regresar al hogar y criticarse mutuamente, pero luego desviar su conflicto a través de un ataque contra un hijo. Ello reduce el peligro del subsistema conyugal pero afecta al hijo.

Del mismo modo, Carballo (1984) señala la no consideración del contexto familiar de los pacientes con enfermedades psicosomáticas, refiere que estas familias son restringentes, disponen de normas, reglas y transacciones que, de modo inconsciente, limitan el despliegue de la personalidad de sus miembros más jóvenes, recibiendo con tácita desaprobación a aquel que intente trasgredir estas reglas, anulándose y sometiéndose mutuamente, de manera que la tonalidad del grupo es apagada, sorda e inexpresiva, se evitan cuidadosamente los argumentos, las emociones y la rabia, es decir, si hay una percepción consciente del dolor, de la ausencia de la armonía, pero existe algo así como un acuerdo tácito de no mencionarlas. Por otro lado, cuestiona que trastornos afectivos, tal como la alexitimia, no corresponda a una particular estructura de personalidad, ni un modo de enfermar, sino que surge en un contexto sociocultural en el cual se privilegia el valor informacional y no el valor emocional de la comunicación.

3.4 Familia, Salud y Alimentación

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), uno de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud. La familia en el proceso salud-enfermedad puede contribuir al mantenimiento de la salud siendo un espacio de aprendizaje y grupo donde se forman hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos protectores de salud. La familia, también puede favorecer la rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud y facilitar el cumplimiento del tratamiento terapéutico, así como brindar apoyo y seguridad en la evolución del enfermo. La salud familiar puede considerarse determinada por la capacidad de la familia de cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis familiares ante las variaciones que pueden sucederse en el medio interno o externo.

De manera que las instituciones del ámbito social han concentrado sus esfuerzos en los últimos años, por generar intervenciones focalizadas en la familia como unidad básica de la sociedad. De esta forma, diversos programas y proyectos se benefician al obtener una visión más contextualizada e integral del ser humano y sus problemáticas, dejando atrás el conocimiento aislado y fragmentario (Weinreich & Hidalgo, 2004)

La familia es más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes y contribuya a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida (Ortiz, 1999).

Para tal efecto, Onnis (1996), establece que la familia es un contexto primario de aprendizaje y experiencia, terreno en el que se desarrollan o en el que fracasan tanto los movimientos de individuación y de diferenciación como los procesos de adquisición de la identidad. Y es en la familia donde pueden instaurarse más fácilmente aquellas marañas relacionales, aquellas distorsiones comunicativas, aquellas influencias emocionales que vinculan circularmente al paciente y a su

síntoma con el sistema familiar. Así el síntoma si bien es físico, adquiere un significado simbólico, que va más allá del símbolo individual para convertirse en metáfora familiar.

En otras investigaciones, se ha observado que existe una relación entre el funcionamiento familiar con el desarrollo de enfermedades (Segrin, 2006) y la aparición de síntomas somáticos (Rivero-Lazcano, Martínez-Pampliega & Iraurgi, 2011).

Una familia que cumple adecuadamente sus funciones de protección y cuidado fomenta el desarrollo de competencias en sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas de salud. Las investigaciones que evalúan a la familia en el proceso salud-enfermedad se dirige, principalmente, a dar a conocer estudios e investigaciones que demuestran la importancia del funcionamiento familiar en las diversas manifestaciones de este proceso. Las investigaciones apuntan a evidenciar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial. De este modo, la disfuncionalidad familiar estaría relacionada con la emergencia de trastornos de salud física y mental, lo que se observa en la influencia que ejercen las relaciones conflictivas entre los padres sobre las conductas de riesgo de sus hijos (Fisher & Ranson, 1995; Weinreich & Hidalgo, 2004).

Al ser la familia uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida, cuando su funcionamiento se ve alterado debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con un padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno) (López, Barrera, Cortés, Guines & Jaime, 2011).

Para explicar la aparición de síntomas somáticos, Rivero-Lazcano et al. (2011) estudian el papel de variables familiares (cohesión, adaptabilidad y satisfacción), en

la relación de la comunicación con síntomas psicósomáticos. Basados en el Modelo Circumplejo que incluye tres dimensiones: la cohesión, adaptabilidad y comunicación. Se define la cohesión familiar como el vínculo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí, la adaptabilidad familiar como la cantidad de cambio en el liderazgo, en las relaciones de roles y en las reglas dentro de las relaciones de un sistema marital o familiar; en tanto que la comunicación es considerada como facilitadora del cambio en las otras dos dimensiones. De acuerdo a sus resultados, las habilidades de comunicación positivas (empatía, escucha reflexiva, frases de apoyo, mensajes claros y congruentes y habilidades efectivas de resolución de problemas) permiten a las familias compartir entre ellos sus necesidades en relación con la cohesión y la adaptabilidad.

Atendiendo a estas consideraciones, y basados en el Modelo de los Patrones de Comunicación Familiar, Koerner y Fitzpatrick (2002) describen las tendencias de las familias a desarrollar modos de comunicación estables y predecibles definidos según la orientación a la conversación. Para llevarlo a cabo, evaluaron a 429 estudiantes universitarios, con un rango de edad situado entre 18 y 25 años ($M=20.5$) con una muestra conformada mayoritariamente por mujeres (73.6%). Encontraron que un funcionamiento familiar central, en el que hay un equilibrio en el nivel de cercanía de las personas (cohesión) y en su nivel de adaptación a los cambios (adaptabilidad) se asocia con mayor satisfacción con la vida familiar y menos síntomas físicos. Lo mismo sucede en el caso de las familias que están abiertas a las conversaciones y en las que los miembros sienten libertad para expresarse. Contrariamente, aquéllas familias en las que sus miembros tienden a una mayor homogeneidad en sus creencias, valores y actitudes, la satisfacción es menor y por lo tanto un mayor número de síntomas. Lo que el estudio refleja es que el funcionamiento y la comunicación familiar tienen un efecto en los síntomas psicósomáticos, tomando en cuenta el papel de la satisfacción que los hijos sienten en sus familias.

Hay considerable evidencia que señala la importancia de los factores de la vida temprana influyen en el desarrollo de enfermedades como la obesidad en niños y adultos, sin embargo, la familia como unidad contextual en este problema, es poco estudiada (Gonzalez et al., 2012). Algunas de las investigaciones relacionadas con la familia, reportan que los estresores psicosociales en el entorno familiar, como los problemas económicos, la depresión materna, la angustia y el abandono, se han asociado con la obesidad infantil (Halliday, Palma, Mellor, Green & Renzaho, 2014), así como la dispersión, el caos y el aglutinamiento familiar se relacionan con una mayor prevalencia de obesidad en las mujeres (Jaramillo-Sánchez, Espinosa de Santillana & Espíndola-Jaramillo, 2012).

Con base en lo expuesto, la forma en que se relaciona el funcionamiento familiar con la ingesta puede ocasionar problemas en la conducta alimentaria, tal y como lo reportan Ruiz-Martínez et al. (2010), en su investigación para analizar los aspectos del funcionamiento familiar que explican el riesgo y la protección de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA): anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificados (TCANE). Participaron 70 mujeres con TCA (16 con AN, 24 con BN, y 30 TCANE) y 30 mujeres sin TCA, con un promedio de edad de 18 años. Todas fueron entrevistadas para su diagnóstico y además contestaron a 3 cuestionarios: FES de ambiente familiar; EAT-40; y BULIT, para evaluar sintomatología. Concluyen que los factores familiares son el primer grupo que trasmite creencias, actitudes y modela conductas relacionadas a los alimentos que acompañarán al individuo, a lo largo de su vida. Encuentran que a mayores síntomas bulímicos menor expresión en la familia, en cuanto al grupo de TCANE, las participantes de este grupo percibieron a sus familias con menor integración, más distantes y que no se apoyan entre sí, contrario a lo esperado, ello trae una menor posibilidad de situaciones problemáticas o conflictos. Asimismo, se encontró que la expresión emocional en todos los grupos, actuó como el factor más importante, que explica el riesgo de trastorno de comportamiento alimentario, lo que sugiere que al dejar de compartir emociones y sentimientos dentro de estas familias, se dejan al descubierto necesidades básicas de aceptación

y afecto. Señalan que cuando la familia pone énfasis en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales, se genera un factor de protección para la aparición de algún trastorno del comportamiento alimentario (Ruiz-Martínez et al., 2010).

Los problemas relacionados con la conducta alimentaria, específicamente sobrepeso y obesidad, son un problema de salud pública que afecta a un porcentaje elevado de la población y que se observa claramente en las familias mexicanas. Su importancia se percibe en los esfuerzos institucionales al analizar todos los factores que afectan a su desarrollo y mantenimiento; enfocándose principalmente en prevenirla. Hasta ahora, las investigaciones se han centrado de forma mayoritaria en el estudio de la etiología y el tratamiento de la obesidad a partir de un abordaje individual, especialmente en lo que hace referencia a los problemas psicosociales, justificándolos como consecuencia de la propia obesidad. De forma que se centran poco en el impacto que tienen los antecedentes familiares, no sólo de obesidad, sino de psicopatología en las generaciones antecedentes (padres y abuelos). Así, cuando el médico trata la obesidad, inmediatamente se ve confrontado a un sistema familiar cuya economía se organiza mediante la integración de la obesidad del hijo en procesos complejos cuyo esclarecimiento es delicado y que actúan en el sentido de permanencia de cierto tipo de relaciones familiares en las que el obeso –en nombre de su obesidad- juega un papel particular. La obesidad es en sí una respuesta específica a dificultades del desarrollo, a conflictos psíquicos subyacentes, a interacciones padres-hijos, que no tienen nada de específicas y pueden dar lugar a otras manifestaciones psicopatológicas o psicosomáticas. Consecuentemente, se considera relevante entender el concepto de obesidad, no como un síntoma individual que padece una persona de forma aislada, sino integrarlo como un proceso en donde la familia tiene un peso importante tanto por su etiología como por su posterior tratamiento (Sibel, Quiles, Barris, Bassas & Tomás, 2001).

ESTILO DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud (2011) considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas.

Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo (OMS, 2011).

4.1 Estilo de vida y salud

En la actualidad, se ha generado un cambio en los patrones de mortalidad en las sociedades desarrolladas. Las enfermedades infecciosas han cedido su protagonismo, respecto a la morbilidad y mortalidad, a las crónicas y a las suscitadas por comportamientos inadecuados. Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce la conducta, los estados psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre la salud. Tener buena salud depende en gran medida de comportamientos tales como realizar hábitos saludables, buscar cuidados médicos u obedecer las recomendaciones de los médicos (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2004).

La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud.

De acuerdo a Elliot (1993) se caracteriza por:

- a. Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes.
- b. Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, creación de hábitos.
- c. Asociación y combinación entre conductas de forma consistente.

Desde planteamientos ecosistémicos, el ser humano es un sistema en el que todos sus componentes biológicos, neurológicos, psicológicos, ambientales y educativos, interactúan como un todo. No se puede decir que las capacidades sean fruto de un determinismo genético ni tampoco que se deban exclusivamente al ambiente, sino a la interacción entre predisposiciones, rasgos personales, condiciones ambientales e influencias educativas. Incluso personas que han llegado a altos niveles de expresión creativa deben su éxito al conjunto de factores de índole biopsicológica, sociocultural y educativa (Csikszentmihalyi, 1998).

En la Figura 2 se muestra un modelo ecológico que explica la interdependencia de los factores que intervienen en la formación del estilo de vida.

Modelo Ecológico de estilo de vida y salud

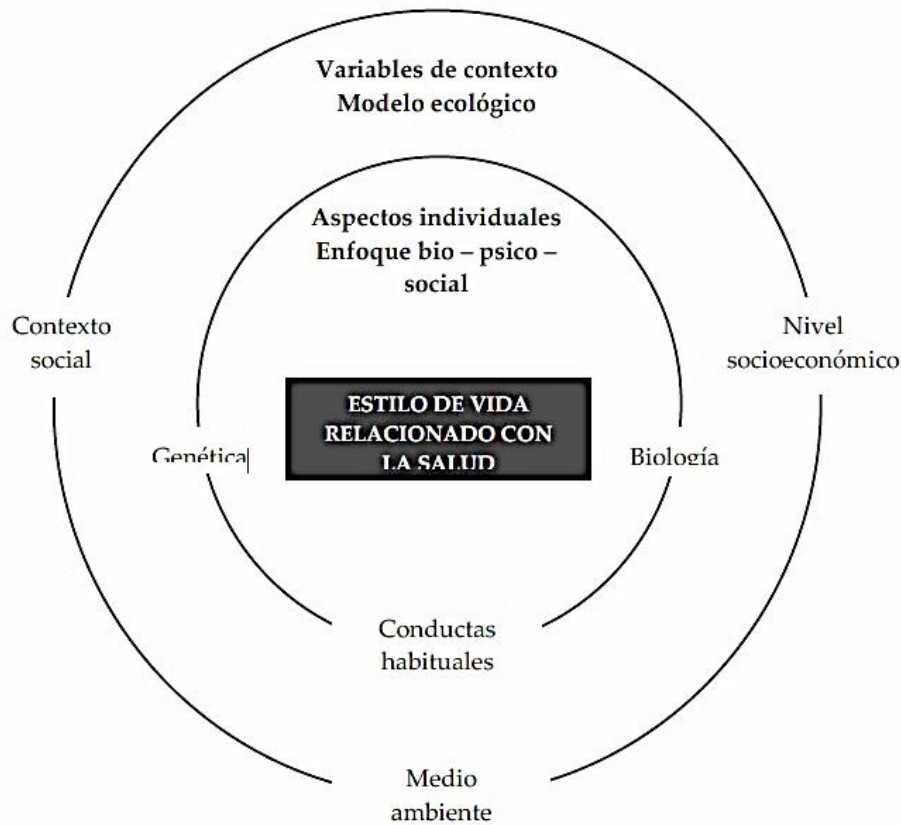


Figura 2 Modelo Ecológico sobre estilo de vida relacionado con la salud (Lema, Salazar et al., 2009).

Cuando el campo se delimita a la salud, las pruebas empíricas acumuladas en el tema permiten afirmar que son las conductas las que tienen un impacto muy importante, en la medida que, su presencia o ausencia, puede constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo, según sea el caso.

Dentro de los patrones de comportamiento que conforman los estilos de vida se incluyen prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí (Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio & Botero, 2009).

El estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir, con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel biopsicosocial. Por su parte, el estilo de vida de riesgo se entiende como el conjunto de patrones conductuales, incluyendo tanto conductas activas como pasivas, que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico y que acarrearán directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen seriamente aspectos del desarrollo del individuo (José et al., 2004).

El tiempo de sueño, los hábitos alimentarios, el manejo de la alimentación y el peso corporal, la recreación, la actividad física, la abstención o consumo de alcohol, de tabaco y de drogas recreativas, el sexo seguro y protegido, el cepillado de dientes, la vacunación, la adopción de medidas de tamizaje para la detección temprana de enfermedades, entre otros comportamientos, hacen a las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener su estado de salud. Por tanto, intervenir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Se trata de un término que atañe a pautas comportamentales, es decir, a formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que cuando se constituyen en el modo habitual de responder ante una situación se pueden entender como hábito, permitiendo entender la relación directa que se establece entre la forma y el estilo de vivir con aspectos de la salud (Sanabría, González & Urrego, 2007).

No obstante, las personas que tienen comportamientos no saludables que son estables en el tiempo, tales como, el desequilibrio en la dieta, el sedentarismo, el consumo de tabaco y de alcohol, no dormir el tiempo necesario o llevar a cabo comportamientos inseguros, tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, comparadas con aquellas personas que no incluyen estas prácticas en su estilo de vida (Lema et al., 2009).

De esta manera, la intervención preventiva define en gran medida las proporciones de reducción de los problemas de salud, y la educación se ha concebido como una de las respuestas más optimistas para lograr un acceso oportuno a la población, la propia educación de la salud debe concebirse como algo más que la mera impartición institucional de conocimientos o de mensajes preventivos, cuyos efectos han mostrado tener una eficacia dudosa. No tenemos por qué suponer que los factores que propicien o dificulten el que un paciente se ajuste a su régimen terapéutico, sean diferentes a los factores que afectan las probabilidades de que un individuo sano se ajuste o adapte a una constelación de acciones que conformen un estilo de vida más cercano al que permitiría conservar la salud, e incluso promoverla (Puente, 1985).

Los pocos instrumentos disponibles para medir el estilo de vida son de tipo genérico, es decir, contruidos para aplicarse a población general y no a personas con enfermedades específicas (López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma & Munguía-Miranda, 2003).

4.2 Estilo de vida y alimentación

Los primeros estudios sobre el estilo de vida relacionados con la alimentación, se originaron en el Centro de investigación sobre relaciones con los consumidores y la industria de la alimentación [MAPP Instituto en Dinamarca] a principios de 1990. Basados en la teoría de la cadena de medios y fines, Bech-Larsen, Nielsen, Grunert y Sorensen (1996) explican el comportamiento hacia la compra de alimentos a través del estilo de vida en la alimentación, estableciendo la importancia del comportamiento consumista de la comida, métodos de preparación de los alimentos, motivos de compra, calidad y situaciones de consumo. Desarrollan un instrumento que evalúa el estilo de vida relacionada con la comida y lo validan interculturalmente en Dinamarca, Francia, Alemania y el Reino Unido (Brunso & Grunert, 1995).

Con la evidencia anterior, la pregunta que surge es ¿el estilo de vida constituye un hecho individual o social? Lo que caracteriza al estilo de vida, como forma moderna, es la iniciativa, por parte del individuo, de recrear su propio estilo personal y diferenciado, en lugar de aceptar acrítica y pasivamente el existente con el fin de garantizar su pertenencia al grupo.

En este sentido, si se entiende el estilo de vida como un constructo que agrupa las formas de pensar, sentir y actuar de un colectivo concreto, perteneciente a un entorno específico, además de un conjunto de hábitos, pautas y actividades que sirven para diferenciar y diferenciarse de otros colectivos sociales. Se estaría ante un conjunto de prácticas que determinan lo propio y reconocible (y por tanto observable) elegido intencionalmente, de prácticas coparticipadas que poseen, asimismo, la capacidad estructuradora y organizativa de la mayor parte de la vida cotidiana de un grupo específico de individuos (Rodríguez & Agulló, 1999).

Campos (2009) señala que el estilo de vida no puede formarse espontáneamente, sino como decisiones conscientes de los hombres y producto de los factores personales, ambientales y sociales que convergen no solo del presente, sino de la historia interpersonal, y que al mismo tiempo puede favorecer la consolidación de algunos altos valores, y aún más, su difusión social. El estilo de vida es un aspecto de la actividad vital diaria de la persona que indica la línea y orientación de la conducta y el razonamiento de la personalidad; en él están reflejados los hábitos estables, las costumbres, los conocimientos, así como los valores, aspiraciones y también los riesgos en sus conductas; que conociendo sirve para influir y optimizar el desarrollo de las personas.

El estilo de vida se conforma a lo largo de la historia de vida del individuo, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales. La alimentación como parte esencial del estilo de vida no queda excluida. Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales

promovidos en los medios de difusión o comunicación social. El estilo de vida se puede formar no sólo espontáneamente, sino también como resultado de las decisiones conscientes de quienes aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad. Puede favorecer al mismo tiempo la consolidación de algunos valores y, aún más, su difusión social. Representa así mismo un producto complejo, fruto de factores personales, ambientales y sociales, que convergen no sólo del presente, sino también de la historia interpersonal. Una de las razones por las que las personas no adoptan estilos de vida saludable, es el carácter placentero y la inmediatez de los efectos de las conductas no saludables (Sanabria et al., 2007).

Existe en la sociedad y entre profesionales de la salud, una preocupación debida a la influencia que las sociedades desarrolladas tienen en la salud, como resultado de una forma de vida que impone cambios en la alimentación. El estilo de vida poco saludable y sedentario, resultado de un conjunto de factores, es considerado, por sus repercusiones sobre la salud, la epidemia del siglo XXI, siendo actualmente centro de atención internacional de las políticas sanitarias y educativas, puesto que constituye una de las principales causas de muerte y disminución de la calidad de vida en todo el mundo desarrollado (Nuviola, Grao, Fernández, Alda, Burgues & Jaume, 2009).

Si bien es sabido que la modificación de comportamientos no saludables, es la clave para tener un buen estilo de vida, existen una serie de problemáticas que interfieren para que no pueda llevarse a cabo de manera óptima, Roux (1994) menciona las siguientes:

a) Muchas de las conductas saludables son menos placenteras que las no saludables lo que probablemente termine en un conflicto para el individuo, optando hacer promesas de cambio en un futuro y por ende seguir disfrutando de lo que considera más placentero.

b) Adoptar un estilo de vida de bienestar puede requerir de cambios en las conductas que son muy habituales y que se relacionan con adicciones.

c) Ocasionalmente los individuos no se sienten motivados en cambiar su estilo de vida, debido a que las consecuencias positivas de la conducta saludable no son inmediatas y las consecuencias negativas de no practicarlas, como la generación de enfermedades, puede ser que no se materialice o que tarde mucho para ello.

Progresivamente se ha ido estableciendo la gran importancia que tiene el estilo de vida en el desarrollo y en el curso de padecimientos donde el común denominador: se deriva principalmente de las prácticas comunes de la vida cotidiana: en la casa, en el trabajo, en la escuela, en las reuniones sociales, etc., es decir, del estilo de vida del individuo, la familia o la institución. Cuando un estilo de vida no es congruente con las demandas ambientales, personales y sociales del ser humano, se inicia un proceso de deterioro que progresivamente se generaliza y que habitualmente culmina en el desarrollo de problemas de salud mental que afectan, a su vez, todo el funcionamiento humano, cerrando así un círculo vicioso que tiende a automantenerse (Puente, 1985).

Las actitudes y pautas se encuentran fuertemente relacionados con el estilo de vida, una actitud puede dificultar o mejorar una conducta en el ámbito de la salud. Basta con observar que los alimentos apetecibles, generalmente, son de alto contenido en grasa y azúcar, y el sedentarismo comparado con el ejercicio físico es más conveniente. Por lo anterior se observa que el principal impedimento para mantener un estilo de vida saludable son las consecuencias a corto plazo. Muchas de las conductas alimentarias perjudiciales a la salud, llevan regularmente una gratificación positiva inmediata, por el contrario los hábitos saludables, suponen una demora a la gratificación, por lo tanto cuando ambas conductas se contradicen, existe una menor probabilidad de ocurrencia de hábitos saludables (Amigo, Fernández & Pérez, 1998).

Por otro lado Cardoso (2006) refiere que en enfermedades crónicas, en donde el principal factor de cambio debe ser la alimentación, se culpa a la persona enferma por no cumplir el tratamiento prescrito, llegándolo a calificar como desobediente, negligente, necio o irracional. De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (2003), refiere que los equipos de atención sanitaria están fracasando en cuanto al apoyo a la modificación del comportamiento de los pacientes, quehacer para el cual no han sido capacitados. Además, los sistemas de salud no permiten que los profesionales sanitarios propicien, promuevan y fortalezcan los cambios de comportamiento de los pacientes, función para la cual no han sido planeados.

De acuerdo a Harris (2004) los estilos de vida son pautas de pensamiento y conducta los cuales son difíciles de modificar porque son producto de las enseñanzas culturales en las que fue formada una persona, por tanto, permanecen a lo largo de su vida debido a que configuran y establecen su comportamiento.

Los estilos de vida no saludables que son modificables por la conducta, como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, que constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer. El desarrollo científico-técnico ha permitido el mejoramiento de las condiciones de vida, la humanización de las condiciones de trabajo y la facilitación de las tareas domésticas. Este hecho, unido a la existencia de insuficientes políticas de salud en función de los cambios enunciados, ha propiciado el incremento del sedentarismo. Diversos factores condicionan la alimentación, como el aspecto físico de los alimentos, los factores psíquicos del individuo, la dimensión social y antropológica, la religión, los factores económicos, el hábitat, el nivel de instrucción y socioeconómico y la red de comercialización del alimento (Quirantes, López, Hernández & Pérez, 2009).

El repertorio de conductas saludables de una persona también se encuentran en función de factores emocionales y cognitivos (determinantes psicológicos). Los

estados y necesidades emocionales pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud. Niveles altos de estrés emocional no ayudan a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. Los estados emocionales negativos aparentemente interfieren con las conductas saludables, aunque el estrés emocional puede también conducir a buscar atención médica. En términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales (diabetes, sobrepeso, obesidad) guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (Becoña et al., 2004).

La alimentación a diferencia de otras necesidades fisiológicas requiere una constante toma de decisiones. La evidencia científica, señala que el bienestar de las personas con su alimentación se relaciona con las preferencias hacia alimentos hedónicos (deseo de consumir alimentos sabrosos), más que con motivos nutricionales (necesidades de energía y nutrientes tales como grasas, proteínas, hidratos de carbono, minerales, oligoelementos, vitaminas) o motivos de salud (alimentación sana, incluido el consumo de alimentos con un nivel bajo de calorías) (Schnettler, Miranda, Sepúlveda & Denegri, 2011). También en la elección de los alimentos dentro del estilo de vida influyen: las características del lugar donde se come (Liu, Han & Cohen, 2015), el acceso a los alimentos convenientes (Painter, Wansink, & Hieggelke, 2002) y la publicidad (Kemp, Bui & Grier, 2011).

De acuerdo a Wansink (2006) las personas no comen en exceso por hambre sino debido a diversos factores: la presencia de familia y amigos (comer en compañía de más de 6 personas hace que se consuma hasta un 96% más que cuando se come solo), nombres de platillos, números, etiquetas y luces, colores, formas y olores, distracciones, distancias, contenedores, etc. Pero uno de los principales factores

que influyen en la elección y consumo de alimentos, es el estado de ánimo, de tal forma que las emociones tienen un papel de desahogo en la comida. Wansink señala que una persona promedio toma alrededor de 250 decisiones al día respecto a la comida, pero de estas, más de 200 no pueden ser explicadas por el comensal. Describe que los hombres prefieren *alimentos de la comodidad* (como la carne, pasta, pizza, hamburguesas porque hacen que se sientan especiales y bien cuidados), las mujeres, por otro lado, prefieren *los productos de aperitivo*, (como las galletas, el chocolate y los helados).

Es entonces posible que las emociones influyan en el estilo de vida alimentario y aún más determinante, suponer que existe un bagaje de emociones (positivas y negativas) que influyen de diferente manera en la elección de los alimentos, por lo que es necesario prescindir de su estudio. Tal es el caso la investigación realizada por Van Strien, Donker y Ouwens (2016) en mujeres con obesidad, encontrando así que las emociones negativas y positivas determinan la elección de los alimentos en función del deseo hacia los alimentos, además, los autores resaltan la importancia de la emoción negativa sobre el deseo por comer.

En relación con las implicaciones del estilo de vida, y conociendo los factores que influyen en la elección de alimentos, resulta claro el conocer las consecuencias a la salud derivadas de este proceso: sobrepeso y obesidad.

CAPÍTULO V

OBESIDAD

En la década de los setenta, Omran, de la Universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos de América propuso la teoría de la transición epidemiológica, en la cual analiza los cambios de mortalidad y morbilidad que presentan diversas poblaciones y analiza sus determinantes. Entre los cambios que se presentaron en los problemas de salud en los últimos 100 años, Omran detectó que conforme disminuían las enfermedades infectocontagiosas, asociadas con una mala higiene y una deficiente alimentación, aumentaban las crónicas, asociadas con la dieta y los estilos de vida, a las que denominó “enfermedades hechas por el hombre” (Barquera, 2005).

La obesidad es una enfermedad crónico-degenerativa incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no está catalogada como un trastorno de la conducta alimentaria para el DSM-5 debido a que el correlato psicológico no es causal suficiente (Hernández, 2010).

Se define como el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal, se considera una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2010).

Considerada como una epidemia global, constituye el trastorno metabólico más frecuente, así como la principal enfermedad no declarable. La prevalencia en los países desarrollados se ha triplicado en los últimos 15 años. El problema sanitario derivado de la obesidad es muy grave, por lo que está plenamente justificado el calificativo de la OMS y del Grupo Internacional de Trabajo para la Obesidad (IOTF) de "Epidemia del siglo XXI" que declaran en más de mil millones, el número de personas que padecen sobrepeso y en unos 300 millones el número de obesos. Ninguna otra enfermedad alcanza esta magnitud en el mundo. Se reconoce como

un importante problema nutricional y de salud en la mayoría de los países industrializados. También en los países con economías en transición, e incluso en determinadas áreas urbanas de los países en desarrollo, el aumento progresivo de la obesidad se ha descrito como un problema emergente en los últimos años (Quirantes et al., 2009).

5.1 Índice de Masa Corporal

La medición más utilizada para determinar el estado nutricional en que se encuentra una persona es el IMC que se obtiene al dividir el peso de la persona entre la talla (estatura), elevada al cuadrado, es decir: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla, al cuadrado (m}^2\text{)}$. Así, el peso ideal se determina con un IMC igual o menos a 25 kg/m², de 25 a 30 kg/m² implica sobrepeso e igual o mayor a 30 kg/m² se diagnostica como obesidad (Díaz-Villaseñor, 2011).

El IMC proporciona la medida más útil de evaluación en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades.

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud (2011) es la siguiente:

- Un Índice de Masa Corporal igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un Índice de Masa Corporal igual o superior a 30 determina obesidad.

Sin embargo, Vargas y Casillas (1993) realizan un ajuste a los parámetros establecidos por la OMS y clasifican a la población mexicana con los siguientes indicadores:

Bajo peso de 15 a 18.9.

Normopeso de 19 a 24.9.

Sobrepeso de 25 a 29.9.

Obesidad mayor o igual a 30.

La limitación del IMC, como la de la relación entre edad, sexo, peso y altura, está condicionada por el hecho de que no informa sobre los cambios en las proporciones de masa grasa y masa magra, sino que únicamente refleja cambios globales de la masa corporal. Sin embargo, los datos muestran una excelente correlación entre el

IMC y el contenido graso corporal total evaluado mediante valores pronósticos del IMC durante la infancia y adolescencia en relación con el desarrollo de obesidad en la edad adulta (Vallés, Yuste & Carrascosa, 2013)

5.2 Prevalencia de obesidad

De acuerdo a la Secretaría de Salud, México ocupa el primer lugar entre los miembros de la Organización y Desarrollo Económico (OCDE), con mayor población infantil obesa, ya que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) cuenta con 52.2 millones de personas con sobrepeso y obesidad (INSP, 2011).

Asimismo, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ([ENSANUT] INSP, 2012) se entrevistó a 46 303 adultos de 20 años o más, con un promedio de 42 años, que representa al total de 69 889 616 de individuos en el país (61.9% del total de los estimados para la población del país en 2012), de los que 47.3% fueron hombres y 52.7% mujeres. Por sexo, la edad promedio fue 41.8 años para los hombres y 42.1 para las mujeres. Los resultados de la encuesta indican que el aumento en la prevalencia de obesidad en México se encuentra entre los más rápidos documentados en el plano mundial, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue 71.3% (sobrepeso 38.8% y obesidad 32.4%). La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.9%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.6% y en las mujeres fue de 35.5%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%). El grupo de edad que presentó la mayor prevalencia de obesidad es el de los adultos de 40 a 49 años (40.5%), sin embargo en los grados más altos de obesidad (grado II y III) se observó una mayor prevalencia en los adultos de 50 a 59 años (14.3%). El grupo con mayor prevalencia de índice de masa corporal normal fue el de los adultos de 20 a 29 años (43%).

De acuerdo al análisis realizado por Barquera, Campos-Nonato, Hernández-Barrera, Pedroza-Tobías y Rivera-Dommarco (2013), la tendencia en los últimos 12 años (2000 a 2012), basada en las tres últimas encuestas nacionales (ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012) muestra que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos aumentó 15.4%. La información detallada se presenta en la figura 3.

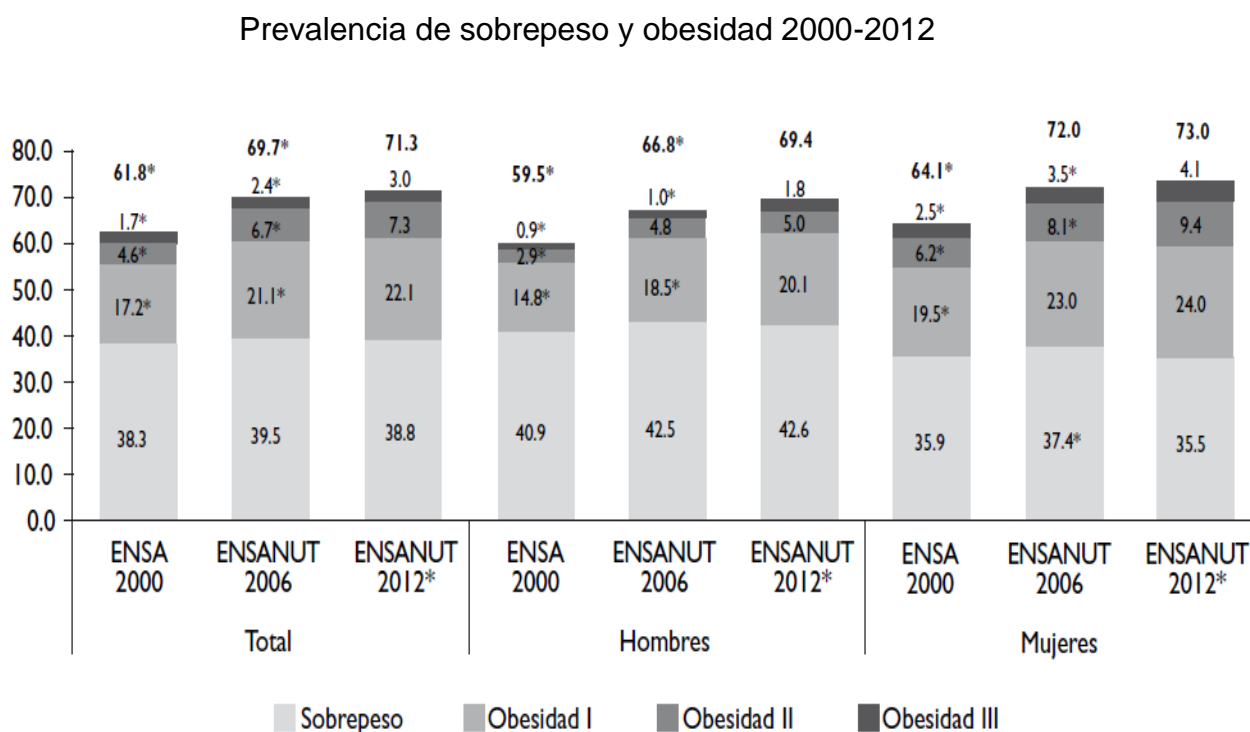


Figura 3 Tendencia en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 años o más participantes en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 Y ENSANUT 2012, México.

Comorbilidad

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes,

el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (OMS, 2011).

La obesidad ha dejado de ser sólo una preocupación estética y un asunto privado para convertirse en un problema de salud pública, debido al incremento de padecimientos asociados con el exceso de peso. Se manifiesta por la acumulación de exceso de grasa corporal, con complicaciones para la salud de las personas. La cantidad de grasa acumulada de manera excesiva en el cuerpo, su distribución dentro del organismo y las enfermedades asociadas con esta condición, varía entre los individuos obesos, por lo que existen diferentes grados de obesidad. Algunas enfermedades relacionadas con la obesidad son: diabetes tipo 2, padecimientos cardiovasculares, como hipertensión o infartos cardiacos, algunos tipos de cáncer, enfermedades de la vesícula, depresión, desórdenes músculo-esqueléticos y síntomas respiratorios, entre otros.

La obesidad, considerada como enfermedad crónica, compleja y multifactorial, suele iniciarse en la infancia–adolescencia, y tiene su origen en una interacción entre factores genéticos y ambientales o conductuales (Villagran, Rodríguez-Martín, Novalbos, Martínez & Lechuga, 2010).

Causas

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización (Reséndiz, Aguilera & Rocher ,2010).

El balance energético depende de variables disímiles como la constitución genética, el nivel de actividad física y la actividad metabólica. Si se consumen demasiadas calorías, la formación de adipocitos se incrementa. En este tenor, una sugerente exégesis plantea que el peso corporal depende del equilibrio entre consumo y gasto

energético así como de un gen implicado: el gen OB. Este gen es responsable de la producción de leptina en los adipositos, hormona que decreta el apetito y estimula el metabolismo. Si las personas obesas tienen altos niveles de leptina por su elevada proporción de grasas, entonces se espera que decreta el apetito y acelere el metabolismo sin embargo, ocurre lo contrario, lo que ha llevado a los investigadores a concluir que las personas obesas son leptino-resistentes, es decir, tienen una deficiencia en los receptores de leptina (LaFontaine & Roitman, 2005).

Se reconoce que aunque en los determinantes de la obesidad actúan factores genéticos, ésta es producida fundamentalmente por factores ambientales como el desequilibrio entre el ingreso y el gasto de energía. El 95% de los casos de obesidad tienen en su desarrollo, un claro componente ambiental vinculado al sedentarismo y a malos hábitos alimentarios, así como una asociación positiva del IMC con el sedentarismo, o bien, asociaciones inversas con la práctica de ejercicio. También se observa un aumento lineal del IMC y la prevalencia de sobrepeso, con el consumo de alcohol (Reséndiz et al., 2010).

Según su origen, la obesidad se puede clasificar en endógena y exógena. La endógena es la menos frecuente de estos dos tipos, pues sólo entre un 5 y un 10% de los obesos la presentan, este tipo de obesidad es debida a problemas provocados a la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (hipotiroidismo), el síndrome de Cushing (glándulas suprarrenales), diabetes mellitus (problemas con la insulina), el síndrome de ovario poliquístico o el hipogonadismo, entre otros, esta es un tipo de obesidad causada por problemas internos, debido a ellos las personas no pueden perder peso (incluso lo aumentan) aún llevando una alimentación adecuada y realizando actividad física. En cambio la obesidad exógena es aquella que se debe a un exceso en la alimentación o a determinados hábitos sedentarios, en otras palabras, la obesidad exógena es la más común y no es causada por ninguna enfermedad o alteración propia del organismo, sino que es provocada por los hábitos de cada persona (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2010).

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y a la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, agricultura, transporte, planeamiento urbano, medio ambiente, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos y educación (OMS, 2011).

Son numerosos los estudios que establecen la relación entre estilos de vida del entorno familiar con la obesidad infantil, constatándose la existencia de estilos de vida similares entre padres e hijos. En familias con malos hábitos alimentarios, la relación existente entre la ingesta de grasas y el IMC de los padres con la obesidad de los hijos, puede ser un indicador de la influencia familiar en el estado nutricional del niño. Estas similitudes familiares en los hábitos alimentarios pueden explicar parcialmente modelos familiares y tendencias de obesidad que persisten en adultos en un 30-60% de los casos. De forma significativa destaca la influencia de la obesidad materna, correlacionándose positivamente con el mayor consumo de grasa de los hijos (Villagrán et al., 2010).

Es una enfermedad compleja, con serias dimensiones psicológicas y sociales que afectan a individuos de todas las edades y niveles socioeconómicos. El análisis de los estilos de vida sedentarios revela que éstos guardan estrecha relación con la enfermedad. La etiopatogenia apunta principalmente hacia factores sociales o medioambientales. Por ejemplo, ver televisión en exceso se ha asociado con obesidad y desarrollo de diabetes mellitus, así como bajo nivel de actividad física, y alto consumo de alimentos procesados de elevado contenido calórico (OMS, 2011).

Tratamiento

Los cambios demográficos y culturales afectan el comportamiento de las personas de diversas formas. El esclarecimiento del papel e influencia de estos factores es fundamental para desarrollar estrategias preventivas efectivas y coherentes.

La inexistencia o insuficiencia de políticas de salud encaminadas a la prevención del sobrepeso corporal y la obesidad, incluso en países con gran desarrollo en salud, puede ocurrir debido a varios factores. La obesidad no es vista como una enfermedad por muchos pacientes, es desdeñosamente considerada por sectores profesionales de la salud y no se integra programas de salud en la mayoría de los gobiernos, entre otras razones debido a que no se presenta como una urgencia médica. La sociedad manifiesta actitudes discriminatorias hacia los obesos, hacia los profesionales que los atienden y hacia los recursos terapéuticos empleados en su atención (Quirantes et al., 2009).

Sin embargo aunque los programas destinados al control de la obesidad se sustentan fundamentalmente en estrategias provenientes de la teoría del aprendizaje y utilizan refuerzos para modificar la conducta, los resultados, en todo el mundo, han sido bastante desalentadores. Aproximadamente un 80% de los pacientes tratados tienden a recuperar el peso durante el primer año después del tratamiento. El fracaso de los programas basados en el enfoque conductista ha llevado a plantear nuevas teorías que proporcionen un mejor modelo para entender la obesidad (Sánchez & Pontes, 2012).

5.3 Obesidad y emociones

Se sabe que las emociones tienen un efecto poderoso sobre la elección de alimentos y sobre los hábitos alimentarios, la influencia de las emociones sobre la conducta alimentaria es más fuerte en las personas obesas que en las no obesas y en personas que hacen dieta en relación a las personas que no hacen dieta. La emoción en sí misma no puede ser responsable de excesiva ingesta sino más bien, la verdadera causante del sobrepeso, es la forma en que la emoción es afrontada por la persona. Solamente al conocer los factores emocionales se puede reforzar los hábitos saludables que permitan controlar el peso (Sánchez & Pontes, 2012).

Por ello, Tapia y Ornstein (2006), consideran que es necesario obtener un perfil psicológico de las personas con obesidad, y se dan a la tarea de evaluarlos por medio del Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1996), la escala de Alexitimia de Toronto (Bagby et al., 1994) y el Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (Butch, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989), el Test de Rorschach (Rorschach, 1921) y una encuesta para determinar: edad, índice de masa corporal, motivación para el tratamiento y presencia de atracones.

Los resultados indican que casi un tercio de las pacientes presentaba comilonas frecuentes sugerentes de un trastorno por atracón [*BED* por sus siglas en inglés]. La presencia de depresión en al menos el 39,3% de las pacientes, coincide con el elevado promedio de la escala de depresión en el MMPI que sugiere la presencia de depresión clínicamente significativa en este grupo de pacientes. El 63,6% de la muestra tenía niveles de alexitimia moderados o altos. En el test de Rorschach el difícil control de los impulsos, con escasa tolerancia de la angustia y la frustración, elevados niveles de ansiedad y angustia destructiva, autoestima lábil y dependencia de la imagen que los otros le reflejan, generando relaciones altamente demandantes, estos resultados, podrían ser un perfil inefectivo en un programa de tratamiento basado sólo en el refuerzo.

Se aprecia alexitimia en un 42,9% de las personas que padecen obesidad. Este rasgo, puede correlacionarse con otras características tales como anhedonia, locus de control externo, impulsividad y dependencia interpersonal. Se observa un mayor nivel de anhedonia en personas con obesidad extrema, en parte provocada por las limitaciones vocacionales que causa la obesidad, por motivos de salud y por la discriminación social. Se percibe un aumento de la capacidad para disfrutar de determinados aspectos de la vida con la pérdida de peso. Se menciona la presencia de locus de control externo, por lo que la persona con obesidad, en ocasiones, percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento es externo a él. Todo ocurre como resultado del azar, del destino, la suerte o el poder y las decisiones de otros (Ruíz, Santiago, Bolaños & Jáuregui, 2010).

Entre las características psicológicas del paciente obeso destacan, una actitud del “todo o nada”, controlan cada ingesta, miden calorías y hacen el ejercicio prescrito, de modo que sienten que proceden correctamente de acuerdo con el asesor de turno. Pero con el mismo extremo, ante la menor falla, sucumben frente a la idea de que han fracasado, refuerzan la creencia de que son incurables, se autocondenan, y sienten la incapacidad de sostener una dieta por lo que ya no vale la pena intentarlo. Entonces sólo queda comer, comer, incluso más de lo habitual y recuperar el peso perdido hasta ese momento y aún más. Usualmente se denomina a estos pacientes “obesos crónicos” a diferencia de los pacientes que consiguen bajar de peso (que no se consideran curados) quienes son llamados “obesos recuperados” (Hernández, 2010).

Las investigaciones psicológicas en el área de la obesidad tradicionalmente se han abocado al estudio del funcionamiento psicológico del obeso en función de niveles de ansiedad, depresión, insatisfacción con la imagen corporal y bajo autoconcepto (Guzmán & Lugli, 2009).

Si no se toman en cuenta los aspectos psicológicos que influyen en la persona obesa, los tratamientos no son efectivos, lo que provoca sentimientos de frustración e incapacidad a la persona con obesidad, lo que da lugar a una disminución en la motivación que le lleva a perder peso. Aunque no existe un prototipo que defina a todas las personas que padecen obesidad, es cierto que pueden compartir algunos rasgos de personalidad (Clerget, 2011).

De este modo, el paciente obeso, no cree poder controlar nada mediante su propio esfuerzo y decisión. Parece haber relación entre el grado de obesidad y el nivel de impulsividad que es mayor en personas con obesidad extrema, vinculándose al sexo femenino. Se ve una disminución de la dependencia interpersonal tras la disminución ponderal, además de asociarse la pérdida de peso con un aumento en la fuerza personal. En cuanto a trastornos del comportamiento alimentario se describe, fundamentalmente, trastorno por atracón o sobreingesta, sobre todo en

personas con menor autoestima o de depresión más severos. Lo más habitual en personas con obesidad es el síndrome del comedor nocturno, ingesta emocional (provocada por estrés ante emociones negativas o, por el contrario, como respuesta a emociones positivas o determinados eventos sociales) y picoteo (la gran mayoría de personas con obesidad reconocen comer entre horas o necesitar realizar pequeñas ingestas a lo largo de todo el día). Aparece con cierta frecuencia en las personas que padecen obesidad y, además trastorno por atracón, una evolución del trastorno del comportamiento alimentario hacia bulimia nerviosa. En cuanto a la restricción alimentaria, es muy común en personas obesas, principalmente en mujeres (Ruíz et al., 2010).

En la progresiva, pero no reciente, problematización de la obesidad intervienen criterios culturales vinculados con el menosprecio a la gordura o el valor de la delgadez corporal y de forma más reciente, criterios sanitarios y económicos por su efecto negativo en la salud y los costos asistenciales que conllevan. El establecimiento del IMC como el indicador más utilizado para definirla, se instruyó a toda la población para que procurara mantenerse en un rango, mediante la vigilancia estricta del peso, el seguimiento de la dieta equilibrada y la práctica de ejercicio físico. Los objetivos para alcanzar los llamados estilos de vida saludables continúan centrados en modificar las conductas personales, tales como lograr un equilibrio energético y un peso normal, mejorar los conocimientos nutricionales o aumentar la actividad física. Sobre estos ámbitos se trabaja desde hace tiempo y con poco éxito. Ello se debe a que las acciones propuestas dejan de lado la cultura y no toman en cuenta la compleja naturaleza del comportamiento alimentario (Gracia-Arnaiz, 2007).

Desde el enfoque médico se han realizado campañas de nutrición saludable, ejercicios y prevenciones desde edad temprana y en población general. Los resultados no son promisorios puesto que cada vez hay más obesos. Entonces, surge la inquietud de preguntar qué es lo que no se reconoce: ¿Factor o dinámica

de factores? ¿O es tal vez el modo de conceptualizar la obesidad lo que no permite contemplarla–solucionarla desde una perspectiva distinta?

Si se trata la obesidad como causa de patologías se intentarán remover sus orígenes, es decir, el balance calórico positivo. Desde esta posición las personas tendrían que restringir calorías con dietas, someterse a cirugías (para disminuir el volumen del estómago), aumentar su gasto calórico (ejercicio) ya sea a través de medicamentos o ejercicios; se disminuirá la cantidad de alimentos (especialmente los grasos), tomará medicamentos, etc. Si en cambio se trata la obesidad como efecto, la pregunta estaría encaminada acerca de la causa y esto llevaría a reconocer que algo ha ocurrido en la regulación de los procesos de ingesta. Se encuentran asociados tanto al hambre y la saciedad de regulación hipotalámica como a circuitos de origen y función emocional. De esta manera, emoción e ingesta, así como emoción y comportamiento parecen actuar conjuntamente (Cordella, 2008).

Existen diferencias entre el hambre emocional y el hambre física: 1. mientras que el hambre emocional viene de repente el hambre física ocurre gradualmente. 2. el hambre física puede esperar pero el hambre emocional tiene que ser satisfecho de inmediato, 3. El comer emocional puede causar una sensación de culpa, el hambre física no, 4. Cuando es emocional, el comedor es más propenso a seguir comiendo, cuando es el hambre física es más probable que se detenga cuando está lleno, 5. el resultados del hambre física es de una necesidad fisiológica, el resultado del hambre emocional es de algunos disparadores emocionales. El comportamiento de comer emocional ayuda a la ansiedad del individuo y a superar sentimientos negativos. Sin embargo, no juega un papel crítico en la solución de los problemas (Dogan, Göçet & Katrancioglu, 2011).

MÉTODO

Planteamiento del problema

La alimentación representa una necesidad humana, pero una mala regulación de las emociones, puede inducir variaciones de peso corporal sin que existan verdaderos excesos alimentarios o trastornos del comportamiento alimentario. Del mismo modo, las variaciones del estado psicológico, afectivo, emocional o relacional, influyen sobre el modo de alimentarse tanto en la cantidad como en la calidad (Clerget, 2011). Debido a que el comedor emocional se caracteriza por tener dificultad para identificar sus emociones y verbalizarlas (Bruch, 1973, Taylor et al., 1997; Popkess-Vawter, Wendel, Schmoll & O'Connell, 1998), los hábitos nutricionales y el contacto emocional por medio de la comida, que se adquiere en la estructura familiar (Chinchilla, 2005; Espina et al., 2001) y la elección de alimentos representa una parte importante del estilo de vida, que a su vez, influye de manera directa en la forma de comer, en lo que se come y en el significado que tiene la comida (Holzman 2006). Es necesario estudiar la alimentación emocional como tema de importancia clínica, porque las causas de las enfermedades asociadas a la alimentación, han sido remplazadas por aspectos nutricionales, sin tomar en cuenta que las personas que se dedican a comer por razones emocionales (Gracia-Arnaiz, 2007) reaccionan al afecto negativo con el aumento de apetito como estilo de afrontamiento lo que puede ocasionar enfermedades como sobrepeso y obesidad (Bruch, 1973; Taylor et al., 1997; Popkess-Vawter et al., 1998).

Con base en los planteamientos sobre las variables de estudio, se expone la siguiente pregunta de investigación y objetivo general:

Pregunta de investigación

¿En personas con normopeso, sobrepeso y obesidad, la alexitimia, el funcionamiento familiar y el estilo de vida son predictores de la alimentación emocional?

Objetivo general:

En personas con normopeso, sobrepeso y obesidad, comprobar un modelo predictivo de la alimentación emocional a través de la relación entre la alexitimia, el funcionamiento familiar y el estilo de vida (figura 4).

Modelo teórico de la relación entre las variables

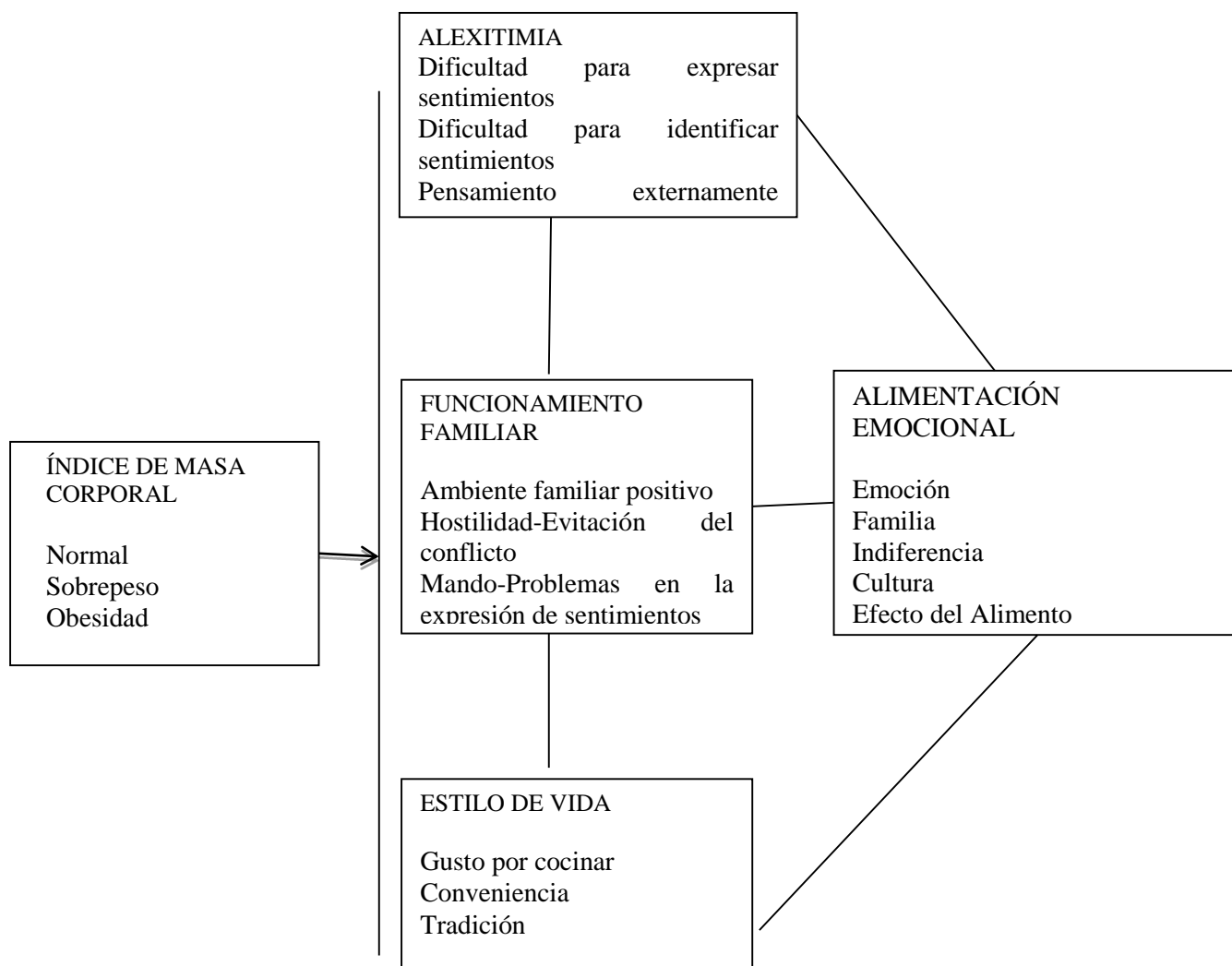


Figura 4 Modelo teórico de la relación entre las variables de estudio: Índice de masa corporal, alexitimia, funcionamiento familiar, estilo de vida y su relación con la alimentación emocional.

Con el propósito de obtener el modelo predictivo de alimentación emocional, la investigación se desarrollará en dos etapas con dos fases cada una (figura 5).

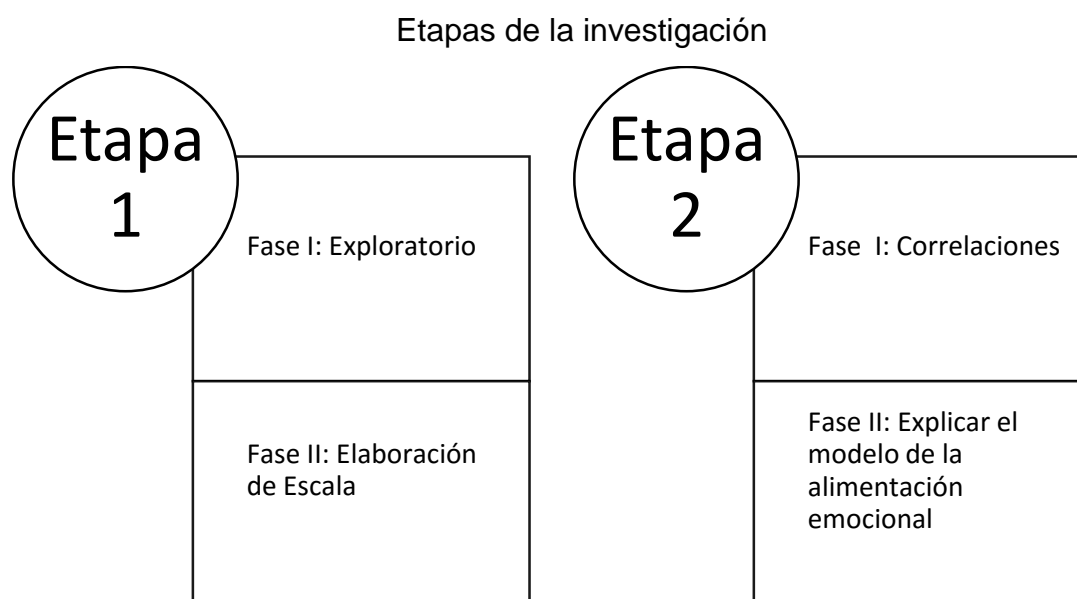


Figura 5 Modelo representativo de las etapas de la investigación

FASE I. Identificar las dimensiones de la Alimentación Emocional

Planteamiento del problema

El comer es un proceso biológico, social y psicológico que obedece a las decisiones internas y externas del individuo (Rodríguez, 2000) donde el aspecto nutricional y de salud son un criterio importante, entre muchos otros, a la hora de orientar sus comportamientos o costumbres alimentarias, por lo que es importante preguntarse ¿qué otras funciones desempeña la alimentación? (Contreras, 2002).

En este contexto, surge el término de alimentación emocional, definida por Faith et al. (1997) como el comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad para hacer frente al afecto negativo.

De acuerdo al modelo de prácticas de alimentación en el que se describen las actividades que rodean la comida (obtención, preservación, preparación, presentación, realización y consumo), existen muchos elementos que producen placer y no se reduce al acto mismo de ingerir un determinado alimento (compartir la comida, el placer de cocinar para los que se quiere). Todos estos procedimientos están contruidos socialmente e involucran intercambios y negociaciones de prácticas y significados (Amon et al., 2005).

Con base en lo descrito y por lo planteado por Contreras en el 2002 que menciona la importancia para comprender el consumo alimentario en cada cultura, a partir del significado que tiene para las personas, se desprende la siguiente pregunta:

Pregunta de investigación

¿Qué dimensiones y categorías integran la alimentación emocional?

Objetivo general

Identificar a partir de la teoría y la evidencia empírica, las dimensiones y categorías que integran del constructo de alimentación emocional en adultos.

Objetivos específicos

Obtener los componentes que integran el constructo de la alimentación emocional
Agrupar los componentes que conforman el constructo de alimentación emocional, en categorías sustentadas en la teoría y evidencia empíricas

Tipo de Estudio: Exploratorio

Diseño: De una muestra

Variables

Alimentación emocional. Definida como el comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad para hacer frente al afecto negativo (Faith et al., 1997).

Definición operacional: fue medida a través de un cuestionario de 12 preguntas abiertas. Para profundizar e indagar en los distintos componentes de la alimentación emocional y así obtener estimados de las intenciones, creencias y actitudes que tienen, para la obtención de respuestas que indiquen la existencia de relaciones no descritas en la teoría (Kerlinger, 2002).

MÉTODO

Participantes:

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional. Los participantes fueron 200 personas voluntarias de la Ciudad de México, 100 hombres y 100 mujeres, con edades de 18 a 60 años ($M = 40$ años, $D E = 8.1$), de los cuales 115 (57%) son casados, 58 (29%) solteros, 16 (8%) en unión libre, 9 (4.5%) divorciados y 2 (1%) viudos. La escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: primaria 26 (13%); secundaria, 57(28.5%); preparatoria, 65 (32.5%); técnico 11 (5.5%); licenciatura 37(19%); y posgrado 4(2%). En cuanto a la ocupación, estudiantes 4(2%); empleados 156(78%), amas de casa 38 (9%); y jubilados, 2(1%). Los criterios de inclusión fueron que radicarán en el Distrito Federal y fueran mayores de 18 años, se eliminaron los casos en los que dejaron preguntas sin responder.

Instrumento: Cuestionario de autorreporte de 12 preguntas abiertas que exploraron el significado de la alimentación emocional (ver Anexo 1).

1. Escribe las desventajas de comer
2. Escribe las ventajas de no comer
3. ¿Qué palabras te vienen a la mente cuando piensas en comida?
4. Cuándo tienes problemas comes...
5. La comida me sabe mejor cuando...
6. El lugar preferido para comer es...
7. Cuando no como me siento...
8. Cuando como me siento...
9. ¿En qué situaciones comes más?
10. ¿En qué situaciones comes menos?

11. Cuando lo que comes te gusta piensas en...
12. Comer para mí significa...

Procedimiento

Los participantes fueron localizados en diferentes partes de la Ciudad de México: centros de trabajo, escuelas, domicilios, mercados y espacios abiertos. Se les explicó el objetivo de la investigación y las personas que accedieron a colaborar, se les entregó el cuestionario que respondieron de manera voluntaria. Durante la aplicación se respondieron las dudas de los encuestados y se les informó que los datos proporcionados eran confidenciales y anónimos.

Resultados

Con la información obtenida se realizó un análisis descriptivo de contenido por categorías y se midió la frecuencia de las unidades de análisis (palabras), las cuales no tienen un significado por si solas, sino a través del conjunto que constituyen (categorías). Posteriormente se definieron esas categorías para poder identificar las dimensiones que conforman el constructo de alimentación emocional (Kerlinger, 2002).

Del análisis surgieron 13 categorías a priori: imagen corporal, enfermedad/salud, economía, estilo de vida, emociones, cualidades, ambiente, cultura, tipo de alimento, estado fisiológico, sensaciones placenteras, vitalidad y amor propio. Las categorías, describen el significado que tiene la alimentación para la población mexicana entrevistada y se muestran en la Tabla 8

Tabla 8

Categorías e indicadores de la Alimentación emocional

Categoría	Indicadores	Frecuencia
Imagen Corporal	<ul style="list-style-type: none"> Engordar, subir de peso, obesidad, acumular grasas, te salen granos, hueles mal. Estar delgado, no engordar, no subir de peso, mantener la figura, bajar las llantitas, estar en forma, peso estable, buen cuerpo, control de peso. 	41 33
Enfermedad / Salud	<ul style="list-style-type: none"> Colesterol, dañar la flora, diabetes, úlcera, provocar enfermedades, mal desarrollo, indigestión, estar vulnerable a enfermarse, caries, parásitos, enfermedad gastrointestinal, la comida no sea sana, cause daño, problemas del corazón, gastritis, morderte la lengua, enfermedades del sistema inmunológico, no ser sano, que los alimentos sean de mala comida, morir si se prolonga la enfermedad, Peso, obesidad, voy a engordar, dolor de cabeza, mala alimentación Cuando la salud es buena, es saludable, es nutritiva, es balanceada, estoy crudo, estoy bien físicamente. La longa aumenta, salud, preguntarme si me beneficia, buena digestión, limpieza del lugar, tener más estómago. Estar bien, cuidarme, saludable, lo mejor de mí, alimentarme bien, cumplir con una necesidad, salud, preocupación para no subir de peso, nutrirme, querer a mi cuerpo, energía para trabajar, parte de mi desarrollo, mantenerme activo, delicia, digestión activa, saludable, lleno, tener fuerza, meter combustible, reforzar mi cuerpo, tener resistencia, función, reponer, satisfacer con medida, fortalecerme, señales de buena salud. 	60 141
Economía	<ul style="list-style-type: none"> Se gasta dinero, que no haya dinero, no haya trabajo para comer, de acuerdo al sueldo es lo que alcanza. No gastar/ahorrar, el dinero se puede invertir en otra cosa, ¿Cuánto cuesta? Gastar, recursos barato. No hay dinero. 	30

Tabla 8

Categorías e indicadores de la Alimentación (Continuación)

Categoría	Indicadores	Frecuencia
Estilo de Vida	<ul style="list-style-type: none"> No puedes hacer actividades, sentirse lleno, inviertes tiempo, tener que volver a hacerlo, comer a contratiempo, la preparación, tener prisa, sentirse pesado en el trabajo, no tener horarios para comer. Cuando no como durante el día, no tengo nada que hacer, tengo mucho trabajo, después de mucho ejercicio, después del desgaste físico, tengo tiempo, no hago nada, camino mucho, trabajo mucho, llego del trabajo, viendo la televisión, no trabajo, en las tardes. Poco tiempo, mucho trabajo, cosas pendientes por hacer, muy de prisa, en el desayuno, en casa, alimentos a sus horas, en la noche, poco tiempo, fuera, en la noche, de lunes a viernes, después de un día pesado, poco tiempo, en el desayuno, diario, de viaje, hago cosas interesantes, en un compromiso. 	106
Emociones	<ul style="list-style-type: none"> Culpa, baja autoestima, satisfacción, tener problemas, Mal, desesperada, irritado, enojada, mal humor, triste, intranquilo, insatisfecho, desanimada, decaída, desesperado, molesto, inestable, algo me falta, inquieto, ansioso, nervioso, torpe, distraído, aturdido, gruñón, sonso, ira, malos pensamientos, estresado, preocupado, Estoy triste, cuando tengo una preocupación, no hay problemas, prolongo satisfacerme, tengo problemas, deprimido, angustiado, tranquilo, en tensión, feliz, presiones, estoy enojado, compulsiva, en ansiedad, todo está arreglado, Problemas, preocupado, enojado, triste, aprensiva, depresión, solo, estresado, de malas, culpa, satisfecho conmigo, problemas con la familia., mal humor, desanimado, nervioso, abrumado, Culpa, remordimiento. <p>Estoy contento, no estoy presionado, estoy feliz, estoy bien, después de días de presión, estas animosa, estoy alegre, me la como con gusto, estoy a gusto, no tengo preocupaciones, no tienes problemas. Tranquila, feliz, satisfecha, de buen humor, a gusto, mentalmente bien, panza llena corazón contento, con ánimo, alegre, bien con todos, de buenas, inquieto, con motivación, completo, pleno, en paz, Contento, feliz, animoso, tranquilo, divirtiéndome, reflexiono y sacrifico mi estómago</p>	195
		152

Tabla 8

Categorías e indicadores de la Alimentación (Continuación)

Categoría	Indicadores	Frecuencia
Cualidades	Es dulce, sin picante, tiene limón, buena presentación, está caliente, es dulce, la saboreas, no contiene mucha grasa, tiene sal, tiene azúcar, es rica, es condimentada o se combinan varios. Rico, sabor, tengo hambre, antojo, lo que me gusta, llenarme, comer, delicioso, comer bien, balanceado, gula, lo necesario, nutritivo, caliente, desayuno, antojable, ligera, equilibrio, sano, dulce, salado, fresco, satisface, aromas, sabores, proteínas, minerales, energía, rápida, gasolina de un vehículo, sazón, condimento, corte americano ¿me gustará?, succulenta, no grasosa, ¿qué menú habrá para el día de hoy? que me traigan más, ya es hora.	87
Ambiente	Cualquiera, espacio destinado, un lugar tranquilo, lugar limpio, hecha de buena manera y responsable, donde hay vegetación, donde pegue el aire, acompañado de buena música, acompañada de un programa de televisión educativo. En el trabajo, en la escuela, en la calle, en casa de alguien en fiestas, Mariscos en el mar, ensaladas y verduras en el campo, playa, casa, regresar al lugar. Parque, restaurante, donde no vendan comida grasosa porque se me antoja, calle, taquería, al aire libre, vips, sanborns, la fonda, mercado, una plaza, puesto callejero, En casa, mi cuarto, el comedor de mi casa, cama, hogar, la mesa, cocina, viendo la tele, la sala.	23 160
Cultura	Comes en familia, está hecha en casa, la preparan seres queridos, como en compañía, acompañado en el comedor, la prepara quien quiero, en mi pueblo, la comparto, acompañada de mis hijos, en mi hogar, estamos todos juntos, hay buen tema de conversación, estoy solo, en casa, en la mesa, es preparada con esmero, no la preparo yo, en la calle, se comparte con la pareja, estoy con amigos, en un ambiente sereno, me la sirven con gusto, no hay discusión, en armonía, no existen problemas. Fiestas, reuniones, en vacaciones, Navidad, convivencias familiares, estoy en casa, estoy de ociosa, me reúno con amigos, estoy en casa, con mucha gente, en la casa, fin de semana, de viaje, eventos especiales, en todo momento, en un buen banquete, voy de visita. Barriga llena corazón contento, familia, reunión, fraternidad, necesidad, tarde, gracias, amor, placer, en la gente que no tiene que comer, saborear, estar bien, agradar, familia, gusto, tradición, hecho en casa, bueno, , agradecimiento, disfrutar, necesidades del hogar, no soy goloso, la comida de mi esposa, mis nietos	150

Tabla 8

Categorías e indicadores de la Alimentación (Continuación)

Categoría	Indicadores	Frecuencia
Tipo de alimento	Postres, galletas, arroz, tortillas, agua de mandarina, pescado, queso, sopa, papas, salsa, pollo, frutas, verduras, sopas, tortas antojos, cena, leche, pastel, pan, antojitos, quesadillas, huevo, ensalada, manzana, agua, vegetales, mole, chile, refresco, nombres de comida, golosinas, espagueti, arroz, pechuga, pescado, agua de limón, enchiladas, frijoles, comida mexicana, pizza, Cosas dulces, postres, chatarra, carbohidratos, azúcares, grasas en abundancia, pan, donas, manzana, mandarinas, gelatinas, chetos, coca, pan, cigarro, comida casera, leche, pan.	68
Estado fisiológico	Con sueño, energía, bien, relajado, fatigada, físicamente bien, normal, muy lleno, poco sueño, con fuerza, con flojera, recuperado, a explotar, mal si la comida engorda, Después de mi periodo menstrual, tengo mucho tiempo sin comer, tengo hambre, no duermo bien, me voy a enfermar, me cuido, no desayuno, se alteran los nervios, algo me estresa.	112
Sensaciones placenteras	Comer lo mismo después, comer más, pedir la receta, que rica, comprar otra ración, lo bien que sabe, quiero aprender, hacer lo que quiera, el sabor, en los benditos alimentos, que no se acabe, lo delicioso que es, dormir, disfrutar hasta la última migaja, que no me llene, lujo de comer, degustar, acabar, saciedad, tener más, trabajar para seguir teniendo, comer despacio, feliz, disfrutar, satisfacción, placer interno, cosas hermosas, mi familia, las cosas que me gustan, gozarlo, satisfacción, momentos agradables que he vivido, situaciones placenteras, cosas positivas, descansar, algo bueno, tranquilidad, sus condimentos, reír, paz, lo bello que es la vida, relajación, relajarme.	148
Vitalidad	Vida, media vida, vivir, complemento, estar vivo, manera de vivir, vivir en armonía, una bendición, algo vital, “primero como luego existo”, sobrevivir, momento placentero, lo mejor, felicidad.	42
Amor propio	Muestra de amor hacia mí, duelo entre el placer y la culpa, autoestima alta, aceptable, cuidar mi persona, amar mi organismo, estable, cosa buena que uno puede hacer, indispensable, esencial, necesario, gusto, buen humor, preocuparme por mí, quererme a mí, ser, un hábito bonito, agradecido por todo, momento especial, deleite.	26

Además de las categorías descritas, se revisaron las referidas en la literatura y resultado del análisis de ambas —empíricas y las derivadas de modelos teóricos— surgen seis categorías que describen el constructo de la alimentación emocional (ver Tabla 9).

Tabla 9

Categorías de la Alimentación Emocional

Categoría	Definición
Regulación emocional en la alimentación	Proceso responsable del monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales a través de la ingesta alimentaria.
Impulsividad alimentaria	Conductas alimentarias que realiza el individuo producto de la emoción y que le llevan a la pérdida del control en la ingesta.
Hedonismo alimentario	Ingesta de alimentos en búsqueda de sensaciones placenteras inmediatas.
Distorsión cognitiva del comer	Cogniciones que anteceden a la motivación, racionalización y restricción de la ingesta de los alimentos.
Configuración cultural alimentaria	Conjunto de reglas y comportamientos socialmente aceptados en relación al qué, cómo, cuándo, porqué, dónde y con quién comer.
Contexto Ambiental	Actitud implícita hacia las características del alimento y el lugar donde se realiza la ingesta.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la alimentación se encuentra asociada a diferentes significados que no son necesariamente biológicos, tales como emociones, contexto familiar o impulsividad. Se encuentra sólo la categoría de salud/enfermedad asociada a nutrición, esto concuerda con la investigación hecha por Baas et al. (1979), en la que de veinte significados que las personas asocian a la alimentación, sólo uno hace referencia al aspecto de nutrición.

Contrario a lo planteado por Arnow et al. (1992), el comer en exceso se encuentra, también vinculado a aspectos positivos, dado que la comida en México, representa un símbolo cultural, el cual se utiliza en festividades y como una forma de expresión emocional. Los participantes consideran la comida no sólo para evitar emociones negativas tales como la culpa, ansiedad, enojo o tristeza; reportan el aumento de ingesta cuando necesitan mantener, prolongar o expresar emociones positivas como la alegría, el júbilo, la felicidad y aquellos eventos sociales que traen consecuencias agradables.

Considerando que en la alimentación intervienen aspectos positivos y negativos, e influye el contexto social en la elección de alimentos de manera significativa, sobre todo cuando se trata de eventos sociales y familiares, se señala la coincidencia con Chinchilla (2005) que considera que la alimentación también constituye un importante vehículo de interacción social primordialmente en el núcleo familiar.

Se considera que el comer en exceso, se encuentra vinculado al estado de ánimo, lo cual puede reflejar la falta de medidas para facilitar la distinción entre el tipo de emoción que le precede, debido a que se le da prioridad a los efectos del medio ambiente, tales como estímulos sensoriales y alcance para consumir alimentos, sobre las cuestiones internas, en éste caso, las emociones.

La alimentación para esta muestra, tiene significados culturales, arraigados al significado de la comida en contextos familiares, con amigos y personales, tal y como lo plantea Cardoso (2006).

Las personas reportaron modificar su ingesta ante situaciones estresantes, afectivas y sociales. En el caso de los hombres, ellos reportan comer sin culpa y tener desinhibición alimentaria, además de agradecimiento por aquellos que se esmeran en cocinar (esposa, madre, cocinera), por lo tanto *pedir otro poco*, aun cuando se encuentran satisfechos, les parece válido, sobre todo si tienen un lazo

afectivo con quien prepara el platillo. También reportan no tener ningún complejo respecto a la cantidad de comida ingerida.

Los participantes expresaron un deseo por permanecer ajenos a los niveles de contenido de nutrientes de los alimentos y expusieron bajos niveles de motivación para procesar la información nutricional, lo que coincide con lo reportado por Kemp et al. (2011).

En cambio las mujeres, reportaron sentirse culpables si comen demasiado, hay una preocupación por el peso, por la imagen corporal y por la aceptación social, sin embargo admiten que utilizan la comida como forma para enfrentar sus problemas, sentirse mejor y potenciar las emociones (positivas y negativas). Les agrada cocinar para otros, se sienten bien pidiendo la receta cuando el platillo es de su agrado, pero les preocupa que la mala alimentación lleve a enfermedades crónicas como diabetes y obesidad. Estos resultados concuerdan con investigaciones previas que dicen que las mujeres son más propensas a usar la comida para adormecer, distraerse y calmar las emociones (Tabor, 2006).

La edad no fue significativa respecto a los códigos culturales establecidos en los participantes, en su mayoría consideran que comer en el comedor de su casa, es un lugar ideal para establecer comunicación familiar, tal y como lo plantearon Alvarez y Odero (2008).

La preferencia por alimentos hedónicos (dulces, hipercalóricos, picantes y condimentados) es un factor que determina su consumo. Si a lo anterior se agrega la disponibilidad de la comida y el acompañamiento de personas con quien la persona tiene un vínculo afectivo, entonces la probabilidad de modificar su ingesta alimentaria se eleva. Tal y como lo plantea Amigo et al. (1998), las actitudes y pautas se encuentran relacionadas con el estilo de vida, una actitud puede dificultar o mejorar una conducta en el ámbito de la salud. Resalta que el principal impedimento para mantener un estilo de vida saludable son las consecuencias a corto plazo.

Dado que las conductas alimentarias perjudiciales a la salud, llevan regularmente a una gratificación positiva inmediata y por el contrario a los hábitos saludables, que suponen una demora a la gratificación, cuando ambas conductas se presentan, se elige la opción más placentera.

Comer en familia, les da la sensación de vitalidad, de forma que si en algún momento, tal y como lo refiere Carballo (1985) la persona requiere cambiar hábitos relacionados con la alimentación, es necesario, mantener patrones que generen la misma sensación. Los participantes reportan la hora de la comida como *sagrada* y comer como componente de la felicidad.

Dentro del panorama de salud, la elección de los alimentos para mantenerse saludables, no representa una prioridad, si bien perciben una asociación entre la comida y enfermedades como diabetes, obesidad y cardiovasculares, refieren otros aspectos como la apariencia, textura, sabor y olor, en una jerarquía mayor.

Lo anterior, respalda una investigación realizada por Baños et al. (2011), en donde estable a un tipo de comedor: el comedor externo. Se caracteriza por no identificar sus señales internas de hambre y darle prioridad a factores ambientales. De manera que su comportamiento alimentario se guía por la interpretación de sus sentidos, confundiendo una necesidad fisiológica con una conducta condicionada.

En cuanto al estilo de vida, los participantes consideran comer de manera rápida y disponible, atribuyen sus hábitos a las actividades que realizan todos los días: trabajar, estudiar o realizar actividades domésticas. Reconocen una dificultad para consumir alimentos saludables pero se la atribuyen a la “falta de tiempo”. Con esa información se observa que la alimentación no da de forma consciente, es posible que la razón sea, tal y como lo menciona Wansink (2006), al señalar que una persona promedio toma alrededor de 250 decisiones al día respecto a la comida, pero de estas, más de 200 no pueden ser explicadas por el comensal.

Con base en los resultados, se observa que la alimentación no es una mera actividad cotidiana, al estar rodeada de factores influyentes en la persona, no puede pasar desapercibida su relevancia en el estudio de la obesidad. Se vuelve obligatorio el significado que adquiere la comida en cada una de las personas, no basta cambiar porciones de comida, establecer nutrientes o generar hábitos alimentarios saludables. Si no se conocen las causas vistas desde la persona, los tratamientos para disminuir los índices de obesidad se condenan a la temporalidad y por ende al aumento del problema.

FASE II: Elaboración y Validación de la escala de Alimentación Emocional

Planteamiento del problema

Los hábitos alimentarios son un reflejo de las necesidades afectivas y de la situación mental de la persona, lo que repercute en su salud de manera positiva y negativa (Kröger, 1997 en Luban-Plozza et al., 1997). Dada la importancia de la relación entre emoción y alimentación, en el intento por evaluar la alimentación emocional, se han elaborado instrumentos que pretenden medir el efecto que tienen las emociones sobre la ingesta de alimentos, se presentan en la tabla 10 los más utilizados.

Tabla 10

Instrumentos que evalúan la alimentación emocional

Instrumento	Descripción	Dimensiones que evalúa
Escala para medir el modo de comer (Jackson & Hoawkins, 1980, en Abramsom; 1993)	Consta de 20 ítems, los encuestados evalúan comer en respuesta a las emociones, en una escala tipo Likert de 5 posibles respuestas, que oscilan entre A=muy de acuerdo y E= muy en desacuerdo.	No especificadas
Escala de Alimentación Emocional [<i>EmotionalEatingScale</i>] (Waller & Osman, 1998)	Consta de 25 ítems, los encuestados evalúan su deseo por comer en respuesta a cada emoción en una escala tipo Likert de 5 puntos (sin deseo, poco deseo, deseo, deseo moderado, impulso fuerte y la imperiosa necesidad de comer). Su confiabilidad se midió con un Alpha de Cronbach de 0.93.	Tres factores: enojo/frustración, ansiedad y depresión para evaluar los efectos negativos provocados por la necesidad de comer.

Tabla 10

Instrumentos que evalúan la alimentación emocional (continuación)

Instrumento	Descripción	Dimensiones que evalúa
El Cuestionario Holandés de comportamiento alimentario [Dutch Eating Behavior Questionnaire] (Cebolla, Barrada, Van Strien, Oliver & Baños 2013).	Este cuestionario es una adaptación del DEBQ traducida al español incluye 33 reactivos con tres posibles respuestas (1 = "no", 2 = "a veces", 3 = "Sí"), agrupados en tres escalas: "comer emocional", que incluyó 13 preguntas (La número 1,3,5,8,10, 13,16,20,23,25,28,30,32), "Comer restringido", que incluye 10 artículos (numerados 4,11,14,17,19,22,26,29,31), y "Comer externo", incluyendo 10 reactivos (numerados 2,6,9,12,15,18,21,24,27,33). Los resultados se midieron con un Alpha de Cronbach que indican una confiabilidad de 0.70 (Cebolla et al., 2013).	Para medir conductas diferentes de ingesta, agrupados en tres escalas: comer emocional, comer restringido y comer externo.

Sin embargo, prevalecen cuatro problemáticas: 1) los indicadores que miden estas escalas se relacionan específicamente con hábitos alimenticios, 2) se relacionan estos hábitos con emociones específicas como enojo y tristeza, se deja de lado otras tantas, además de las emociones positivas, 3) no se toma en cuenta el papel de la emoción respecto a la cultura, y 4) ninguno de los instrumentos mencionados se encuentra estandarizado y validado para la población mexicana. De acuerdo a lo anterior, se elaboró una escala de alimentación emocional, dada la importancia que tiene para el avance de la ciencia, el contar con instrumentos válidos y confiables susceptibles a estudio en un contexto determinado (Martínez & Fernández, 1996).

Se consideró que para evaluar la alimentación emocional, deben incorporarse factores que la literatura reporta como importantes y que no se encuentran incluidos en las escalas actuales de comer emocional, así como aquellos que reportaron los participantes en el estudio exploratorio.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los elementos teóricos y empíricos que definen el constructo de la alimentación emocional en adultos?

Objetivo general

Elaborar una escala para medir la alimentación emocional en adultos que integre elementos teóricos y empíricos del constructo

Objetivos específicos

Elaborar reactivos pertinentes a partir de elementos teóricos y de los indicadores obtenidos en la fase I.

Integrar los reactivos en las categorías de análisis resultado de la fase 1

Realizar un análisis psicométrico para obtener los niveles de validez y confiabilidad del instrumento.

Tipo de Estudio: Exploratorio

Diseño: De una muestra

Variables

Alimentación emocional

Definición Conceptual: Comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad para hacer frente al afecto negativo (Faith et al., 1997 en Tanofsky-Kraff et al., 2007).

Definición Operacional: Medida a través de los resultados obtenidos en esta fase.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue no probabilística intencional. Los participantes fueron 800 personas voluntarias del Distrito Federal (362 hombres y 433 mujeres) con edades de 18 a 60

años ($M = 34$ años, $DE = 14.4$) 321 casados, 325 solteros, 98 en unión libre, 48 divorciados y 21 viudos. La escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: primaria, 39; secundaria, 161; preparatoria, 139; técnico, 118; licenciatura, 298; y posgrado, 21. Los criterios de inclusión fueron que radicarán en el Distrito Federal y fueran mayores de 18 años, se eliminaron los casos en los que no se completó el cuestionario.

Instrumento:

De acuerdo a las categorías conformadas en la fase 1, se elaboró la Escala de Alimentación Emocional, tipo Likert, de 95 reactivos, con opciones de respuesta que van desde 1=totalmente en desacuerdo hasta 6=totalmente en desacuerdo (ver Anexo 2.)

Procedimiento:

Los participantes fueron localizados en diferentes partes de la Ciudad de México: centros de trabajo, escuelas, domicilios, mercados y espacios abiertos. Contestaron el cuestionario de manera voluntaria y firmaron una carta de consentimiento informado en donde se les indicaba que los datos proporcionados serían confidenciales y anónimos.

Análisis de Datos:

Se llevó a cabo un análisis psicométrico para obtener los niveles de validez y confiabilidad del instrumento de acuerdo a los lineamientos establecidos por Reyes-Lagunes y García (2008):

1. Análisis de frecuencia: para corregir errores en la base de datos y conocer el comportamiento de la muestra.
2. Sesgo: para conocer la distribución de los reactivos
3. Correlación ítem-total: para conocer la relación de cada ítem con la escala
4. Prueba t de student en muestras independientes: para discriminar todos los reactivos.

5. Análisis factorial con rotación ortogonal varimax: para saber el comportamiento de los reactivos.
6. Alfa de Cronbach: para conocer la consistencia interna de los factores

RESULTADOS

Con base en los resultados de las pruebas (sesgo, correlación ítem-total y prueba *t* de Student), se considera que los 95 reactivos iniciales cumplen con los criterios de validéz. Se les aplicó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se eligieron los reactivos con cargas factoriales mayores o iguales a .40 y con valores *eigen* mayores a 1. Al final se obtuvieron 36 reactivos distribuidos en 5 factores que explican el 56.889 de la varianza total, con un Alpha de Cronbach total de .938. A continuación se presentan la definición de cada factor y su alpha correspondiente:

Factor 1: Emoción, 20 reactivos, $\alpha = .956$

Factor 2: Familia, 6 reactivos, $\alpha = .767$

Factor 3: Indiferencia, 4 reactivos, $\alpha = .694$

Factor 4: Cultura, 3 reactivos, $\alpha = .803$

Factor 5: Efecto del alimento, 3 reactivos, $\alpha = .478$

Los pesos factoriales para cada uno de los reactivos y su distribución en los cinco factores se presentan en la Tabla 11

Tabla 11

Factores y reactivos que integran la Escala de Alimentación Emocional

Reactivo	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor
	1	2	3	4	5
66. Cuando tengo problemas ingiero más comida de lo normal.	.804	.085	.079	.134	.056
43. Ante situaciones agobiantes paso todo el día comiendo.	.783	.011	.066	.077	.059
48. Una forma de aguantar mi enojo es comiendo.	.774	.041	.056	.060	.079
34. Cuando las cosas van mal, tengo derecho a comer más.	.772	-.028	.125	.092	.089
56. Después de pasar un susto me da hambre.	.768	.090	.056	.039	.080
31. Como más después de discutir con alguien.	.761	-.070	.067	.077	.105
82. Cuando siento un vacío emocional lo lleno con comida.	.756	.145	.121	.066	.041
64. Los problemas de la vida se resuelven comiendo.	.755	-.033	.095	.053	-.033
68. Cuando tengo problemas pienso en comer antes de resolverlos.	.748	.180	.089	.057	.037
78. Si tengo un mal día, compro algo de comida para sentirme mejor.	.748	.164	.016	.171	.083
92. Me siento con hambre cuando tengo miedo.	.743	.047	.013	.062	.054
81. Utilizo la comida como una forma de consuelo.	.740	.147	.027	.151	.072
37. Prefiero comer para evitar decir lo que siento.	.717	.080	.080	.040	.116
44. Cuando me emociono, me da hambre.	.697	.139	.039	.118	.136
55. Cuando me siento contento me da más hambre	.687	.295	.003	.192	.170
51. Cuando como me olvido de lo que pasa en mi vida.	.646	.155	.111	.058	.065
13. Me da más hambre cuando estoy triste.	.637	-.027	.143	.103	.191
58. Como todo lo que me ponen enfrente.	.636	.097	.307	.171	-.083
19. Me da más hambre cuando estoy enojado (a)	.635	-.082	.125	.137	.153
25. Los problemas son menos después de comer.	.598	.151	.082	.192	.117
52. Comer es un placer que se disfruta más en familia.	.007	.765	.107	.004	.066
73. La hora de la comida es sagrada.	.009	.674	.051	.011	.100
41. Comer en familia es muy importante para mí.	-.162	.667	.086	-.041	.161
72. Las buenas noticias se celebran con una comida.	.288	.597	-.002	.237	-.006
42. Ofreciendo comida a mis seres queridos les demuestro mi cariño.	.254	.596	-.029	.154	.099
80. Cuando me preparan de comer siento que me quieren.	.252	.561	.046	.187	.261
16. Pongo poca atención en el contenido nutricional de lo que como.	.012	.043	.717	.066	.055
28. Me preocupo poco por mi alimentación.	.132	.017	.703	.050	.023
22. Ignoro la calidad de lo que como porque prefiero disfrutarlo.	.220	.072	.671	.169	.155
26. Cuando tengo hambre ingiero cualquier tipo de alimento sin pensarlo.	.191	.102	.661	.084	.115

Tabla 11

Factores y reactivos que integran la Escala de Alimentación Emocional (continuación)

Reactivo	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor
	1	2	3	4	5
17. Es común que estando en fiestas coma más de lo normal.	.214	.113	.202	.813	.061
5. Como más de lo normal cuando asisto a eventos familiares.	.132	.054	.120	.796	.213
71. Como más de lo normal cuando asisto a reuniones con los amigos.	.307	.225	.106	.730	.024
33. Cuando tengo hambre, mi estado de ánimo cambia.	.214	.160	.193	.033	.735
39. Después de comer, mi estado de ánimo cambia.	.191	.240	.110	.098	.723
1. Comer mejora mi estado de ánimo.	.095	.169	.049	.128	.689

De acuerdo al análisis factorial, la Alimentación Emocional y los factores que la componen, se definieron de la siguiente forma:

Alimentación emocional

Comer por apetencia pero sin hambre fisiológica, en respuesta a acontecimientos tanto positivos como negativos, con la finalidad de evitar, regular, enfrentar o mejorar la experiencia emocional.

Factores

Factor 1. Emoción (20 reactivos).

Cambios en la ingesta alimentaria para regular la intensidad o duración de experiencias emocionales.

Indicadores del Factor 1

Comer ante problemas, ante situaciones agobiantes, para aguantar enojo, después de un susto, cuando las cosas van mal, como consuelo, para olvidar, después de discutir, cuando siento un vacío emocional, cuando me siento contento, para sentirme mejor, cuando me emociono, para evitar decir lo que siento, cuando estoy triste.

Factor 2. Familia (6 reactivos)

Ingesta de alimentos como simbolismo emocional y demostración de afecto entre los miembros de una familia.

Indicadores del Factor 2

Comer es un placer en familia, la comida es sagrada, en familia es muy importante, las buenas noticias se celebran, me demuestran cariño, demuestro cariño.

Factor 3. Indiferencia (4 reactivos)

Falta de interés por el contenido nutricional y pasividad respecto al cuidado de la alimentación.

Indicadores del Factor 3

Poca atención en lo que como, me preocupa poco, ignoro la calidad, ingiero sin pensarlo.

Factor 4. Cultura (3 reactivos)

Conjunto de comportamientos alimentarios socialmente aceptados y compartidos entre los miembros de un grupo.

Indicadores del Factor 4

En fiestas como más, cuando asisto a eventos familiares, en reuniones con los amigos.

Factor 5. Efectos del alimento (3 reactivos)

Cambios en el estado de ánimo, antes, durante y después de comer.

Indicadores del Factor 5

Mejora mi estado de ánimo, mi estado de ánimo cambia.

En la Tabla 12 se presenta la varianza explicada, la varianza acumulada y las medias para cada uno de los factores. Se observa que el factor *emoción* explica la mayor proporción de varianza (34.678%), seguido del factor *familia* (9.121%), *indiferencia* (5.511%), *cultura* (4.080%) y *efectos del alimento* (3.4999%). La escala, explica un total de 56.889 % de la varianza.

Tabla 12

Varianza y Medias de los factores de la Escala de Alimentación Emocional.

Factor	Varianza Explicada	Varianza Acumulada	Media
Emoción	34.678	34.678	2.054
Familia	9.121	43.799	3.636
Indiferencia	5.511	49.310	3.170
Cultura	4.080	53.390	3.046
Efectos del alimento	3.4999	56.889	3.433

Se aplicó una correlación de producto-momento de Pearson para conocer la relación que existe entre los factores que conforman la Escala de Alimentación emocional. Se observan (Tabla 13) correlaciones positivas entre todas las variables.

Tabla 13

Correlación de los factores que integran la Escala de Alimentación Emocional.

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efectos del alimento
Emoción	1				
Familia	.300**	1			
Indiferencia	.332**	.214**	1		
Cultura	.426**	.347**	.338**	1	
Efectos del alimento	.380**	.387**	.390**	.393**	1

** $p < .01$

Con la finalidad de confirmar la correlación entre los factores, se llevó a cabo un análisis de modelos de ecuaciones estructurales, a través del programa *Analysis of Moment Structures* (versión 22). Se observa que el modelo presenta índices de ajuste adecuados: CFI = .901, IFI = .901, NFI = .865 y RMSA = .055. En la figura 6 se muestra el modelo obtenido.

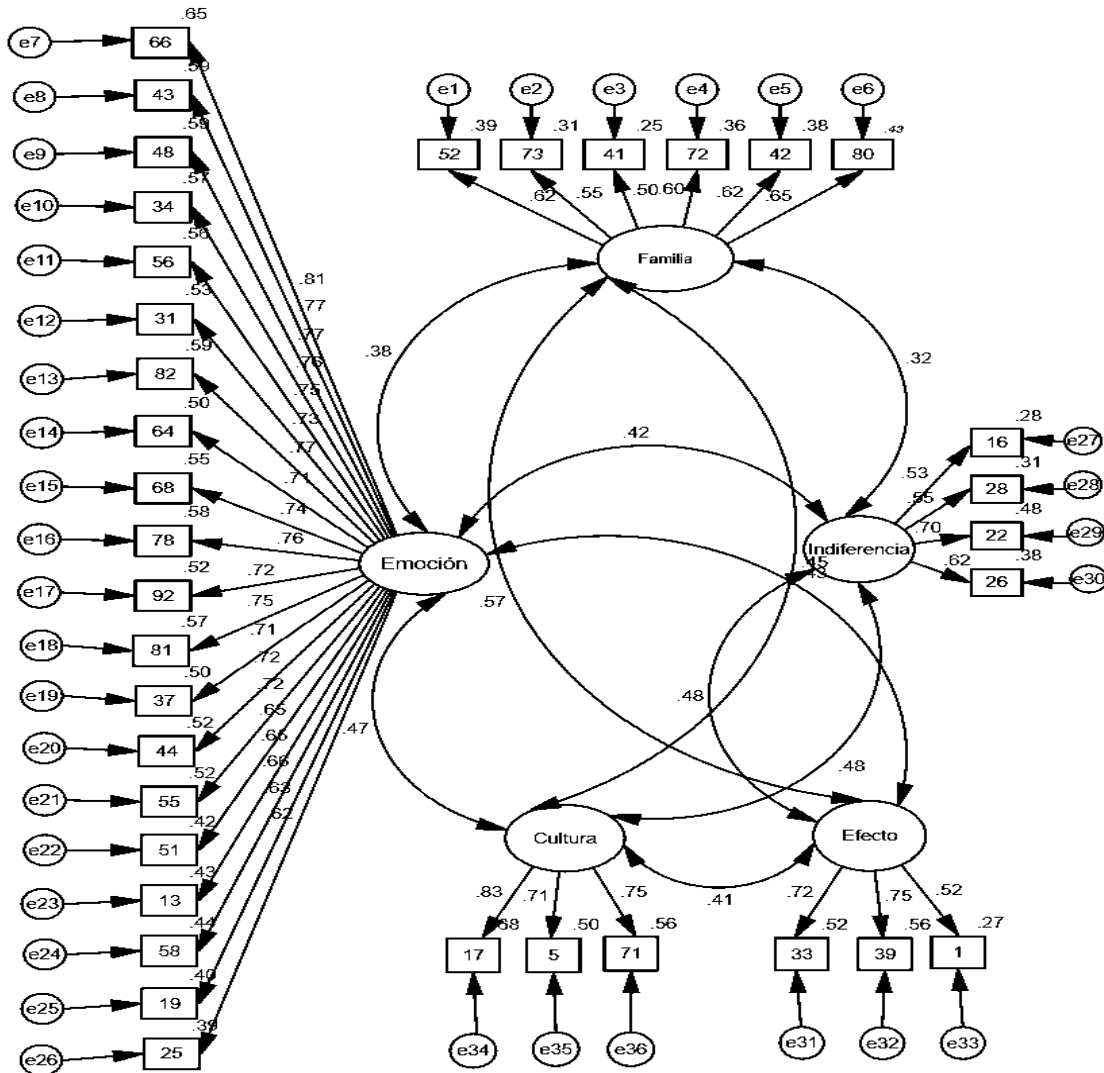


Figura 6 Modelo de ecuaciones estructurales entre los factores de la escala de alimentación emocional.

Discusión

La alimentación emocional es una dimensión de la conducta alimentaria que explica la relación entre la comida y las emociones en la persona, la familia y la cultura. Después de realizar el análisis estadístico, se validan 36 reactivos, y obtienen cinco factores, que describen el constructo de alimentación emocional.

A partir de los resultados de esta fase y al examinar la agrupación de los ítems por medios del análisis de componentes principales y la validación de los factores en el modelo de ecuaciones estructurales, cinco aspectos importantes pueden ser identificados para el tratamiento de los datos: emoción, familia, indiferencia, cultura y efecto del alimento.

Así la conducta alimentaria se establece en un bagaje de diversos contextos, en donde la emoción vinculada a ellos influye considerablemente. Lo anterior se observa, dado que el factor *Emoción* fue el que obtuvo mayor peso factorial ($\alpha=.956$). Corroborando que las variaciones del estado psicológico, afectivo y relacional, influyen sobre el modo de alimentarse, tanto en la cantidad como en la calidad, tal y como lo plantea Clerget (2011). Evaluar la emoción toma un papel de importancia clínica, dado que si las personas reconocen el vínculo entre la emoción y las opciones de alimentos poco saludables, pueden tener conciencia sobre lo que consumen y tomar decisiones más saludables cuando se encuentran ante una adversidad. Podrán ser capaces de dar un paso atrás y evaluar si es o no en realidad hambre, o simplemente tienen comer emocional (Adams et al, 2010). Las personas reconocen cambiar su modo de comer ante experiencias emocionales positivas y negativas, contrario a lo encontrado por Arnou et al. (1992 como se citó en Arnou, Kenardy & Agras, 1995), quien considera que el comer en exceso, se encuentra vinculado sólo al estado de ánimo negativo.

En cuanto al factor *Familia* ($\alpha = .767$), concuerda con los hallazgos de Domínguez-Vásquez et al. (2008) que consideran que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en sus

diversos entornos. La familia al ser el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, organiza la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción (Medellín et al., 2012). En este caso la comida, demanda la influencia de patrones de interacción, genera una rutina que establece principios que gobiernan la vida familiar, transformándola en reglas que reflejan sus valores como sistema y definen los roles de sus miembros (Fishman, 1995; Anderson & Sabatelli, 2002 en García-Méndez et al., 2006). De forma que la familia puede ser un factor de riesgo o protección en el comportamiento alimentario.

En cuanto a las respuestas fisiológicas, presentadas en el factor *Efecto del alimento* ($\alpha = .478$) se observa que las personas identifican sentir hambre ante un problema, congruente con lo presentado por Evers, De Ridder, y Adriaanse (2009) quien reporta que el comer emocional ocurre debido a la incapacidad de los individuos para distinguir entre las sensaciones de hambre y de la activación emocional.

La evidencia científica, señala que el bienestar de las personas con su alimentación se relaciona con las preferencias hacia alimentos hedónicos (deseo de consumir alimentos sabrosos), más que con motivos nutricionales (necesidades de energía y nutrientes tales como grasas, proteínas, hidratos de carbono, minerales, oligoelementos, vitaminas) o motivos de salud (alimentación sana, incluido el consumo de alimentos con un nivel bajo de calorías) (Schnettler et al., 2011).

Si el comer emocional es influido, al menos en parte, por las dificultades en la regulación de las emociones, entonces se esperaba, de acuerdo a investigaciones previas (Moon & Berenbaum, 2009), que el comer emocional se asociara con menor atención a la emoción. Sin embargo, en esta investigación, puede observarse que si existe atención a la emoción, pero no para la alimentación, dado que los ítems agrupados en el factor *Indiferencia* ($\alpha = .694$) indican que las personas no prestan atención a lo que comen. Sin embargo, se considera que los tratamientos para

reducción de peso deben enseñar a los individuos a ser más conscientes de sus emociones.

Estos resultados pueden estar relacionados con la *Cultura* ($\alpha = .803$) que es un factor importante que explica la alimentación emocional, dado que son patrones de comportamiento difíciles de modificar porque son producto de la enseñanza en la que fue formada una persona, por tanto, permanecen a lo largo de su vida y configuran y establecen su comportamiento alimentario, dotándolo de significados, en donde la comida, no representa sólo nutrición, sino es el medio para establecer relaciones y vínculos emocionales entre las personas (Cardoso, 2006).

Es necesario comprender, que la alimentación es una dimensión de la vida del ser humano que lo acompañará toda su vida. A diferencia de otros comportamientos, este debe aprender a regularse, no sólo en cantidad o calidad, como se ha venido haciendo, sino a través de un aspecto muy propio del ser humano, las emociones.

La conducta alimentaria no es un mero acto reflejo, sino una respuesta cargada de significado, pues aunque el estímulo alimenticio (comida) pueda promover la respuesta de comer, es el sujeto quien dota de sentido al estímulo percibido (Álvarez & Odero, 2008). Las disfunciones alimentarias, tiene un carácter simbólico y se consideran formas de camuflaje de diversos problemas que por otros medios no ha sido posible resolver (Sánchez-Sosa, Villarreal & Musitu, 2010).

De acuerdo a la agrupación de los factores, se observa que comer es un proceso biológico, social y psicológico que obedece a las decisiones que hace primero el individuo de dos formas diferentes: una dependiendo totalmente de los síntomas y mensajes internos del organismo respecto al hambre y saciedad, el otro método, confía en pautas y claves externas (Rodríguez, 2000).

Con los resultados obtenidos se deduce que la comida no sólo es nutrición; comer no es sólo alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano medianamente

longevo se ve obligado a practicar miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia, la comida -los alimentos- y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión (Toro, 1996).

Con estos hallazgos se demuestra que la Escala de Alimentación Emocional es eficaz para la investigación del comportamiento alimentario en adultos. La aportación teórica que muestra la escala y la correlación positiva entre todos sus factores determina una validez de constructo y de contenido. El realizar la escala con base en elementos culturales, aporta evidencia de que los fenómenos psicológicos no deben ser estimados sólo de manera individual como generalmente se ha presentado al evaluar la alimentación. Este instrumento a diferencia de otros, evalúa las emociones y su relación con la alimentación dentro de un contexto fisiológico, psicológico, social y cultural.

Se incorporan emociones positivas como parte del constructo del comer emocional, y se evalúa la indiferencia al elegir alimentos, lo cual no se presenta en otras escalas (*Emotional Eating Scale*, Waller & Osman) que evalúan el comer emocional.

La alimentación emocional se relaciona con la obesidad (Faith et al., 1997), y aunque este estudio no tenía por objetivo establecer un vínculo causal entre los dos, se puede deducir que la Escala de Alimentación Emocional podría predecir los cambios en el índice de masa corporal en los que se involucran un comer emocional.

Esta fase, presenta una nueva escala, que identifica a los individuos en función de la relación entre la ingesta de alimentos y las emociones. Contar con esta información permitirá el diseño de tratamientos personalizados de intervención para la obesidad. La escala tiene la facilidad de ser administrada en la práctica clínica. Al contar con opciones pictográficas y ser una versión corta, facilita su aplicación y evita las respuestas automáticas, lo que la vuelve fiable.

Frecuentemente al evaluar la obesidad, se emplean cuestionarios en los que la persona describe su comportamiento alimentario, pero muy a menudo es ignorado –por el médico o nutriólogo- su estado emocional, lo que dificulta la pérdida de peso y el fracaso en el tratamiento. La Escala de Alimentación Emocional, ofrece una alternativa integral y una posible solución a la problemática.

En un nivel más amplio, por medio de la escala se podría evaluar la obesidad y los trastornos del comportamiento alimentario y tomar medidas para mejorar la salud de la población.

Etapa 2: FASE I: Correlación de las Variables de estudio

Planteamiento del problema

La alimentación emocional se encuentra relacionada, no sólo con emociones negativas que le preceden, sino con la dificultad para reconocer emociones y regularlas (Moon & Howard, 2009). Hay personas que según sus experiencias de socialización e identificación con determinados modelos sociales, como la familia, evitan hablar de lo que sienten (Sivak & Wiater, 2006).

La alexitimia como característica de ambos padres, se asocia con la comunicación a través de la conducta alimentaria, que puede ser la salida necesaria en familias en las que existe una dificultad para conectarse con el mundo emocional (Espina et al., 2001). Por otra parte, la familia provee de herramientas necesarias para enfrentar los eventos estresantes de la vida, los ambientes que promueven apertura y expresión, facilitan un desarrollo saludable en los hijos (Iraurgi, Martínez-Pampliega & Rivero-Lazcano, 2011). El repertorio de hábitos nutricionales no se incorpora en el individuo de manera azarosa, se adquiere en el seno de la estructura familiar y del entorno social inmediato (Chinchilla, 2005).

Los estilos de vida no saludables, compartidos principalmente por la familia, que son modificables por la conducta, como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, que constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer (Quirantes et al., 2009). El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida que asocia el peso y la talla, es utilizado como criterio valorativo para diagnosticar obesidad. Este indicador permite la representación y significación corporal (Ocampo et al., 2013).

Se aprecia alexitimia en un 42.9% de las personas que padecen obesidad (Mitchell et al., 2008), y se observa falta de expresividad, que mejora con la pérdida de peso, lo que lleva a una mejora en el ambiente familiar (Pedersen, Zimmermann, Stallknecht, Bruun, Kroustrup et al., 2006).

MÉTODO

Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona el funcionamiento familiar, el estilo de vida y la alexitimia con la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad?

Objetivo General

Describir la relación del funcionamiento familiar, el estilo de vida y la alexitimia con la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Objetivos Específicos:

Identificar la relación del funcionamiento familiar y la alimentación emocional, en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Identificar la relación del estilo de vida y la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Identificar la relación de la alexitimia y la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Hipótesis Estadísticas

H11: Existe una relación estadísticamente significativa del funcionamiento familiar con la alimentación emocional, en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

H01: No existe una relación estadísticamente significativa del funcionamiento familiar con la alimentación emocional, en personas con Índice de Masa Corporal de, normopeso, sobrepeso y obesidad.

H12: Existe una relación estadísticamente significativa del estilo de vida con la alimentación emocional, en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

H02: No existe una relación estadísticamente significativa del estilo de vida con la alimentación emocional, en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

H13 Existe una relación estadísticamente significativa de la alexitimia y la alimentación emocional, en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

H03: No existe una relación estadísticamente significativa de la alexitimia con la alimentación emocional, en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Variable dependiente

Alimentación emocional

Definición conceptual: Comer por apetencia pero sin hambre fisiológica, en respuesta a acontecimientos tanto positivos como negativos, con la finalidad de evitar, regular, enfrentar o mejorar la experiencia emocional

Definición Operacional: Fue medida a través del puntaje obtenido en la Escala de Alimentación Emocional

Variables independientes

Alexitimia

Definición conceptual: Se refiere a la incapacidad para describir las emociones, es una constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo (Sifneos, 1973).

Definición Operacional: medida a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). La puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 0 y 100 puntos y sus autores plantean un puntaje de corte de 61 para diagnosticar un sujeto como alexitímico.

Funcionamiento familiar

Definición Conceptual: Se define como conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven (García-Méndez et al., 2006).

Definición Operacional: Medida a través del puntaje obtenido en la Escala de Funcionamiento Familiar (García-Méndez et al., 2006).

Estilo de Vida

Definición conceptual: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS 2003) se considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos.

Definición Operacional: medido a través del cuestionario de Estilos de Vida en Relación a la alimentación [FRL por sus siglas en inglés: Food-related Lifestyle] (Brunso & Grunert, 1995).

Índice de Masa Corporal (IMC)

Definición conceptual: El índice de masa corporal Índice de Masa Corporal es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (OMS, 2011).

Definición Operacional: Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) y se clasificó en normopeso, sobrepeso y obesidad.

Tipo de Estudio y diseño: descriptivo correlacional-multivariado

Instrumentos:

Escala de Alimentación emocional: consta de 36 reactivos distribuidos en 5 factores (descritos en la Etapa 1).

Escala de Alexitimia de Toronto (Bagby et al., 1994): Esta escala conocida como TAS-20, es un cuestionario de autorreporte. Consta de 20 preguntas con seis posibilidades de respuesta, en una escala tipo Likert que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 0 y 5, el punto de corte es de 61. La adaptación al español (Moral de la Rubia, 2008) muestra una estructura factorial ortogonal tridimensional, que explica el 31% de varianza.

Las tres subescalas son:

- a) dificultad para identificar sentimientos: ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14
($\alpha=0.80$ y $r=0.55$)
- b) dificultad para expresar sentimientos: ítems 2, 4, 11, 12 y 17
($\alpha =0.78$ y $r=0.61$)
- c) pensamiento externamente orientado: ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20
($\alpha=0.53$ y $r=0.36$).

La estimación de cada una de las escalas se consigue mediante la suma simple de sus reactivos. Para obtener una puntuación de Alexitimia se invierten los ítems (4,5,10,18,19) que se agrupan todos en el factor Facilidad para Interactuar Emocionalmente. Sus propiedades psicométricas reportan una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.82.

Escala de Funcionamiento Familiar (García-Méndez et al., 2006): es un cuestionario de autorreporte, consta 22 reactivos divididos en 4 factores: ambiente familiar positivo, hostilidad/evitación del conflicto, mando/problemas en la expresión de sentimientos, y cohesión/reglas. La escala explica el 56% de la varianza, con un alpha de Cronbach global de .8533. Las Alphas por factor son las siguientes:

Factor 1, .845

Factor 2, .795

Factor 3, .671

Factor 4, .703

Las definiciones de los factores de la Escala son las siguientes:

Factor 1. Ambiente familiar positivo (7 reactivos) (12, 14, 15, 17, 18, 21, 22).

Consiste en los patrones de relación vinculados con la satisfacción en la relación y el intercambio de ideas y puntos de vista que favorecen las relaciones familiares, así como las manifestaciones de afecto y respeto a través de la cercanía entre los miembros de la familia.

Factor 2. Hostilidad/evitación del conflicto (5 reactivos) (1, 6, 10, 9, 19).

Se caracteriza por una baja tolerancia para con los integrantes de la familia, lo que conduce a patrones de relación redundantes en los que prevalece el antagonismo y el desvío de los problemas.

Factor 3. Mando/problemas en la expresión de sentimientos (5 reactivos) (2, 3, 5, 16, 20).

Se refiere a la falta de claridad en las reglas a seguir por los miembros de la familia, relacionadas con su comportamiento, tanto al interior como al exterior del grupo familiar. Comprende límites confusos y dificultad para demostrar sentimientos entre los integrantes de la familia.

Factor 4. Cohesión/reglas (5 reactivos) (4, 7, 11, 8, 13).

Se refiere al vínculo afectivo que prevalece entre los miembros de la familia, y a los patrones de relación que marcan los límites de las relaciones con los hijos.

Cuestionario de Estilos de Vida en Relación a la alimentación [FRL por sus siglas en inglés: Food-related Lifestyle] (Brunso & Grunert, 1995). Caracteriza a las personas según sus hábitos de preparación y consumo de alimentos y a los valores que guían su vida. La escala explica el 59.4 % de la varianza, con un alpha de Cronbach global de .923.

Se divide en tres factores con sus respectivas Alphas:

1. Gusto por cocinar= .790
4. Conveniencia= .705
5. Tradición= .700

Índice de Masa Corporal: El índice de masa corporal es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

De acuerdo a Vargas y Casillas (1993) se clasifica a la población mexicana con los siguientes indicadores:

- Bajo peso de 15 a 18.9.
- Normopeso de 19 a 24.9.
- Sobrepeso de 25 a 29.9.
- Obesidad mayor o igual a 30.

Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado [QEWP-R] de Spitzer, Yanovski y Marcus (2008): contiene 12 preguntas, con dos opciones de respuestas tipo Likert y dicotómicas, su objetivo es identificar la frecuencia y duración del atracón alimentario, el uso de métodos para controlar el peso, el grado de ansiedad relacionada con el atracón alimentario y la presencia de indicadores conductuales de pérdida de control, con la finalidad de descartar algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Los reactivos se califican de acuerdo a reglas de decisión, que se muestran en la tabla 14.

Tabla 14

Criterios propuestos por el QEWP-R para evaluar la sintomatología de Trastorno por Atracón y Bulimia Nerviosa.

Criterios para sintomatología de TPA	
Número de pregunta	Respuestas
1 y 2	Seleccionar inciso a
3	Seleccionar los incisos: c, d o e
4	Contestar con un sí a 3 o más incisos
5	Seleccionar los incisos c y d
Criterios para sintomatología Bulimia nerviosa purgativa	
Número de pregunta	Respuestas
1 y 2	Seleccionar inciso a
3	Seleccionar los incisos: c, d o e
7	Seleccionar los incisos c o d
8 y 9	Seleccionar el inciso a y realizar estas conductas con una frecuencia de por lo menos dos o tres veces a la semana (incisos: c, d o e).

Tabla 14

Criterios propuestos por el QEWP-R para evaluar la sintomatología de Trastorno por Atracón y Bulimia Nerviosa (continuación)

Criterios para sintomatología de Bulimia nerviosa no purgativa	
Número de pregunta	Respuestas
1 y 2 Seleccionar inciso a	Seleccionar inciso a
3 Seleccionar los incisos: c, d o e	3 Seleccionar los incisos: c, d o e
7 Seleccionar los incisos c o d	7 Seleccionar los incisos c o d
10, 11 y 12 Seleccionar el inciso a (contestar afirmativamente a dicha pregunta) y	10, 11 y 12 Seleccionar el inciso a (contestar afirmativamente a dicha pregunta) y realizar estas conductas con una frecuencia de por lo menos dos o tres veces a la semana (seleccionar los incisos: c, d o e).

Entre sus propiedades psicométricas se encuentran valores de consistencia interna (Alpha de Cronbach) que van de .75 a .79. En población mexicana se observa que el QEWP-R es capaz de identificar 83.3 % de la muestra diagnosticada con TCA y al 72.5 % de la muestra sin TCA (López, Mancilla, Vázquez, Álvarez & Franco, 2011).

Participantes.

Se trabajó con 582 participantes voluntarios de la Ciudad de México (220 hombres y 280 mujeres), con un rango de edad de 30 a 60 años (M=40.4, DE=7.8). Se eliminaron a 38 participantes que se encontraba en tratamiento médico para bajar de peso y a 49 que presentaban sintomatología de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA).

Del total de participantes, 23.6% eran solteros (n=118), 52.6% casados (n=263), en 13.6% en unión libre (n=68), 8.2% divorciados (n=41) y 2% viudos (n=10). En cuanto a la escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: 10.2% de los participantes tenían estudios de primaria, 22.4% de secundaria, 17.8% de preparatoria, 15% de nivel técnico, 28.6% de licenciatura y 6% contaban con un posgrado. Del total de

los participantes, 184 eran normopeso, 230 presentaban sobrepeso y 81 tenían obesidad.

La muestra fue no probabilística intencional, se eliminaron aquellos cuestionarios no completados.

Procedimiento:

Los participantes fueron localizados en diferentes partes de la Ciudad de México: centros de trabajo, escuelas, domicilios, mercados y espacios abiertos. Contestarán los cuestionarios de manera voluntaria y se les informó a los participantes que los datos proporcionados eran confidenciales y anónimos.

RESULTADOS

NORMOPESO

En la Tabla 15 se muestran las correlaciones de los factores de la Escala de Alimentación Emocional con el Funcionamiento Familiar en normopeso. Se observa que los factores que correlacionaron significativamente son: Ambiente familiar positivo y Hostilidad/evitación del conflicto correlacionan de forma negativa con Emoción e Indiferencia, y de forma positiva con Mando/Problemas en la Expresión de los Sentimientos y Cohesión y Reglas, así como con Cultura y Efecto del Alimento.

En la Tabla 16 se muestran las correlaciones de los factores de la Escala de Alimentación Emocional con el Estilo de Vida en normopeso. Los factores que correlacionan son: Gusto por Cocinar con Familia y Efecto del Alimento, Conveniencia con Emoción e Indiferencia, Tradición con Familia, Cultura y Efecto del Alimento.

Tabla 15

Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Funcionamiento Familiar en normopeso (19 a 24.9) n=184

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efecto del Alimento
Ambiente Familiar Positivo	-0.299**	0.07	-0.194**	-0.136	-0.021
Hostilidad/Evitación del Conflicto	-0.279**	0.108	-0.147*	-0.132	-0.005
Mando/Problemas en la Expresión de los Sentimientos	0.280**	0.085	0.243**	0.312**	0.197**
Cohesión/Reglas	0.364**	0.09	0.223**	0.160*	0.232**
Media	2.2	4.07	3.33	3.75	4.06
DE	0.903	0.896	1.209	1.396	1.16

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabla 16

Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Estilo de Vida en normopeso (19-24.5) n=184

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efecto del Alimento
Gusto por cocinar	0.053	0.301**	-0.015	0.131	0.181*
Conveniencia	0.196**	-0.068	0.237**	0.076	0.061
Tradición	-0.004	0.233**	-0.069	0.145*	0.214**
Media	2.2	4.07	3.33	3.75	4.06
DE	0.903	0.896	1.209	1.396	1.16

* $p < .05$, ** $p < .01$

En la Tabla 17 se muestran las correlaciones de los factores de la Escala de Alimentación Emocional con Alexitimia en Normopeso. Todos los factores de Alexitimia correlacionan con Emoción, Indiferencia y Cultura.

Tabla 17
Correlaciones la Alimentación Emocional con la Alexitimia en normopeso (19-24.5)
n=184

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efecto del Alimento
Expresar Emociones	0.349**	0.114	0.404**	0.195**	0.102
Identificar Emociones	0.448**	0.129	0.415**	0.309**	0.139
Pensamiento Externamente Orientado	0.490**	0.078	0.304**	0.174*	0.047
Media	2.2	4.07	3.33	3.75	4.06
DE	0.903	0.896	1.209	1.396	1.16

* $p < .05$, ** $p < .01$

SOBREPESO

En la Tabla 18 se muestran las correlaciones de los factores de la Escala de Alimentación Emocional con Funcionamiento Familiar, en sobrepeso.

Tabla 18
Correlaciones de la Alimentación Emocional y el Funcionamiento Familiar en sobrepeso (25-29.9) n=230

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efecto del Alimento
Ambiente Familiar Positivo	-0.222**	0.128	-0.101	-0.068	0.016
Hostilidad/Evitación del Conflicto	-0.225**	0.230**	-0.064	-0.001	0.033
Mando/Problemas en la Expresión de los Sentimientos	0.242**	0.042	0.160*	0.156*	0.115
Cohesión/Reglas	0.300**	0.022	0.127	0.107	0.130*
Media	2.4	4.02	3.59	3.62	3.95
DE	0.984	1.042	1.213	1.506	1.28

* $p < .05$, ** $p < .01$

Se observa que los factores que correlacionaron significativamente con Alimentación Emocional fueron: Emoción correlaciona de forma negativa con Ambiente Positivo y Hostilidad/Evitación del Conflicto, de forma positiva con Mando/Problemas en la Expresión de Sentimientos y Cohesión y Reglas, Familia

con Hostilidad/Evitación del conflicto, Indiferencia con Mando/Problemas en la Expresión de Emociones y Efecto del Alimento con Cohesión/Reglas.

En la Tabla 19 se muestran las correlaciones entre la Alimentación Emocional y el Estilo de Vida en sobrepeso. Se observa que Emoción correlaciona con Conveniencia, Familia con Tradición y Efecto del Alimento con todos los factores de Estilo de Vida.

Tabla 19
Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Estilo de Vida en sobrepeso (25-29.9) n=230

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efecto del Alimento
Gusto por cocinar	0.019	0.112	0.043	-0.048	0.188**
Conveniencia	0.402**	0.057	0.082	0.081	0.139*
Traición	-0.043	0.271**	0.062	0.026	0.181**
Media	2.4	4.02	3.59	3.62	3.95
DE	0.984	1.042	1.213	1.506	1.28

* $p < .05$, ** $p < .01$

En la Tabla 20 se muestran las correlaciones de la Alimentación Emocional con la Alexitimia. Se observa que Emoción correlaciona con todos los factores, Indiferencia con Expresar e Identificar Emociones y Efecto del Alimento con Identificar Emociones.

Tabla 20
Correlaciones de la Alimentación Emocional con la Alexitimia en sobrepeso (25-29.9) n=230

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efecto del Alimento
Expresar Emociones	0.247**	0.101	0.285**	0.053	0.114
Identificar Emociones	0.341**	0.109	0.263**	0.065	0.174**
Pensamiento Externamente Orientado	0.262**	-0.046	0.08	-0.01	0.058
Media	2.4	4.02	3.59	3.62	3.95
DE	0.984	1.042	1.213	1.506	1.28

* $p < .05$, ** $p < .01$

OBESIDAD

En la Tabla 21 se muestran las correlaciones de los factores de la Escala de Alimentación Emocional con el Funcionamiento Familiar en Obesidad. Se observa que los factores Emoción e Indiferencia, correlacionaron de forma negativa con Ambiente Positivo y Hostilidad/Evitación del Conflicto, y Mando/Problemas en la Expresión de emociones correlacionó con Emoción, Indiferencia y Efecto del Alimento. Cohesión/Reglas correlacionó con Emoción y Efecto del Alimento.

Tabla 21
Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Funcionamiento Familiar en obesidad (<40) n=81

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efecto del Alimento
Ambiente Familiar Positivo	-0.347**	-0.068	-0.235*	-0.154	-0.076
Hostilidad/Evitación del Conflicto	-0.313**	-0.022	-0.275*	-0.188	-0.088
Mando/Problemas en la Expresión de los Sentimientos	0.386**	0.192	0.301**	0.17	0.374**
Cohesión/Reglas	0.367**	0.143	0.161	0.04	0.276*
Media	2.62	4.36	3.87	4.02	4.22
DE	1.213	0.86	1.212	1.514	1.185

* $p < .05$, ** $p < .01$

En la Tabla 22 se muestran las correlaciones de la Alimentación Emocional con el Estilo de Vida. Se observa una correlación significativa entre el factor Conveniencia con Emoción y Efecto del Alimento, Tradición correlaciona de forma positiva con familia y de forma negativa con Indiferencia.

Tabla 22
Correlaciones de la Alimentación Emocional con el Estilo de Vida en obesidad (<40)
n=81

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efecto del Alimento
Gusto por cocinar	0.121	0.17	0.002	0.092	0.018
Conveniencia	.460**	0.173	0.203	0.068	0.300**
Tradición	-0.029	0.228*	-0.248*	-0.082	0.068
Media	2.62	4.36	3.87	4.02	4.22
DE	1.213	0.86	1.212	1.514	1.185

* $p < .05$, ** $p < .01$

La Tabla 23 muestra las correlaciones de la Alimentación Emocional con la Alexitimia. Se observan correlaciones de todos los factores de Alexitimia con Emoción, los factores Expresar Emociones e Identificar Emociones correlacionan con Familia, Identificar Emociones con Efecto del Alimento.

Tabla 23
Correlaciones de la Alimentación Emocional con la Alexitimia en obesidad (<40) n=81

	Emoción	Familia	Indiferencia	Cultura	Efecto del Alimento
Expresar Emociones	0.394**	0.245*	0.174	0.015	0.18
Identificar Emociones	0.601**	0.290**	0.277*	0.1	0.227*
Pensamiento Externamente Orientado	0.309**	0.192	0.197	0.002	-0.042
Media	2.62	4.36	3.87	4.02	4.22
DE	1.213	0.86	1.212	1.514	1.185

* $p < .05$, ** $p < .01$

DISCUSIÓN

El objetivo de esta fase fue describir la relación del funcionamiento familiar, el estilo de vida y la alexitimia con la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Normopeso

En los normopeso las correlaciones fueron medias. El funcionamiento familiar se relaciona con todos los factores de Alimentación emocional, excepto el factor *familia*, considerando que en ésta se busca la satisfacción de las necesidades afectivas, de seguridad y correspondencia emocional adecuada de sus miembros, e influye en la conformación del género, creencias, valores, funciones, actitudes y aptitudes de cada uno (Reyes et al. 2010) pero no se relaciona con el factor familia, es decir que los rituales establecidos en torno a la comida, carecen de significado. Para este grupo, se observa que no tener un ambiente positivo y evitar el conflicto en la familia, son factores de riesgo para comer por emociones y por indiferencia. Se observa que la evitación del conflicto permite a los participantes comer para enfrentar los factores estresantes y poder resolver el conflicto.

Por el contrario, el tener problemas en la expresión de emociones y cohesión en la familia, genera comer como expresión emocional, sin importar la cantidad y calidad de los alimentos, sólo para sentir placer, asociado a la cultura. Lo que indica que las personas a las que la familia les impide expresar sus emociones, podrían modificar su ingesta como un escape emocional, por lo tanto los rituales establecidos en torno a la comida, no se presenta en el núcleo familiar (dado que no representa un vínculo positivo) pero si en sus otros grupos sociales, como el de amigos. De acuerdo con investigaciones realizadas con familias mexicanas (Díaz-Guerrero, 2001) el ser *obediente afiliativo* conlleva a considerar esto como una virtud, por tanto, los individuos obedecen sólo a quienes aman y respetan, en este caso, la familia. Respecto al estilo de vida, el gusto por cocinar, se asocia con los simbolismos alimentarios familiares y la sensación de placer que les produce la comida, ya que

una comida, en este caso, presupone el trabajo de los otros (Luban-Plozza et al., 1997).

El comer por conveniencia (comida con bajo índice nutricional, graso y muy dulce), se relaciona con el comer emocional y sin una preocupación por la calidad de los alimentos, considerando, entonces, que aún personas con peso normal utilizan la comida como forma de placer inmediato, contrario a lo planteado en otra investigación (Schachter, 1968) en la que se considera, que sólo personas con sobrepeso y obesidad son susceptibles al ambiente externo (olores, sabores, texturas). La tradición al comer alimentos con recetas ya conocidas se relaciona con el simbolismo alimentario presente en la familia, en la cultura y el efecto del alimento, es decir, que de acuerdo a esta investigación, el sentir placer por los alimentos, es consecuencia de una tradición (formas de preparación, ingredientes, recetas) más que del sabor del platillo en sí.

La presencia de alexitimia se relacionó en todos sus factores con los factores de: emoción, indiferencia y simbolismo cultural.

Kirmayer y Robins (1993) refieren que la alexitimia podría ser el resultante de algún tipo de interacción social en donde la familia, juega un papel fundamental. La cultura se relaciona con la falta de expresión de emociones dentro de la familia, así como con identificar y expresar emociones de manera individual. Sin embargo debe considerarse que el eje de las investigaciones respecto a la alexitimia en la cultura debe girar en torno a responder en qué medida estas diferencias en la expresión emocional se asocian al malestar emocional y no sólo con la falta o ausencia de palabras.

Sobrepeso

En personas con sobrepeso, las correlaciones fueron medias. El comer emocional se asoció de la misma forma con los mismos factores del funcionamiento familiar presentes en los normopeso, lo cual apoya investigaciones previas en las que se

considera que una familia que cumple adecuadamente sus funciones de protección y cuidado fomenta el desarrollo de competencias en sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas de salud (Weinreich & Hidalgo, 2004), en este caso el sobrepeso.

Comer en familia se asocia con evitar el conflicto entre sus miembros y seguir la tradición de acuerdo al estilo de vida, lo que sugiere que estas personas consideran la comida como forma de enfrentamiento, más no de solución de sus problemas. El comer de manera indiferente (sin preocupación por el contenido calórico) y como simbolismo cultural se relacionó con la falta de expresión de emociones en la familia, así como de manera personal.

De acuerdo con investigaciones hechas por Lumley et al. (1996) los pacientes alexitímicos son menos sociables y participan poco en el intercambio de emociones, especialmente para los eventos negativos y, como consecuencia, sus contactos sociales disminuyen.

En cuanto al factor de placer, se asoció con la falta de cohesión y reglas familiares, el estilo de vida (en todos sus factores) así como la dificultad para identificar emociones. En este caso, la comida representa un vehículo que conduce a la persona a la búsqueda de placer inmediato, asociado a un estilo de vida que elige en congruencia al no existir reglas en el núcleo familiar.

Obesidad

En las personas con obesidad, las correlaciones fueron medias. El factor emoción, se asoció con el funcionamiento familiar, en todos sus factores, de la misma forma que los normopeso y las personas con sobrepeso, sin embargo sus puntuaciones fueron más altas.

El comer en familia es importante sólo en el seguimiento de recetas y la identificación y expresión de emociones. Por el contrario, las personas, muestran

indiferencia al comer, cuando existen problemas en el funcionamiento familiar, no siguen recetas tradicionales y tienen dificultad para identificar emociones. En el caso de comer como simbolismo cultural, en personas con obesidad no fue significativo, este resultado, contradice estudios (Cardoso, 2006) que afirman que la cultura alimentaria configura patrones disfuncionales y es la causante de obesidad en México.

El comer por sentir placer, se asoció con problemas en la expresión de emociones en la familia, comer lo inmediato y la dificultad para identificar emociones, de acuerdo a Roux (1993) muchas de las conductas saludables son menos placenteras que las no saludables lo que probablemente termine en un conflicto para el individuo, optando hacer promesas de cambio en un futuro y por ende seguir disfrutando de lo que considera más placentero. Por otra parte, Espina et al. (2001) en su estudio con pacientes que presentaban algún trastorno del comportamiento alimentario, encontraron que la alexitimia es una característica que se presenta en ambos padres, lo cual se asocia con la comunicación a través de la conducta alimentaria, que puede ser la salida necesaria en familias en las que existe una dificultad para conectar con el mundo emocional.

Para esta etapa se concluye que las personas, independientemente de su índice de masa corporal, usan diferentes estrategias para afrontar la ansiedad, las emociones y las experiencias negativas, desplazando, sustituyendo o evitando. También la aceptación y la reestructuración cognitiva pueden considerarse en este contexto. Mientras que algunas de estas estrategias, proporcionan beneficios permanentes y efectos positivos, otras proporcionan un alivio temporal y un escape de los problemas (Faith et al., 1997).

Los tres grupos (normopeso, sobrepeso y obesidad) se relacionan de forma significativa con la expresión de emociones, similar a lo dicho por Clerget (2011), respecto a que el alimento no es tan sólo un material de construcción o un

combustible para el cuerpo, sino que constituye una parte muy importante del sistema emocional.

Se observa que dentro del estilo de vida, comer lo disponible y lo más conveniente prevaleció, lo que contradice la teoría respecto a que sólo personas con sobrepeso y obesidad respecto a personas con peso promedio, se encuentran más motivadas a ingerir alimentos grasos (Ceja et al., 2012). Del mismo modo Messer (2002) refiere que las propiedades visuales y de textura, son características sensoriales por las que los alimentos se consideran comestibles, preferibles y apropiados para un estilo de vida, pero en la población mexicana, se observa que el estilo de vida se encuentra en estrecha relación con el funcionamiento familiar, que juega un papel fundamental, al generar pautas de comportamiento y expresión emocional. Diversas investigaciones consideran que la familia, se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial, de este modo, el funcionamiento familiar, está relacionado con la emergencia de trastornos de salud física y mental (Fisher & Ranson, 1995; Hortwitz, 1986; Valdés, Serrano & Florenzano, 1994 como se citó en Weinreich & Hidalgo, 2004).

La experiencia emocional en la alimentación no se desarrolla de forma individual y aislada, sino que se construye en sociedad. De forma que, al igual que cada cultura influye y se ve influenciada por el arte, el lenguaje, las creencias, costumbres, modo de vestir, etc., también el tipo de alimentación forma parte del acervo cultural (Álvarez & Odero, 2008).

Etapas 2: FASE II: Comprobación del modelo de alimentación emocional

Se considera que el comer en exceso, se encuentra vinculado al estado de ánimo negativo, lo cual puede reflejar la falta de medidas para facilitar la distinción entre el tipo de emoción que le precede (Arnou et al., 1995). La dificultad para la expresión verbal de las emociones, característica de los comedores emocionales es fruto de la inmadurez cognitiva y de la limitación de vocabulario, está considerada como uno de los factores que subyacen a la comunicación (Pedreira et al., 2001). Existe una alta relación entre la alexitimia y tener atracones de comida, como consecuencia de la dificultad para verbalizar afectos (Pinaquy et al., 2003).

Los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar (Domínguez-Vásquez et al., 2008). Por ello, Chinchilla (2005) refiere que durante las comidas principales, cuando los miembros de la familia comparten un mayor tiempo en común, constituyendo un espacio idóneo para la comunicación y la potenciación de los vínculos relacionales entre ellos.

Dentro de los patrones de comportamiento que conforman los estilos de vida, se incluyen prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí (Müller & Beroud, 1987 como se citó en Lema et al., 2009). Las personas que tienen comportamientos no saludables y que al mismo tiempo son estables en el tiempo, tales como, el desequilibrio en la dieta, tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades tales como sobrepeso y obesidad, comparadas con aquellas personas que no incluyen estas prácticas en su estilo de vida (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2007; Wu, Rose & Bancroft, 2006 como se citó en Lema et al., 2009).

Por ello es necesario tomar en cuenta la compleja naturaleza del comportamiento alimentario antes que centrarse en modificar conductas.

MÉTODO

Pregunta de investigación

¿Cómo explica el funcionamiento familiar, el estilo de vida y la alexitimia, la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad?

Objetivo General:

Determinar si el funcionamiento familiar, el estilo de vida y la alexitimia, predicen la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Objetivos específicos:

Explicar si el funcionamiento familiar predice la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Explicar si el estilo de vida predice la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Explicar si la alexitimia predice la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Hipótesis conceptuales:

Las personas con obesidad tienden a comer más que las de peso normal al presentar emociones negativas (Arnou et al., 1995).

El comedor emocional tiene dificultades para identificar sus emociones y las sensaciones de hambre, así como menor capacidad para comunicar sus sentimientos (Bruch, 1973).

El repertorio de hábitos nutricionales no se incorpora en el individuo de manera azarosa, se adquiere en el seno de la estructura familiar y del entorno social inmediato (Chinchilla, 2005).

Los hábitos nutricionales y el contacto emocional por medio de la comida, se adquiere en la estructura familiar (Chinchilla, 2005; Espina et al., 2001).

La elección de alimentos representa una parte importante del estilo de vida, que su vez, influye de manera directa en la forma de comer, en lo que se come y en el significado que tiene la comida (Holzman, 2006).

Las personas que se dedican a comer por razones emocionales (Gracia-Arnaiz, 2007), reaccionan al afecto negativo con el aumento de apetito como estilo de afrontamiento produciendo enfermedades como sobrepeso y obesidad (Bruch, 1973; Taylor et al. 1997; Popkess-Vawter et al., 1998).

Hipótesis Estadísticas:

H1₁: Existen diferencias estadísticamente significativas entre funcionamiento familiar y la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

H0₁: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el funcionamiento familiar y la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

H1₂: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de vida y la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

H0₂: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de vida y la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

H1₃: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la alexitimia y la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

H0₃: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la alexitimia y la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Variable Dependiente

Alimentación emocional

Definición conceptual: Comer por apetencia pero sin hambre fisiológica, en respuesta a acontecimientos tanto positivos como negativos, con la finalidad de evitar, regular, enfrentar o mejorar la experiencia emocional (Rojas-Ramírez, en prensa).

Definición operacional: los puntajes obtenidos en la Escala de Alimentación Emocional.

Variables Independientes

Alexitimia

Definición conceptual: Se refiere a la incapacidad para describir las emociones, es una constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo (Sifneos, 1973).

Definición operacional: medida a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). La puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 0 y 100 puntos y sus autores plantean un puntaje de corte de 61 para diagnosticar un sujeto como alexitímico.

Funcionamiento familiar

Definición conceptual: Se define como conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven (García-Méndez et al., 2006).

Definición operacional: Medida a través del puntaje obtenido en la Escala de Funcionamiento Familiar (García-Méndez et al., 2006).

Estilo de Vida

Definición conceptual: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2003) se considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos.

Definición operacional: medido a través del cuestionario de Estilos de Vida en Relación a la alimentación [FRL por sus siglas en inglés: Food-related Lifestyle] (Bruns & Grunert, 1995).

Índice de Masa Corporal (IMC)

Definición conceptual: El índice de masa corporal Índice de Masa Corporal es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (OMS, 2011).

Definición operacional: Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) y se clasificó normopeso, sobrepeso y obesidad.

Tipo de Estudio: confirmatorio

Diseño: correlacional-multivariado.

Instrumentos: Se utilizaron los mismos de la Fase I

- Escala de Alimentación emocional.
- Escala de Alexitimia de Toronto (Bagby et al., 1994).
- Escala de Funcionamiento Familiar (García-Méndez et al., 2006).
- Cuestionario de Estilos de Vida en Relación a la alimentación (FRL por sus siglas en inglés: Food-related Lifestyle) (Bruns & Grunert, 1995).
- Índice de Masa Corporal, de acuerdo a Vargas y Casillas (1993).
- Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso- Revisado [QEWP-R] de Spitzer et al. (2008).

Participantes.

Se trabajó con 582 participantes voluntarios de la Ciudad de México (220 hombres y 280 mujeres), con un rango de edad de 30 a 60 años ($M=40.4$ años, $DE=7.8$). Se eliminaron a 38 participantes que se encontraba en tratamiento médico para bajar de peso y a 49 que presentaban sintomatología de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA). La muestra fue no probabilística por cuotas, se eliminaron aquellos cuestionarios no completados.

Del total de participantes, 23.6% eran solteros ($n=118$), 52.6% casados ($n=263$), en 13.6% en unión libre ($n=68$), 8.2% divorciados ($n=41$) y 2% viudos ($n=10$). En cuanto a la escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: 10.2% de los participantes

tenían estudios de primaria, 22.4% de secundaria, 17.8% de preparatoria, 15% de nivel técnico, 28.6% de licenciatura y 6% contaban con un posgrado. Del total de los participantes 184 eran normopeso, 230 presentaban sobrepeso y 81 tenían obesidad.

Procedimiento

Los participantes fueron localizados en diferentes partes de la Ciudad de México: centros de trabajo, escuelas, domicilios, mercados y espacios abiertos. Contestarán los cuestionarios de manera voluntaria y se les informó a los participantes que los datos proporcionados eran confidenciales y anónimos.

RESULTADOS

NORMOPESO

Para predecir la alimentación emocional en el grupo de personas con IMC de normopeso, se llevaron a cabo cinco análisis de regresión lineal paso a paso, se utilizó como variables dependientes, cada uno de los factores de alimentación emocional: emoción, familia, indiferencia, cultura y efecto del alimento. Gusto por cocinar, conveniencia, tradición, expresar emociones, identificar emociones, pensamiento externamente orientado, ambiente positivo, hostilidad/evitación del conflicto, mando/problemas en la expresión de sentimientos y cohesión/reglas, se utilizaron como variables independientes. En la Tabla 24 se muestra los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y el coeficiente de determinación (R^2) para cada modelo de predicción.

Tabla 24

Factores que intervienen en la predicción de la Alimentación Emocional en normopeso

		Normopeso n=183		
Factor	Variables	B	EE	β
Emoción	Paso 1			
	Pensamiento Externamente Orientado	.387	.084	.323
	Paso 2			
	Identificar Emociones	.196	.061	.229
	Paso 3			
	Cohesión/Reglas	.172	.060	.190
Nota. R ² = .24 para el paso 1 (p<.01), R ² = .29 para el paso 2 (p<.01) y R ² = .33 para el paso 3 (p<.01)				
Familia	Paso 1			
	Gusto por Cocinar	.206	.057	.263
	Paso 2			
	Tradición	.144	.066	.161
	Paso 3			
	Expresar Emociones	.122	.057	.149
Nota. R ² = .09 para el paso 1 (p<.01), R ² = .11 para el paso 2 (p<.01) y R ² = .13 para el paso 3 (p<.01)				
Indiferencia	Paso 1			
	Identificar Emociones	.236	.086	.241
	Paso 2			
	Conveniencia	.152	.057	.176
	Paso 3			
	Expresar Emociones	.236	.092	.224
Nota. R ² = .17 para el paso 1 (p<.01), R ² = .20 para el paso 2 (p<.01) y R ² = .23 para el paso 3 (p<.01)				
Cultura	Paso 1			
	Mando/Problemas en la Expresión de Emociones	.281	.090	.241
	Paso 2			
	Identificar Emociones	.216	.085	.196
	Paso 3			
	Gusto por Cocinar	.166	.078	.147
Nota. R ² = .09 para el paso 1 (p<.01), R ² = .13 para el paso 2 (p<.01) y R ² = .15 para el paso 3 (p<.01)				
Efecto del Alimento	Paso 1			
	Cohesión/Reglas	.259	.074	.245
	Paso 2			
	Tradición	.265	.082	.227
Nota. R ² = .05 para el paso 1 (p<.01) y R ² = .10 para el paso 2 (p<.01)				

Emoción: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación el *Pensamiento externamente Orientado* que explica el 24 % de la varianza [F (1, 182) = 57.465, p < .01]. En el segundo paso se incluyó como predictor el *Identificar Emociones* con lo que se explicó el 29% de la varianza [F (2, 181) = 38.645, p < .01]. Para el tercer paso se incluyó *Cohesión/Reglas* e incremento la varianza explicada a 33% [F (3, 180) = 29.575, p < .01].

Familia: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación el *Gusto por cocinar* que explica el 9 % de la varianza [F (1, 182) = 18.074, p < .01]. En el segundo paso se incluyó como predictor *Tradición* con lo que se explicó el 11% de la varianza [F (2, 181) = 11.373, p < .01]. Para el tercer paso se incluyó *Expresar emociones* e incremento la varianza explicada a 13% [F (3, 180) = 9.247, p < .01].

Indiferencia: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación el *Identificar Emociones* que explica el 17 % de la varianza [F (1, 182) = 37.920, p < .01]. En el segundo paso se incluyó como predictor la *Conveniencia* con lo que se explicó el 20% de la varianza [F (2, 181) = 23.207, p < .01]. Para el tercer paso se incluyó *Expresar Emociones* e incremento la varianza explicada a 23% [F (3, 180) = 18.134, p < .01].

Cultura: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación *Mando/Problemas en la expresión de emociones* que explica el 24 % de la varianza [F (1, 182) = 19.675, p < .01]. En el segundo paso se incluyó como predictor el *Identificar Emociones* con lo que se explicó el 29% de la varianza [F (2, 181) = 13.968, p < .01]. Para el tercer paso se incluyó *Gusto por cocinar* e incremento la varianza explicada a 33% [F (3, 180) = 10.997, p < .01].

Efecto del Alimento: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación *Cohesión/Reglas* que explica el 5 % de la varianza [F (1, 182) = 10.400, p < .01]. En el segundo paso se incluyó *Cohesión/Reglas* e incrementó la varianza explicada a 10% [F (2, 181) = 10.677, p < .01].

En la Figura 7 se presenta el *Modelo de Regresión de Alimentación Emocional para el grupo de Índice de Masa Corporal de Normopeso*.

Modelo de predicción para normopeso

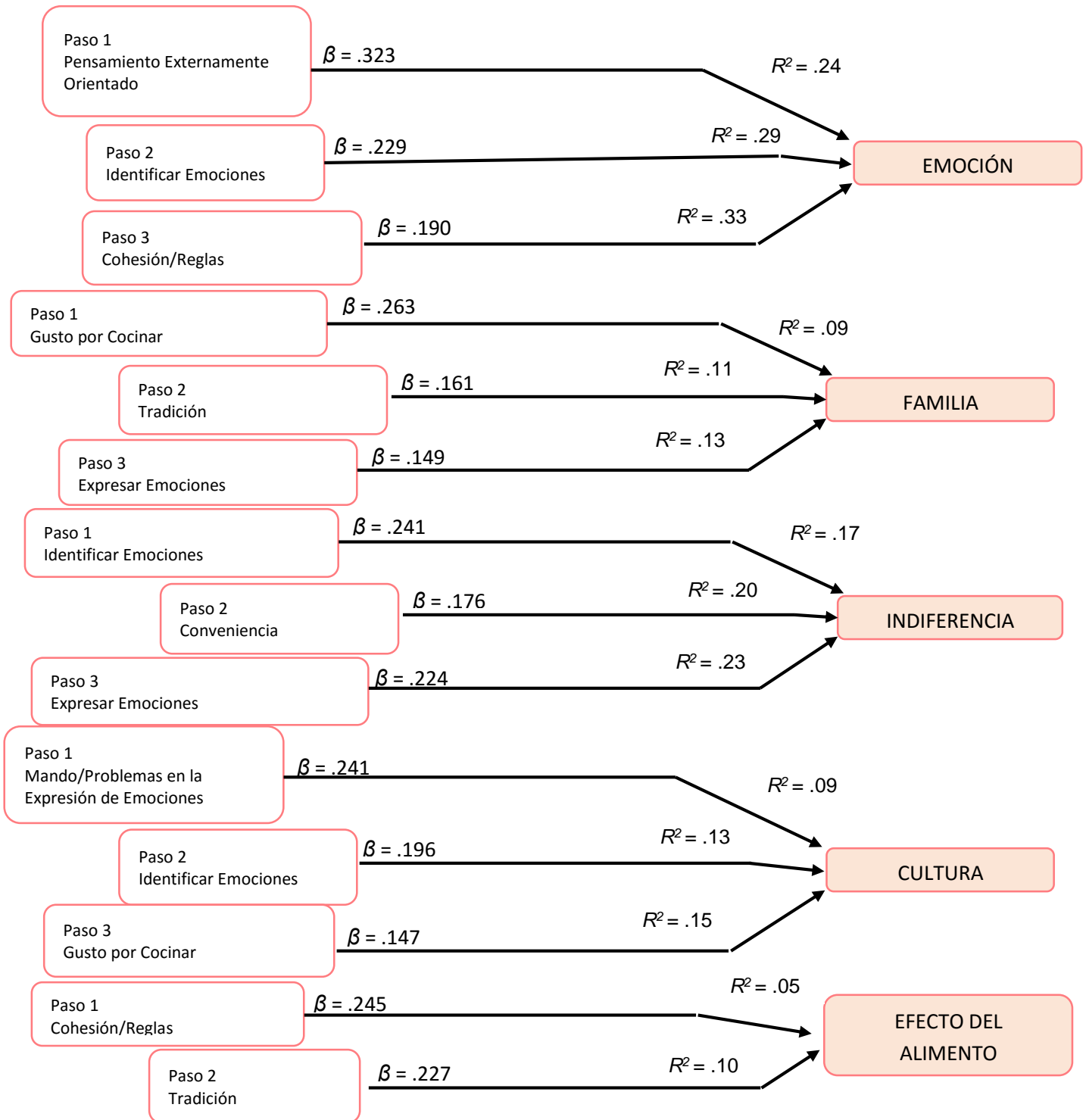


Figura 7 Modelo de Regresión para Alimentación Emocional en IMC de Normopeso

SOBREPESO

Para predecir la alimentación emocional en el grupo de personas con IMC de sobrepeso, se llevaron a cabo cinco análisis de regresión lineal paso a paso, se utilizó como variables dependientes, cada uno de los factores de alimentación emocional: emoción, familia, indiferencia, cultura y efecto del alimento. Gusto por cocinar, conveniencia, tradición, expresar emociones, identificar emociones, pensamiento externamente orientado, ambiente positivo, hostilidad/evitación del conflicto, mando/problemas en la expresión de sentimientos y cohesión/reglas, se utilizaron como variables independientes. En la Tabla 25 se muestra los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y el coeficiente de determinación (R^2) para cada modelo de predicción.

Tabla 25

Factores que intervienen en la predicción de la Alimentación Emocional en sobrepeso

		Sobrepeso n=229		
Factor	VARIABLES	B	EE	β
Emoción	Paso 1 Conveniencia	.292	.049	.351
	Paso 2 Identificar Emociones	.280	.060	.275
	Nota. $R^2 = .16$ para el paso 1 ($p < .01$) y $R^2 = .23$ para el paso 2 ($p < .01$)			
Familia	Paso 1 Tradición	.202	.061	.212
	Paso 2 Hostilidad/Evitación del Conflicto	.205	.058	.235
	Paso 3 Identificar Emociones	.158	.063	.163
	Nota. $R^2 = .07$ para el paso 1 ($p < .01$), $R^2 = .10$ para el paso 2 ($p < .01$) y $R^2 = .12$ para el paso 3 ($p < .01$)			
Indiferencia	Paso 1 Expresar Emociones	.316	.070	.285
Nota. $R^2 = .08$ para el paso 1 ($p < .01$)				
Cultura	Paso 1 Mando/Problemas en la Expresión de Emociones	.201	.084	.156
Nota. $R^2 = .02$ para el paso 1 ($p < .01$)				
Efecto del Alimento	Paso 1 Gusto por Cocinar	.177	.068	.168
	Paso 2 Identificar Emociones	.183	.078	.152
	Nota. $R^2 = .03$ para el paso 1 ($p < .01$) y $R^2 = .05$ para el paso 2 ($p < .01$)			

Emoción: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación la *Conveniencia* que explica el 16 % de la varianza [$F(1, 228) = 43,988, p < .01$]. En

el segundo paso se incluyó como predictor el *Identificar Emociones* e incremento la varianza explicada a 23% [F (2, 227) = 34.842, p < .01].

Familia: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación la *Tradición* que explica el 7% de la varianza [F (1, 228) = 18.065, p < .01]. En el segundo paso se incluyó como predictor *Hostilidad/Evitación del conflicto* con lo que se explicó el 10% de la varianza [F (2, 227) = 13.390, p < .01]. Para el tercer paso se incluyó *Identificar Emociones* e incremento la varianza explicada a 12% [F (3, 226) = 11.199, p < .01].

Indiferencia: Sólo se explicó por un paso en el que se incorporó como predictor en la ecuación el *Expresar Emociones* que explica el 8% de la varianza [F (1, 228) = 20.100, p < .01].

Cultura: Sólo se explicó por un paso en el que se incorporó como predictor en la ecuación el *Mando/Problemas en la Expresión de Emociones* que explica el 2% de la varianza [F (1, 228) = 5.694, p < .01].

Efecto del Alimento: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación el *Gusto por Cocinar* que explica el 3% de la varianza [F (1, 228) = 8.342, p < .01]. En el segundo paso se incluyó *Identificar Emociones* e incrementó la varianza explicada a 5% [F (2, 227) = 6.991, p < .01].

En la Figura 8 se presenta el *Modelo de Regresión de Alimentación Emocional para el grupo de Índice de Masa Corporal de Sobrepeso*.

Modelo de predicción para sobrepeso

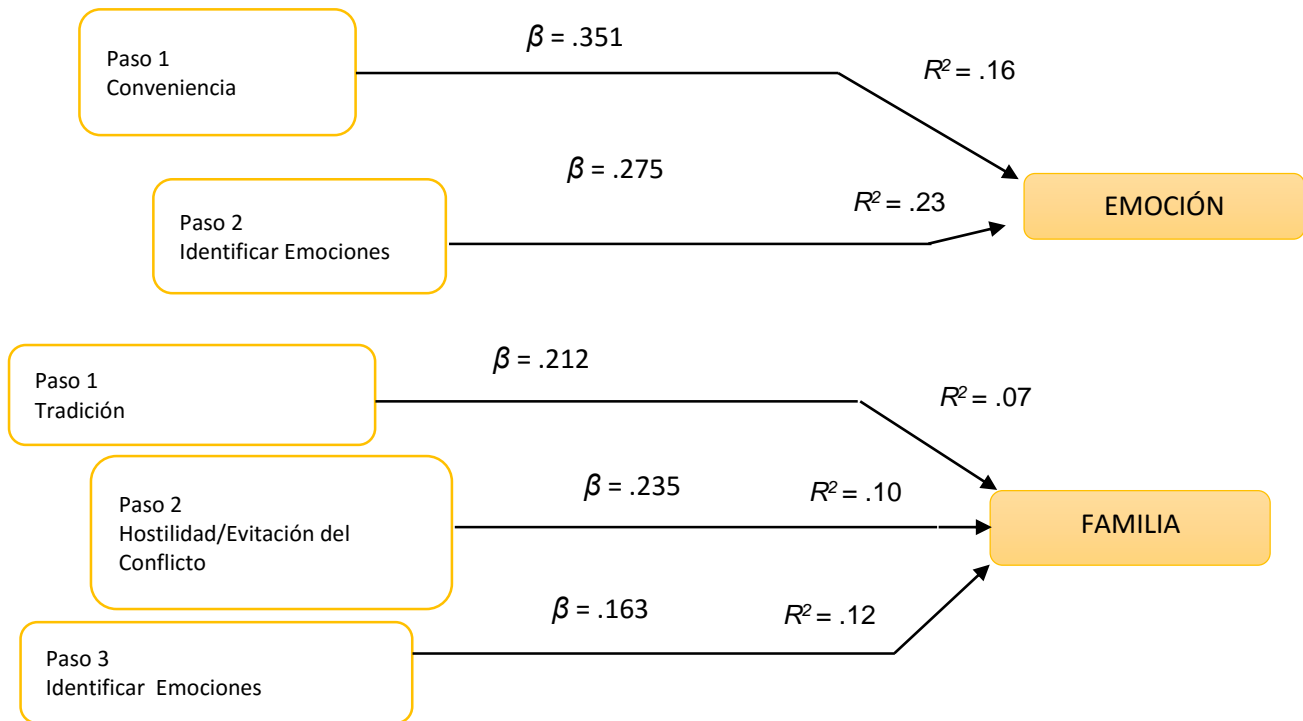


Figura 8 Modelo de Regresión para Alimentación Emocional en IMC de Sobrepeso

OBESIDAD

Para predecir la alimentación emocional en el grupo de personas con IMC de obesidad, se llevaron a cabo cinco análisis de regresión lineal paso a paso, se utilizó como variables dependientes, cada uno de los factores de alimentación emocional: emoción, familia, indiferencia, cultura y efecto del alimento. Gusto por cocinar, conveniencia, tradición, expresar emociones, identificar emociones, pensamiento externamente orientado, ambiente positivo, hostilidad/evitación del conflicto, mando/problemas en la expresión de sentimientos y cohesión/reglas, se utilizaron como variables independientes. En la Tabla 26 se muestra los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y el coeficiente de

determinación (R^2) para cada modelo de predicción. En la Figura 9 se presenta el *Modelo de Regresión de Alimentación Emocional para el grupo de Índice de Masa Corporal de Obesidad*.

Tabla 26

Factores que intervienen en la predicción de la Alimentación Emocional en obesidad

		Obesidad n=79		
Factor	Variables	B	EE	β
Emoción	Paso 1			
	Identificar Emociones	.508	.093	.498
	Paso 2			
	Conveniencia	.234	.074	.290
Nota. $R^2 = .35$ para el paso 1 ($p < .01$) y $R^2 = .42$ para el paso 2 ($p < .01$)				
Familia	Paso 1			
	Identificar Emociones	.198	.069	.307
Nota. $R^2 = .09$ para el paso 1 ($p < .01$)				
Indiferencia	Paso 1			
	Hostilidad/Evitación del Conflicto	-.232	.096	-.258
	Paso 2			
	Tradición	-.276	.123	-.239
Nota. $R^2 = .08$ para el paso 1 ($p < .01$) y $R^2 = .13$ para el paso 2 ($p < .01$)				
Cultura				
Efecto del Alimento	Paso 1			
	Mando/Problemas en la Expresión de Emociones	.425	.116	.382
	Nota. $R^2 = .14$ para el paso 1 ($p < .01$)			

Emoción: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación el *Identificar Emociones* que explica el 35 % de la varianza [$F(1,78) = 42.124$, $p < .01$]. En el segundo paso se incluyó como predictor la *Conveniencia* e incrementó la varianza explicada a 42% [$F(2,77) = 28.536$, $p < .01$].

Familia: Sólo se explicó por un paso en el que se incorporó como predictor en la ecuación el *identificar Emociones* que explica el 9% de la varianza [$F(1,78) = 8.139$, $p < .01$].

Indiferencia: En el primer paso se incorporó como predictor en la ecuación la *Hostilidad/Evitación del conflicto* que explica el 8% de la varianza [$F(1,78) = 42.124$,

$p < .01$]. En el segundo paso se incluyó como predictor la *Tradición* e incrementó la varianza explicada a 13% [$F(2,77) = 28.536, p < .01$].

Cultura: No pudo ser predicha

Efecto del Alimento: Sólo se explicó por un paso en el que se incorporó como predictor en la ecuación el *Mando/Problemas en la Expresión de Emociones* que explica el 14% de la varianza [$F(1, 78) = 13.353, p < .01$].

En la Figura 9 se presenta el *Modelo de Regresión de Alimentación Emocional para el grupo de Índice de Masa Corporal de Obesidad*.

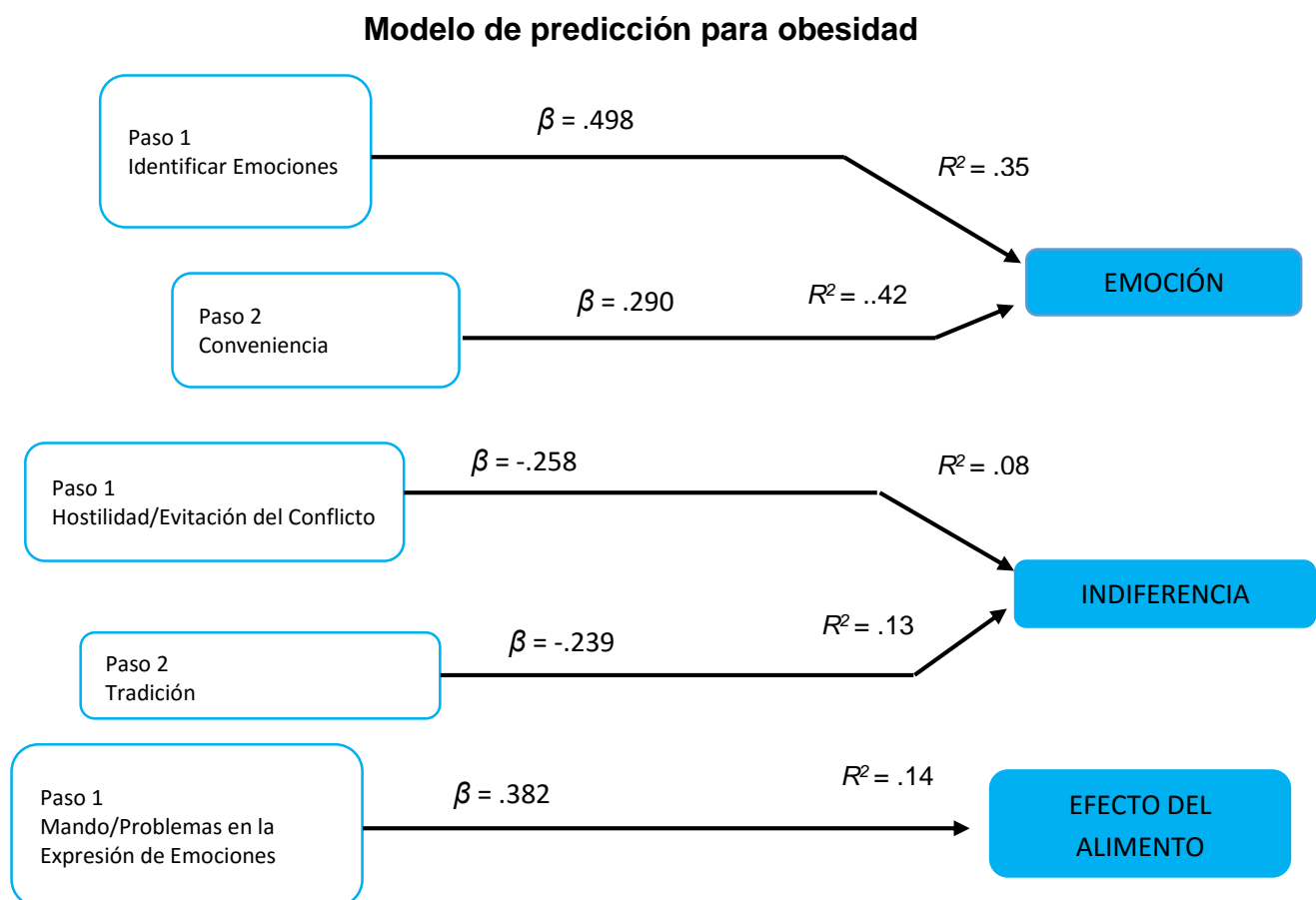


Figura 9 Modelo de Regresión para Alimentación Emocional en IMC de Obesidad

DISCUSIÓN

La Fase II tuvo como objetivo: Determinar si el funcionamiento familiar, el estilo de vida y la alexitimia predicen la alimentación emocional en personas con Índice de Masa Corporal de normopeso, sobrepeso y obesidad. A través de los resultados se muestra la predicción en cada uno de los grupos de índice de masa corporal.

Normopeso

En este grupo se observa que todos los factores de la escala de alimentación emocional, se predijeron. El factor *Emoción* en personas con peso normal, se explica a partir del pensamiento externamente orientado y la dificultad para identificar emociones (alexitimia) y el establecimiento de reglas muy rígidas en la familia (funcionamiento familiar). Esto determina que las personas con peso normal que comen por emociones perciben un funcionamiento familiar rígido y que posiblemente establecen las normas de convivencia instituidas en la comida, lo que los lleva a presentar rasgos de alexitimia.

En investigaciones recientes (Vanstrien et al., 2013), encontraron que las personas con IMC normal, tienden a regular mejor sus emociones y por lo tanto el presentar alegría o tristeza no genera diferencias en su ingesta, lo cual difiere en esta investigación en la que se encuentra presente la alexitimia como variable que predice a este grupo. Para comprender cómo es que personas con peso normal, muestran indiferencia por los alimentos que consumen, se explica a partir de la dificultad para identificar y expresar emociones, así como el consumir aquellos alimentos que se encuentran disponibles y son de fácil acceso. Las emociones positivas pueden contribuir al consumo de alimentos en los comedores normales, incluso la alegría puede aumentar el índice hedónico de los alimentos (Macht, 1999).

Los normopeso, también ingieren de forma emocional, sin embargo, las causas para su consumo son más diversas en comparación con los otros grupos. En ocasiones es posible comer en abundancia como forma para medir las propias capacidades o responder a los apremios que la cultura representa (Gracia-Arnaiz, 2007), pero el

hecho de que comer de forma emocional no los lleve al sobrepeso u obesidad, no implica que deban dejarse de lado en la intervención clínica.

La cultura determinó el comer emocional sólo en los normopeso, pero no fue significativa para los demás grupos, tal parece, que conforme existe un aumento del IMC, se modifica la ingesta emocional. Las prácticas alimentarias no responden tan sólo a la necesidad biológica de llenar el cuerpo de combustible, según la visión mecanicista del ser humano, sino a las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales en las diferentes sociedades. Observar que el alimento no es sólo algo para nutrir no significa olvidar que también es una sustancia para subsistir (Gracia-Arnaiz, 2007). De tal modo que emoción e ingesta, así como emoción y comportamiento parecen actuar conjuntamente (Cordella, 2008).

Lo que caracteriza la predicción de todos los factores (excepto efecto del alimento) son la expresión e identificación de emociones y el pensamiento externamente orientado de la alexitimia. Se han estudiado con diferentes patologías, descartando a los normopeso (Pedinelli, 1992) sin embargo, la tendencia en este estudio, apunta a que en este grupo existe una mayor predicción, aunque con menor impacto que en los grupos de sobrepeso y obesidad.

Si consideramos que para este grupo, la alexitimia es resultante de un proceso social y cultural (Kirmayer, 1993) entonces la ingesta para este grupo no es un problema de peso, sin embargo, la falta de expresión emocional, componente de la alexitimia, podría generar otros problemas no alimentarios.

Las preguntas que debe plantearse para comprender la alimentación emocional, no es lo que se pesa, o lo que se come, de acuerdo a (Contreras, 2002) debe referir, por ejemplo, quién, cuándo, dónde, con quién, cómo y por qué se come lo que se come; por qué lo come quién lo come, por qué se come cuando se come, por qué se come donde se come, por qué se come cómo se come, etc.

Sobrepeso

En cuanto a las personas con sobrepeso, lo que mejor explica su alimentación emocional es la dificultad para identificar emociones y el que los alimentos se encuentren disponibles. Es decir, cuando este grupo tiene dificultad para identificar lo que sienten y en su medio ambiente se encuentra comida de bajo contenido nutricional (chatarra, congelada, rápida), los lleva a comer de forma emocional. Esto concuerda con investigaciones de Martín (2001) donde sugiere que la comida sirve para aliviar angustia emocional y lograr una satisfacción a corto plazo pero que es la publicidad la que sirve como reforzador para los comedores emocionales.

Los anuncios de alimentos, que muestran comida rápida y placentera, se asocian con malas decisiones de consumo, la exposición a la publicidad influye hacia el consumo de alimentos no saludables y con mayor contenido de grasa (French, Story, Neumark-Sztainer, Fulkerson, & Hannan, 2001).

De acuerdo a Wicks, Warren, Fosu, y Wicks, R. (2009), no es sólo la presentación de anuncios, ya que estos también contienen mensajes emocionales que promueven la diversión y felicidad. Estas señales externas tentadoras, pueden activar un deseo por los alimentos y aumentar su consumo, entonces los comedores emocionales pueden ser especialmente susceptibles a la publicidad para alimentos hedónicos (dulces, chocolates, pizza, etc.)

En cuanto al por qué comen de forma emocional en la familia, su explicación se da respecto a la tradición en la preparación de los alimentos, la hostilidad/evitación del conflicto y la dificultad para identificar emociones. Se puede percibir familias tradicionales que presentan como único contacto emocional, la comida, son aquellas que evitan hablar de sus problemas pero consideran la hora de comer “sagrada”.

Dado que en este grupo se encuentran características de alexitimia, es posible que esta sea aprendida dentro del núcleo familiar y el tener recetas familiares es el único

medio de expresión y vínculo entre sus miembros, sobre este punto, Espina et al. (2001) en un estudio encontró que la alexitimia es una característica de ambos padres, asociada con la comunicación a través de la conducta alimentaria, y es una salida necesaria en familias en las que existe una dificultad para conectar con el mundo emocional.

En este grupo, cuando la familia tiene dificultad para expresar emociones, las personas comen para sentir placer inmediato, la teoría de la regulación emocional (Gross, 1998) sugiere que los individuos siempre tomarán medidas para no sentir emociones negativas, buscando un estado hedónico y placentero que les permita minimizar esos estados y la búsqueda constante de auto-recompensa, en este caso la comida.

En una investigación previa con comedores emocionales encontraron, que para estas personas era común, no realizar una evaluación activa de sus acciones (consumo desmedido), sustituyéndolas por racionalizaciones hedónicas, que de acuerdo a son una forma de dispensamiento prefactual que la gente utiliza para justificar y ceder a una tentación o un consumo (Moore & Bovell, 2008 como se citó en Kemp et al., 2011).

Para algunas personas, comer en compañía es muy importante, les produce alegría y en muchos casos la única alegría en su vida (Luban-Plozza et al., 1997). Por eso, la familia debiera ser considerada si se desea que el grupo reduzca de peso y no sólo los cambios en sus hábitos alimentarios.

Obesidad

La alimentación emocional en personas con obesidad, se explica a partir de la dificultad para identificar emociones y con comer lo conveniente que es un factor del estilo de vida, se presenta con un efecto mayor que en el grupo de personas con sobrepeso. Estos hallazgos se relaciona a que las personas con obesidad tienen menos conciencia emocional, lo que implica que ponen menos atención al grado

con el que se valoran, identifican y describen las propias emociones y por consecuencia a un comer emocional (Moon & Berenbaum, 2009).

Los recursos de control de comedores emocionales pueden ser reducidos debido a la excitación emocional, lo que da lugar a la disminución de la autorregulación, entonces, la emoción suprime la cognición (Macht, 2008b), por lo que los obesos, parecen no interesarse por el contenido de los alimentos, en lo que interviene la hostilidad y la evitación del conflicto en la familia, y el tener tradiciones respecto a la preparación de los alimentos. En este caso, la comida sirve para evitar el conflicto en la familia desplazándolo hacia recetas conocidas (y por lo tanto que no alteran el funcionamiento familiar) porque comer emocionalmente requiere un mínimo esfuerzo cognitivo, y se da una asociación en automático, lo que genera hábitos de dependencia a alimentos disponibles como el chocolate (opioides endógenos) lo que provoca indiferencia respecto al contenido nutricional (Hermans, Baeyens, & Eelen, 2003) y poca motivación por conocer el contenido de los alimentos (Kemp et al., 2011).

En las personas con obesidad, la comida sirve como forma de hacer frente a una situación, hace que se sientan mejor, es una distracción del afecto negativo, funciona como un escape y para evitar sentir y expresar sus emociones negativas (Bekker et al., 2003). La indiferencia, componente de la alexitimia, relacionada a la alimentación, pudiera no ser consiente, ya que al tomar una actitud despreocupada en la alimentación, implica hacer una evaluación de la situación sin esfuerzo, de manera rápida y sin acción, el cual, a su vez es un aprendizaje asociativo que se activa por una emoción (Ayres, Prestwich, Conner & Smith, 2010).

A diferencia del grupo de sobrepeso, en los obesos, los simbolismos familiares en torno a la comida no fueron importantes y el explicar por qué el consumir alimentos, únicamente por placer, se encuentra que en la familia existen dificultades para expresar emociones.

De acuerdo con investigaciones hechas por Lumley et al. (1996) los pacientes alexitímicos son poco sociables y participan menos en el intercambio de emociones, especialmente para los eventos negativos y, como consecuencia, sus contactos sociales son mínimos. A su vez, las deficientes habilidades sociales de los sujetos alexitímicos afectan al tamaño de su red de apoyo social, que es reducida, a la percepción que tienen del apoyo social que reciben de ella, que es bajo, y a las relaciones de proximidad con sus integrantes, que son débiles. Todo ello podría hacer pensar que la carencia de habilidades sociales y las escasas relaciones sociales, así como la intolerancia al estrés, son factores que se alimentan mutuamente en las personas con altas puntuaciones en alexitimia.

Las implicaciones de este estudio para la obesidad, manifiestan que es posible que la presentación de la enfermedad con causas emocionales puedan ayudar en el estigma público y discriminación asociada con la obesidad, esto no implica que la única causa de la obesidad sea emocional, sin embargo, le da un enfoque distinto a la enfermedad y abre nuevos senderos en su percepción.

Estar dentro o fuera de casa tiene efectos diferenciales en los grupos de IMC. Las personas con sobrepeso/obesidad comen más cuando están fuera de casa, mientras que los normopeso consumen aproximadamente la misma cantidad en casa como fuera. No se tiene una idea de cómo la susceptibilidad externa contribuye a la obesidad pero si se sabe que a mayor disponibilidad de lugares, existe más sobrepeso y obesidad (De Castro, King, Duarte-Gardea, Gonzalez-Ayala & Kooshian, 2012)

De acuerdo a Schmidt (2008), personas que se consideran en deuda con otras personas y se encuentran en una situación que les genera tensión, probablemente tienden a reducirla, comiendo, es decir, somatizan como estilo de afrontamiento y comer les permite tener una descarga emocional.

Los estados emocionales pueden tener efectos importantes en el comportamiento alimentario y el resultado, puede ser comer en exceso o muy poco, sin embargo, la emoción en sí misma no puede ser responsable de excesiva ingesta, la verdadera causante del sobrepeso, es la forma en que la emoción es afrontada por la persona. Solamente al conocer los factores emocionales se puede reforzar los hábitos saludables que permitan controlar el peso (Sánchez & Pontes, 2012).

La relevancia de este estudio, sugiere indagar si los comedores emocionales tienen dificultades con la regulación de las emociones en general, y esto también impregna a otros comportamientos de su vida, o es sólo una característica que se ve reflejada en la alimentación.

Los comedores emocionales, se encuentran más susceptibles a factores externos (olores, sabores, mercadotecnia, normas sociales) o bien son conscientes de la influencia pero los utilizan como proceso para regular sus emociones. Tomar en cuenta la cultura para identificar su influencia en los simbolismos emocionales relacionados con la comida, permitió generar mayores recursos para la comprensión del Índice de Masa Corporal, el cual es en su mayoría estudiado sólo a través del peso y las conductas que conducen a él.

La información obtenida sirve para incorporar técnicas y tratamientos para problemas de alimentación, las cuales deberán ser guiadas para hacer más conscientes de sus emociones a la persona y no sólo centrar la investigación en las emociones negativas.

CONCLUSIONES

Las investigaciones actuales en torno a la obesidad se centran en la dieta equilibrada basada en comer “de todo un poco”, realizar ejercicio físico y tener adherencia terapéutica al tratamiento. Sin embargo, las personas que siguen un tratamiento tradicional, al poco tiempo recuperan el peso con el que habían comenzado y en muchos casos lo superan.

De forma alterna, esta investigación aportó evidencia científica que prioriza los aspectos emocionales, familiares y de estilo de vida que juegan un papel decisivo en el índice de masa corporal, y que se reflejan principalmente en la obesidad.

Las emociones como manifestación del mundo subjetivo tienen una relación importante en la salud, incitan y mantienen el consumo de cierto tipo de alimentos. Deben incorporarse en la evaluación médica con la importancia que merece la persona, si se pretende que mantenga un peso adecuado de forma permanente. El abordaje y tratamiento de factores psicológicos es fundamental, pues de lo contrario el paciente que come o deja de comer, se culpa por un comportamiento inadecuado y se atribuye la total responsabilidad de su peso.

Para tal efecto, no se pretende atribuir la obesidad sólo a factores psicológicos, por el contrario, el interés de este estudio considera a los investigadores de otras profesiones al trabajo interdisciplinario. De tal forma que los componentes metabólicos, hereditarios y genéticos puedan incorporarse a un modelo integral.

A pesar de que es diverso el número de factores que influyen en el peso corporal, como se describió en la evidencia teórica, la probabilidad de desarrollar obesidad debido a factores genéticos, es mínima comparada con la comportamental. Es decir, que la explicación del IMC no debe ser universal, un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro.

El sector salud invierte una gran cantidad del presupuesto gubernamental en crear estrategias para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Su prioridad es la población “enferma” pero deja de lado al grupo de *normopeso* -que representa al 30% de la población- por considerarlo en los límites saludables. Es posible que si

se indaga en las características de las personas con peso normal, se encuentren factores de protección que puedan mejorar la explicación del aumento del IMC en lugar de dividir a los grupos en “sanos” y “enfermos”.

Si se observa el fenómeno en retrospectiva, la obesidad es el resultado de un complejo e interesante mundo emocional y no de un paciente “desobediente” e “ingenuo”. La tendencia a la autopreservación, es evidencia de que ninguna persona, de manera consciente, desea enfermar o morir por consecuencia de la mala elección de sus alimentos.

Las evidencias aquí presentados, indican que los principales componentes que influyen en la elección y consumo de alimentos, es el estado de ánimo. La alexitimia se presentó como una variable constante en los tres grupos, de forma que la falta de identificación y expresión emocional trae como consecuencia, cambios en la ingesta.

La ansiedad, la depresión, la ira, el enojo y la soledad, no fueron las únicas emociones presentes en el comedor emocional. Contrariando las investigaciones que sugieren que el aumento o al disminución de la ingesta se atribuye a factores negativos, en esta investigación se consideraron las emociones positivas, felicidad, alegría, júbilo, que jugaron un papel de activadoras, reguladoras y mejoradoras de situaciones agradables.

Sin importar si las emociones son positivas o negativas, son canalizadas por cada persona de forma diferente. Algunos alimentos sirven para sustituir, otras para distraer y a veces también para desplazar las emociones; al ser presentadas en un plano que el individuo no puede controlar, utiliza la comida como forma de “hablar sin pronunciar palabras”. Es posible la creación de un perfil psicológico que indique las características para cada grupo de IMC.

En atención a la problemática expuesta, la obesidad no es sólo el conjunto de conductas desfavorables que deben evitarse, sino entenderse.

En la perspectiva aquí descrita, el individuo no es un ser aislado, por el contrario tiene como primera instancia una familia, la cual le provee de significados positivos o negativos asociadas a la comida. Posteriormente, su círculo se extiende a otros grupos sociales –de amigos, pareja, compañeros- que de acuerdo a los resultados encontrados, cobran un significado diferente en el comportamiento alimentario. De manera que los simbolismos de la comida en la familia pueden ser agradables y desagradables en otros grupos sociales, y viceversa.

En este sentido, se comprende porque un individuo cuando acude a consulta médica por problemas de salud relacionados con su alimentación, y el especialista le indica los cambios conductuales -tanto en la calidad como en la cantidad de los alimentos- inmediatamente el paciente presenta cierto desánimo y apatía por iniciar un tratamiento que lo aísla de la presencia de otras personas y por tanto de su cultura. El convertir un ritual perpetuado socialmente y conocido como “la hora de la comida”, en uno estrictamente natural, tiene poco impacto en el tratamiento de la obesidad.

Es del conocimiento de la Psicología que el ser humano es un ser biopsicosociocultural, y como tal, se obliga a que la ciencia no observe el comportamiento alimentario, de forma unidireccional.

En México la alimentación es considerada patrimonio cultural, sus manifestaciones se representan en los platillos típicos de cada región. El orgullo que manifiesta tanto el cocinero como el comensal en los ingredientes, la preparación y la degustación, muestran la relevancia de la cultura en la explicación del fenómeno.

Dentro del estilo de vida, la alimentación representó una de las áreas más determinantes en la salud, a diferencia de otras necesidades fisiológicas, comer es una decisión que se toma todos los días, de forma que la ingesta de alimentos en el comedor emocional se realiza automáticamente, es un proceso que se repite una y otra vez. En este estudio supone las bases para contemplar el estilo de vida como

el conjunto de decisiones que el individuo elige dentro de lo disponible, pero basadas en estados emocionales y no sólo en la disponibilidad de los alimentos. Una alternativa conveniente para detectar el patrón personal de reacción ante diversas emociones es llevar un diario de alimentación, anotando los alimentos y reconociendo las emociones vinculadas al tipo de alimento, la hora del día y las personas con las que convive, favorece la toma de decisiones y mejora la salud.

El tratamiento para la obesidad debe ser integral, proporcionar no sólo indicaciones que le permitan un cambio de hábitos alimentarios, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr una educación emocional.

La reducción de peso como meta debe ser sustituida por la concepción de la persona y el reconocimiento de sus emociones.

Hasta el cierre de esta investigación, en México no existe una caracterización emocional de las personas en relación a su IMC. Es necesario conocer la interrelación de todas las variables estudiadas para tener una mejor caracterización de las personas en relación a su peso. Las implicaciones terapéuticas se observaran en la definición ser humano pensante, actuante y por supuesto sintiente.

No obstante, la importancia de las emociones en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son específicos, por lo que los profesionales de la salud deben gestionar información, acompañamiento y educación al paciente.

Implicaciones teóricas y metodológicas

* Existen factores emocionales que se encuentran vinculados a la obesidad, unos más frecuentes que otros, pero eso no implica que todos los tipos de obesidad se definan en función de las emociones.

* El hacer conscientes a las personas respecto a lo que sienten no es suficiente para el tratamiento de la obesidad, para ser eficaz se necesitan cambios en el comportamiento.

* Las personas no suelen encontrarse en forma aislada sino interrelacionadas unas con otras, sin embargo la familia y la cultura no deben culparse de las decisiones que realiza una persona con obesidad, por el contrario su función se ve influenciada por la interpretación de la persona.

* La alexitimia no es una característica exclusiva de las personas con obesidad, ni tampoco todas las personas obesas tienen alexitimia. Sin embargo, identificar y expresar las emociones son de fundamental importancia a la hora de planear un tratamiento.

* No existe una causa única de la obesidad, sino la combinación de diversas variables culturales, sociales, psicológicas, genéticas, ambientales que interactúan en el desarrollo y mantenimiento.

* El modelo presentado fue teórico predictivo, es importante el llevarlo a la práctica para mejorar sus efectos y contribuir a su mejora.

* Los instrumentos utilizados para evaluar el fenómeno son confiables y validos pero es necesario contemplar la falta de una entrevista clínica que valide de forma paralela los resultados obtenidos.

* No se puede concluir si es la obesidad la consecuencia de una mala regulación de las emociones, o bien la obesidad genera una mala regulación emocional.

Limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones

- Alcance: si bien este trabajo aporta evidencia empírica, debe considerarse que no existe un tratamiento único para la obesidad. Las personas regulan de forma diferente sus emociones de acuerdo a la etapa de la vida en la que se encuentran, sin embargo, los participantes fueron tomados como un solo grupo unificado, ignorando las diferencias presentes.
- Participantes: en el estudio exploratorio, al comparar los significados asociados a la alimentación, se percibe a los hombres con más libertad en su conducta alimentaria y por el contrario a las mujeres con culpa. Consecuentemente se recomienda evaluar las diferencias entre hombres y

mujeres para mejorar el perfil de cada grupo y realizar una mejor intervención. De igual manera, los participantes pertenecen a la Ciudad de México y área metropolitana, debido a la riqueza cultural del país, se vuelve necesario la evaluación de otros estados. Debe señalarse también, la no inclusión de niños en este estudio, a pesar de ser una población susceptible a la obesidad y consecuentemente a desarrollar diabetes.

- Variables: la explicación de la alimentación emocional debe incluir variables específicas atribuidas a las emociones, tales como: consciencia emocional, atención a la emoción, regulación emocional y anhedonia.
- Diferenciación: es importante diseñar una escala que permita a los participantes distinguir entre el hambre fisiológica y el hambre emocional.
- Abordaje: finalmente el abordaje debe ser multidisciplinario, de forma que en algún momento la evaluación de la obesidad incorpore aspectos metabólicos, endocrinos, fisiológicos, físicos y por supuesto, psicológicos. La fuerza entre las variables que intervienen en la alimentación es poco clara, las investigaciones deberán considerar la creación de modelos complejos que permitan visualizar nuevas formas de intervención.

REFERENCIAS

- Abramson, E. (1993). *El Comer Emocional*. España: Desclée de Brouwer.
- Adams, A., Burket, T., Grelle, J. & Rodgers, S. (2010). The Effect of Anxiety on Food Selection. *Stress on Food. PSY*, 220, 1-12.
- Alonso-Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34(6), 481-490.
- Álvarez, M. (2012). *Teorías Psicológicas*. México: Red de Innovación.
- Álvarez, R., Argiz, V., Hilario, F. & Rodríguez A. (2011). Trastorno distímico y alexitimia. *Psicología.com*. 15(26). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4326>.
- Álvarez, M. & Odero, D. (2008). Análisis dimensional de la conducta alimentaria desde el paradigma psicósomático. *Interpsiquis*, 1, 1-9.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, I. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Amon, D., Guareschi, P. & Maldavsky, D. (2005). La Psicología social de la comida: Una Aproximación Teórica y Metodológica, la comida y las Prácticas de la Alimentación como secuencias narrativas. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 7, 45-71.
- Anderson, D. & Wadden, T. (1999). Treating the obese patient. Suggestions for primary care practice. *Arch Fam Med*, 8, 156-167.
- Arnou, B., Kenardy, J. & Agras, W. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155-170.
- 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 of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Ayres, K., Prestwich, A., Conner, M. & Smith, P. (2010). Emotional Eating Moderates the Relationship between Implicit Measures of Attitudes and Chocolate Consumption. *European Journal of Personality*, 25, 317–325.
- Baas, M., Wakefield, L. & Kolassa, K. (1979). *Community nutrition and individual food behavior*. USA: Burgess Intl Group.

- Bagby, R., Parker, J. & Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bandura, A. (1982). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. España: Alianza.
- Baños, R., Cebolla, A. Etchetnendy, E., Felipe, S., Rasal, P. & Botella, C. (2011). Validation of the dutch eating behavior questionnaire for children (DEBQ-C) for use with Spanish children. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4), 890-898.
- Barquera, S. (2005). Obesidad la Epidemia Mundial. En S. Barquera, J. Rivera-Dommarco & L. Tolentino (Ed). *Sobrepeso y obesidad*. México: Instituto Nacional de Salud Pública
- Barquera, S., Campos-Nonato I., Hernández-Barrera, L., Pedroza-Tobías A. & Rivera-Dommarco, J. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública*, 55, 151-160.
- Bech-Larsen, T., Nielsen, N., Grunert, K. & Sorensen, E. (1996). *Means-end chain for low involvement product. A study of Danish consumers cognition's regarding different applications of vegetable oil*. MAPP, Working paper. Aarhus: The Aarhus school of Business.
- Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). *Promoción de los estilos de vida saludables*. Recuperado de www.alapsa.org/detalle/05/index.htm pp1-33
- Bekker, M., Mollerus, J. & Van de Meerendonk, C. (2003). Effects of Negative Mood Induction and Impulsivity on Self-Perceived Emotional Eating. *Wiley Inter Science*, 36, 461-469.
- Bernstein, D. & Nietzel, M. (1982). *Introducción a la Psicología*. México: McGraw Hill.
- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. (4ª ed.) España: Prentice Hall.
- Bruch H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books Inc.
- Brunso, K., & Grunert, K.G (1995). Development and testing of a cross-culturally valid instrument: food-related lifestyle. In F. Kardes, & M. Sujan (Eds.). *Advances in*

- consumer research (pp. 475–480). Provo, UT: Association for Consumer research.
- Campos, L. (2009). Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco. *Revista IIPSI*, 12(2), 89-100.
- Carballo, R. (1961). *Urdimbre afectiva y enfermedad*. Barcelona: Labor.
- Carballo, R. (1984). *Teoría y práctica psicósomática*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cardoso, M. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico para la diabetes. *Cuicuilco*, 13(37), 129-142.
- Castillo, M., Castillo-Durán, C., Jackson, P. & Romo, M. (2004). Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico nutricional. *Rev Méd Chile*, 132, 1235-1242.
- Cebolla, A. Barrada J.R., Van Strien T., Oliver E, Baños R. (2013) .Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58-64.
- Ceja, L., Castillo-Varela, J. & Rodríguez (2012). Expresión facial emocional y autorreporte del estado emocional en niños con sobrepeso ante imágenes de platillos altos y bajos en grasa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (3), 887-906.
- Chatoor, I. (1999). Causes, symptoms, and effects of eating disorders: Child development as it relates to anorexia nervosa and bulimia nervosa. In R. Lemberg & L. Cohn (Eds.), *Eating disorders: A reference source book* (pp. 17-21). Phoenix, AZ: The Oryx Press.
- Chinchilla, A. (2005). *Obesidad y Psiquiatría*. España: Masson.
- Clerget, S. (2011). *Sobrepeso Emocional*. México: Urano.
- Contreras J. (2002). *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. México: Alfaomega.
- Cordella, P. (2008). ¿Incluir la Obesidad en el Manual de Enfermedades Mentales (DSM-IV)? *Revista Chilena de Nutrición*, 35(3), 181-187.
- Cruz, M., Echeburúa, E., Etxebarria, I. & Pascual, A. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta

- alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 11(2), 229-247.
- Cruzat, C. & Cortéz, I. (2008) Expresión Emocional, Afecto Negativo, Alexitimia, Depresión y Ansiedad en mujeres jóvenes con Trastornos de Alimentación: Una Revisión Teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 17(1), 5-17.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad*. Barcelona: Paidós.
- Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. México: Mc Graw Hill.
- De Castro, J., King, G., Duarte-Gardea, M., González-Ayala, S. & Kooshian, C. (2012). Overweight and obese humans overeat away from home. *Appetite*, 59(2), 204-211.
- De la Fuente, M., Franco, C. & Salvador M. (2010). Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema*, 22(3), 369-375.
- Díaz-Guerrero, R. (2001). *Psicología del mexicano: descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz-Villaseñor, A. (2011). Obesidad en México. *Salud Pública*. 239, 61-64.
- Dogan, T., Tekina, E. & Katrancioğlu, A. (2011). Feeding your feelings: A self-report measure of emotional eating. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 2074-2077.
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S & Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*, 58(3), 249-255.
- Doucet, E., Imbeault, P., St-Pierre, S., Alméras, N., Mauriége, P., Richard, D. & Tremblay, A. (2000). Appetite after weight loss by energy restriction and a low-fat diet-exercise follow-up. *International Journal of Obesity*, 24(7), 1272-1278.
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa de Alda, I., y Aleman, A. (junio, 2001). Alexitimia, Familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*. 17(1), 139-149.
- Elliot, E. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. In S. Millstein, A. Petersen & E. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents New directions for the twenty-first century* (pp. 119-145). USA: Oxford University Press.

- Evers, C., Stok, F. & Ridder, D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6) 792–804. doi: 10.1177/0146167210371383
- Faith, M., Allison, D. & Geliebter, A. (1997). Emotional eating and obesity: Theoretical considerations and practical recommendations. In S. Dalton (Ed.), *Overweight and weight management: The health professional's guide to understanding and practice* (pp. 439–465). Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Fisher, L. & Ranson, D. (1995). An empirically derived typology of families: Relationships with adult health. *Family Process*, 34, 161-182.
- Fishman, H. (1995). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. España: Paidós.
- French, S., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J. & Hannan, P. (2001). Fast food restaurant use among adolescents: Associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *International Journal of Obesity*, 25, 1832–1833.
- Freyberger H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymic. *Psychother Psychosom*, 28, 337-342.
- Fitzgerald, H. (1981). *Psicología del desarrollo. El lactante y el preescolar*. México: El Manual Moderno.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2003). *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*. Uruguay: UNICEF. Recuperado de http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf.
- García-Esteve, L., Nuñez, P. & Valdez, M. (1988). Alexitimia, análisis clínico y psicométrico de un concepto inicialmente psicoanalítico. *Psicopatología*, 1 (8), 55-60.
- García-Méndez, M., Rivera, S., Reyes-Lagunes, I. & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22), 91-110.
- García, R. (2004). La alexitimia: entre la angustia y el goce. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 403-414.

- Garner, D. & Wooley, S. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clin Psychol*, 11, 729–780.
- Geliebter, A. & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341–347.
- González, C., & González S. (2008). Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. *Remo*, 6(5), 2-7.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública de México*, 49 (3), 236-242.
- Gross, J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237.
- Gonzalez, A., Boyle, M. H., Georgiades, K., Duncan, L. Atkinson, L. R. & MacMillan, H. L. (2012). Childhood and family influences on body mass index in early adulthood: findings from the Ontario Child Health Study. *BMC Public Health*, 12(1), 755-764.
- Guzmán, R. & Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*. 16 (2), 37-50.
- Halliday, J., Palma, C., Mellor, D., Green, J. & Renzaho, A. (2014). The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 38, 480-493.
- Harris, M. (2004). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hermans, D., Baeyens, F., & Eelen, P. (2003). *On the acquisition and activation of evaluative information in memory: The study of evaluative learning and affective priming combined*. In J. Musch & K. Klauer (Eds.), *The psychology of evaluation: Affective processes in cognition and emotion* (pp. 139–168). USA: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hernández, A. (2010). Alteraciones de la Conducta Alimentaria en México: Obesidad, Anorexia y Bulimia Nerviosa. *Revista ECOS*. 5(6), 1-14.
- Holtzman, J. (2006). Food and memory. *Annual Review of Anthropology*, 35(1), 361-378.

- Homans G. (1961). *Social Behavior: its elementary forms*. New York, USA: Harcourt, Brace and World.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). *Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades, 2000 a 2008*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal06&s=est&c=22462>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2015). *Hogares familiares y no familiares, 2015*. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2011). *52.2 millones de mexicanos con sobrepeso y obesidad*. Recuperado de <http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/1589-522-millones-de-mexicanos-con-sobrepeso-u-obesidad.html>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición. Resultados nacionales (ENSANUT)*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.
- Iraurgi, I., Martínez-Pampliega, A. & Rivero-Lazcano, N. (2011). El Papel Funcionamiento y la Comunicación Familiar en los Síntomas Psicossomáticos. *Clínica y Salud*, 22(2), 175-182.
- Jaramillo-Sánchez, R., Espinosa-de Santillana, I. & Espíndola-Jaramillo, II. (2012). Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(5), 487-492.
- Jiménez, K. & Parra, C. (2006). Aspectos clínicos y neurobiológicos de la alexitimia. *Avances en Psiquiatría Biológica*. 7, 28-37.
- José, M., Máiquez, M., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Martín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*. 16(2), 203-210.
- Kemp, E., Bui, M. & Grier, B. (2011). Eating Their Feelings: Examining Emotional Eating in At-Risk Groups in the United States. *Consume Policy*, 34, 211–229.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del Comportamiento*. México: Mc Graw Hill

- Kirmayer, L. & Robins, J. (1993). Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*, 34, 17-24.
- Koerner A. & Fitzpatrick, M. (2002). Toward a theory family communication. *Communication Theory*, 12(1), 70-91.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- Krystal, H., Guiller, B. & Cichetti, D. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction to reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.
- LaFontaine, T. & Roitman, J. (2005). *Lifestyle management of adult obesity*. School of Health professions and School of Medicine. USA: University of Missouri.
- Lema, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Rubio, A., & Botero, P. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*. 5 (12), 71-88.
- Liu, J., Han, B. & Cohen, D. (2015). Associations between eating occasions and places of consumption among adults. *Appetite*, 87,199-204.
- López, M., Barrera, M., Cortés, J., Guines, M. & Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*, 34, 111-120.
- López-Carmona, J., Ariza-Andraca, C., Rodríguez-Moctezuma, J. & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*. 45(4), 259-268.
- López, J., Cervantes, E., Obregón, N. & Villalón, S. (2009). Adaptación familiar frente a la viudez. *Uaricha*. 13, 93-106.
- López, X., Mancilla, J., Vázquez, R., Álvarez, G. & Franco, K. (2011). Un estudio exploratorio sobre propiedades psicométricas del cuestionario de patrones de alimentación y peso revisado (QWP-R). *Psicología.com*, 15(11), 1-11.
- Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. & Laederach-Hofmann, K. (1997). *El enfermo psicósomático en la práctica*. España: Herder.

- Lumley, M., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 519-530.
- Lunazzi, H. (2000). Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. *RIPED*. 10(2), 101-119.
- Macht, M. (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness, and joy. *Appetite*, 33, 129-139.
- Macht, M. (2008a). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1-11.
- Macht, M. (2008b). Conducta alimentaria emocional. Los investigadores ahondan en el conocimiento emocional de las personas a partir del estudio de su comportamiento alimentario, una conducta regida en buena medida por las emociones. *Mente y cerebro*, 28, 60-67.
- Martin, E. (2001). Emotional eating. *Psychology Today*, 34. Disponible en <http://www.psychologytoday.com/s/200103/the-emotional-eater>
- Martínez, F. & Fernández, J. (1996). Emoción y Salud. Desarrollo en psicología básica y aplicada. *Anales de Psicología*, 10(2), 101-109.
- Martínez, M. & Sánchez, R. (2011). Evaluación Multimétodo de la Expresión Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 1(31), 11-35.
- Marty, P. (1995). *El orden psicósomático*. Valencia: Promolibro.
- Medellín, M., Rivera, M., López, J., Kanán, G. & Rodríguez-Orozco, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35, 147-154.
- Menéndez, I. (2006). *Alimentación Emocional*. México: Grijalbo.
- Messer, E. (2002). Perspectivas antropológicas sobre la dieta. En J. Contreras (Comp.), *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres* (pp. 27-81). México: Alfaomega.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Mitchell, J., Crosby, R., Ertelt, T., Marino, J., Sarwer, D., Thompson, J., Lancaster K. Simonich, H. & Howell, L. (2008). The desire for body contouring surgery after bariatric surgery. *Obes Surg*, 18(10), 1308-1312.

- Moon, A. & Berenbaum, H. (2009). Emotional awareness and emotional eating. *Cognition and Emotion*, 23(3), 417-419.
- Moral de la Rubia, J. (2008). Propiedades Psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(2), 97-114.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales, R. (2000). Estudio de validación de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Revista Electrónica de Psicología*, 4(2), 1-10.
- Nardone, G. (2003). *Modelos de Familia. Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona: Herder.
- Nemiah, J. (1977). Alexithimia: theoretical considerations. *Psychoter Psychosom*, 28, 199-206.
- Nemiah, J. & Sifneos, P. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. Hill (Ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine 2* (pp. 26-34). London: Butterworths.
- Nisbett, R. (1972). Hunger, obesity, and the ventromedial hypothalamus. *Psychological Review*, 79, 433–453.
- Nuviala, A., Grao, C., Fernández, A., Alda, O., Burgues, J. & Jaume, J. (2009). Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 9(36), 414-430.
- Ocampo, M., Vázquez, R., López, X., Mancilla, M., Ruíz, A. & López, C. (2013). *Evaluación Antropométrica en el estudio de la obesidad: Índice de Masa Corporal, real y auto-referido*. En Prensa.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la Alimentación*. España. Morata.
- Onnis, L. (1996). *La palabra del cuerpo. Psicósomática y perspectiva sistémica*. España: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*. Recuperado de http://www.who.int/chronic_conditions/en/1_7_2003_prsp.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2011). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Ortíz, M. (1999). La salud Familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(4), 439-445.
- Páez, D. & Casullo, M. (2000a). *Cultura y Alexitimia. ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?*. Argentina: Paidós.
- Páez, D. & Casullo, M. (2000b). *Presentación de las propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en comunidades de habla hispana y otros países*. En D. Páez & M. Casullo (Eds.), *Cultura y alexitimia* (pp. 199-203), Argentina: Ed. Paidós.
- Painter, J., Wansink, B. & Hieggelke, J. (2002). How visibility and convenience influence candy consumption. *Appetite*, 38(3), 237–238. doi:10.1006/appe.2002.0485.
- Parker, J., Bagby, R., Taylor, G., Endler, N. & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Pedersen, J., Zimmermann, E., Stallknecht, B., Bruun, J., Kroustrup, J., Larsen, J. & Helge, J. (2006). Lifestyle intervention in the treatment of severe obesity. *Ugeskr Laeger*, 168(2), 167-72.
- Pedinielli, J. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*. Paris: PUF.
- Pedreira, J., Palanca, I., Sardinero, E. & Martin, L. (2001). Los trastornos psicossomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de psiquiatría y psicología en niños y adolescentes*. 3(1), 26-51.
- Pinaquy, S., Chabrol, S., Simon, Ch., Louvet, J. & Barbe, P. (2003). Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201.
- Popkess-Vawter, S., Wendel, S., Schmoll, S., & O'Connell, K. (1998). Overeating, reversal theory, and weight cycling. *Western Journal of Nursing Research*, 20(1), 67-83.
- Puente, F. (1985). *Adherencia terapéutica*. México: Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental.

- Quirantes, A. López, M., Hernández, E. & Pérez, A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(3), 1-9.
- Reséndiz, E., Aguilera, P. & Rocher, M. (2010). Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México. *Aquichan*. 10(3), 244-252.
- Reyes, A., Garrido, A., Torres, L. & Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20(1), 111-117.
- Reyes-Lagunes, I. & García, B. (2008). Hacia un procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante. *La psicología social en México*, 12, 625-630.
- Rivero-Lazcano, N., Martínez-Pampliega A. & Iraurgi, I. (2011). El papel del funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos. *Clínica y Salud*. 22(2), 175-186.
- Rodríguez, J. (2000). *El pan de cada día. Una filosofía de la nutrición*. México: Trillas.
- Rodríguez, J. & Agulló, E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11(2), 247-259.
- Roux, G. (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Educación Médica y Salud*, 28(2), 223-233.
- Rozin, P., & Fallon. A. (1985). That's disgusting! *Psychology Today*, 19(7), 60-63.
- Ruíz, I., Santiago, M., Bolaños, P. & Jáuregui, L. (2010). *Obesidad y rasgos de personalidad. Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 12, 1330-1348.
- Ruiz-Martínez, A., Vázquez-Arévalo R., Mancilla-Díaz, J., López-Aguilar, X., Álvarez Rayón, G. & Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.
- Sanabria, A., González, L. & Urrego, D. (2007). Estilos de Vida Saludable en profesionales de la Salud Colombianos. Estudio Exploratorio. *Revista Med*. 15(2), 207-217.
- Sánchez, J., Villarreal, M. & Musitu, G. (2010). *Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial*. Nuevo León: UANL.

- Sánchez, B. & Pontes, T. (2012). Influencia de las Emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating: internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science*, 161, 751-756.
- Schachter, S., Goldman, R. & Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 91-97.
- Schmidt, C. (2008). Construcción de un cuestionario de emociones positivas en población entrerriana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 26(2), 117-139.
- Schnettler, B., Miranda, H., Sepúlveda, J. & Denegri, M. (2011). Satisfacción con la alimentación y la vida, un estudio exploratorio en estudiantes de la Universidad de La Frontera, Temuco-Chile. *Psicología & Sociedade*, 23(2), 426-435.
- Schnettler, B., Mora, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Donegri, M & Lobos, G. (2012). Tipologías de consumidores según el estilo de vida en relación a la alimentación: un estudio exploratorio en el sur de Chile. *Revista chilena de Nutrición*, 39(4), 165-172.
- Schunk, D. (2012). *Teorías del aprendizaje. Una perspectiva educativa*. México: Pearson.
- Segrin, C. (2006). Family Interactions and Well-Being: Integrative Perspectives. *Journal of Family Communication*, 6(1), 3-21.
- Sibel, A., Quiles, I., Barris, J., Bassas, N. & Tomás, J. (2001). *Perfil psicopatológico y relacional de las familias con obesidad*. Recuperado de http://www.familianovaschola.com/files/perfil_psicopatologico_y_relacional_de_las_familias_con_obesidad_0.pdf
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatic*, 22, 255-262.
- Sifneos, P., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F. (1977): The phenomenon of "Alexithymia". *Psychotherapy and psychosomatic*, (28), 47-57.

- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2010). Obesidad en México. *Vigilancia Epidemiológica Semana*, 27(43), 1-28. Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2010/sem43.pdf>.
- Sivak, R. & Wiater, A. (2006). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos, teoría y Clínica*. Argentina: Paidós.
- Spitzer, R., Yanovski, S. & Marcus, M. (2008). The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWPR). In J. Rush, M. First, & D. Blacker (Eds.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 631-633). USA: American Psychiatric Publishing.
- Tabor, E. (2006). Review for handbook of self-regulation: Research, theory and applications. *Psychiatric Services*, 5, 585–586.
- Tanofsky-Kraff, M., Theim, K., Yanovski, S. Bassett, A., Burns, N., Ranzenhofer, L., Glasofer, D. & Yanovski, J. (2007). Validation of the Emotional Eating Scale Adapted for use in Children and Adolescents (EES-C). *Intersciencie Journal Eat Disorder*, 40, 232-240.
- Tapia, P. & Ornstein, C. (2006). Perfil psicológico de 33 mujeres obesas consultantes a un programa de tratamiento de la obesidad. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43(2), 18-26.
- Taylor, G., Bagby, R. & Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in Medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G., Ryan, D. & Bagby, R. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 181-199.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.
- Tortosa, F. & Civera, C. (2006). *Historia de la Psicología*. México: Mc Graw-Hill.
- Vallés, R., Yuste, D. & Carrascosa, L. (2013). Obesidad etiopatogenia, factores de riesgo y repercusiones a corto y largo plazo. *El farmacéutico: profesión y cultura*, 483, 14-23. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4141005>.

- Van Strien, T., Cebolla B., Etchemendy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, B., Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20–25.
- Van Strien, T., Donker, M. & Ouwens, M. (2016). Is desire to eat in response to positive emotions an 'obese' eating style: Is Kummerspeck for some people a misnomer? *Tatjana. Appetite*, 100, 225-235.
- Vargas, L & Casillas, L. (1993). Indicadores antropométricos de déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuadernos de nutrición*, 16(5), 34-46.
- Velasco, C. (2000). Personalidad y alexitimia. En D. Páez y M. Casullo (Comp.) *Cultura y alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Argentina: Paidós.
- Villagrán, S., Rodríguez-Martín, A., Novalbos, J., Martínez, J. & Lechuga, J. (2010). Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutricion Hospitalaria*, 25(5), 823-831.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Von Rad, M., Lulucat, L., & Lolas, F. (1977). Differences of verbal behavior in psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychother Psychosom*, (28), 83-97.
- Waller G. & Osman S. (1998). Emotional eating and eating psychopathology among non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 419-424.
- Wansink, B. (2006). *Mindless Eating*. New York: Bantam Dell.
- Weinreich, M. & Hidalgo, C. (2004). Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psykhé*, 13(1), 33-42.
- Wicks, J., Warren, R., Fosu, I. & Wicks, R. (2009). Dual modality disclaimers, emotional appeals and production techniques in food advertising airing during programs rated for children: Is there a good balance?. *Journal of Advertising*, 38(4), 93–105.

- Zeitlin, S., Lane, R., O'Leary, D. & Schrift, M. (1989). Interhemispheric transfer deficit in alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 146(11), 1434-1439.
- Zhang, Y., Proenca, R., Maffei, M., Barone, K., Leopold, L. & Friedman, J. (1994). Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*, 372(47), 425-432.

ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



La siguiente investigación, es parte de un estudio que se lleva a cabo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo de esta investigación es conocer la forma en que las personas se alimentan. Usted ha sido invitado a participar, la información que nos proporcione será anónima y de absoluta confidencialidad, usada para fines científicos. La participación en el proyecto contempla el responder cinco cuestionarios. Le pedimos responda de la forma más honesta y dado la formalidad de esta investigación, le informo que sus respuestas no serán divulgadas, ni juzgadas.

Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas, sólo nos interesa conocer su opinión.

Por medio de documento, usted acepta la invitación a participar en el proyecto de manera voluntaria, pudiendo suspender su colaboración en el momento que le parezca pertinente.

Declaro haber leído los términos, estoy de acuerdo y acepto participar.

Firma

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

ANEXO 2 ESCALA DE ALIMENTACIÓN EMOCIONAL

Edad: _____ Sexo: Hombre () Mujer () Ocupación: _____
 Estado Civil: Soltero/a () Escolaridad: Primaria ()
 Casado/a () Secundaria ()
 Unión Libre () Bachillerato ()
 Divorciado/a () Técnico ()
 Viudo/a () Licenciatura ()
 Posgrado ()







Talla (altura): _____ Peso: _____

¿Se encuentra en tratamiento médico para bajar de peso? Si () No ()

¿En cuál? _____

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con la alimentación. Por favor, lea la oración y marque con una X la opción que mejor describa su opinión.

Cada pregunta tiene 6 opciones de respuesta, considerando que:

-  Totalmente en desacuerdo
-  Muy en desacuerdo
-  En desacuerdo
-  Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
-  De acuerdo
-  Totalmente de acuerdo

EJEMPLO:

Las manzanas son deliciosas







Significa que está muy en desacuerdo

















en que las manzanas son deliciosas

Totalmente en
desacuerdo

Totalmente de
acuerdo

1. Comer mejora mi estado de ánimo.	
2. Como más de lo normal cuando asisto a reuniones con los amigos.	
3. Cuando tengo hambre ingiero cualquier tipo de alimento sin pensarlo.	
4. Cuando me preparan de comer siento que me quieren.	

5. Me da más hambre cuando estoy triste.	
6. Como todo lo que me ponen enfrente.	
7. Me da más hambre cuando estoy enojado (a)	
8. Los problemas son menos después de comer.	
9. Después de comer, mi estado de ánimo cambia.	
10. Como más de lo normal cuando asisto a eventos familiares.	
11. Ignoro la calidad de lo que como porque prefiero disfrutarlo.	
12. Ofreciendo comida a mis seres queridos les demuestro mi cariño.	
13. Prefiero comer para evitar decir lo que siento.	
14. Cuando me emociono, me da hambre.	
15. Cuando me siento contento (a) me da más hambre.	
16. Cuando como me olvido de lo que pasa en mi vida.	
17. Cuando tengo hambre, mi estado de ánimo cambia.	
18. Es común que estando en fiestas coma más de lo normal.	
19. Me preocupo poco por mi alimentación.	
20. Las buenas noticias se celebran con una comida.	

21. Cuando tengo problemas pienso en comer antes de resolverlos.	
22. Si tengo un mal día, compro algo de comida para sentirme mejor.	
23. Me siento con hambre cuando tengo miedo.	
24. Utilizo la comida como una forma de consuelo.	
25. Pongo poca atención en el contenido nutricional de lo que como.	
26. Comer en familia es muy importante para mí.	
27. Después de pasar un susto me da hambre.	
28. Como más después de discutir con alguien.	
29. Cuando siento un vacío emocional lo lleno con comida.	
30. Los problemas de la vida se resuelven comiendo.	
31. La hora de la comida es sagrada.	
32. Cuando tengo problemas ingiero más comida de lo normal.	
33. Ante situaciones agobiantes paso todo el día comiendo.	
34. Una forma de aguantar mi enojo es comiendo.	
35. Cuando las cosas van mal, tengo derecho a comer más.	
36. Comer es un placer que se disfruta más en familia.	

ANEXO 3 ESCALA DE ESTILO DE VIDA EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con hábitos alimentarios. Por favor, lea la oración y marque con una X la opción que mejor describa su opinión.

Cada pregunta tiene 7 opciones de respuesta, considerando que:

- 1 Totalmente en desacuerdo
- 2 Muy en desacuerdo
- 3 En desacuerdo
- 4 Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- 5 De acuerdo
- 6 Muy de acuerdo
- 7 Totalmente de acuerdo

Totalmente en
desacuerdo

Totalmente de
acuerdo

	1	2	3	4	5	6	7
1. Le gusta cocinar.							
2. Es un excelente cocinero/a.							
3. Ser reconocido por sus habilidades de cocina es muy importante para su auto-estima.							
4. Busca formas nuevas de preparar comidas.							
5. Disfruta de comer en restaurantes con familia y amigos (No lo considera un lujo).							
6. Salir a comer fuera es parte de sus hábitos alimenticios regulares.							
7. Le gusta compartir con amigos disfrutando de una comida en el hogar.							
8. Las recetas ya conocidas, son las mejores.							
9. Sólo compra alimentos que le son familiares.							
10. Un plato familiar le da una sensación de seguridad.							
11. Usa bastantes alimentos precocinados en su cocina.							
12. Usa bastantes mezclas preparadas, por ejemplo masas para hornear y sopas instantáneas.							
13. Los alimentos congelados son una parte importante de su despensa (usa productos congelados en su cocina).							
14. Lo que van a cenar se planifica generalmentedurante la hora de almuerzo.							
15. Planifica lo que van a comer, con un par de días de anticipación.							
16. Le agrada mantener sus hábitos alimentarios							

ANEXO 4 ESCALA DE ALIMENTACIÓN EMOCIONAL

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de enunciados que describen la manera como se relacionan los miembros de la familia y la pareja, por favor marque con una cruz el número que mejor describa su relación.

Nunca 1

Casi nunca 2

Algunas veces 3

Frecuentemente 4

Siempre 5

1. A mi familia, nos agrada realizar cosas juntos	1	2	3	4	5
2. En mi familia se dice una cosa y se hace otra	1	2	3	4	5
3. Mi familia emplea el doble mensaje, se pide una cosa cuando en realidad se quiere se haga otra	1	2	3	4	5
4. En mi familia hay falta de cooperación para resolver los problemas	1	2	3	4	5
5. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros	1	2	3	4	5
6. En mi familia, nos gusta pasar tiempo juntos	1	2	3	4	5
7. En mi familia, nadie sigue la disciplina establecida por los papás	1	2	3	4	5
8. En mi familia, los límites y reglas son poco claros	1	2	3	4	5
9. En mi familia acostumbramos los detalles (hacer algo que sabemos le agrada a los demás, ayudarnos en alguna tarea, hacer algo que otro nos solicite, etc.)	1	2	3	4	5
10. A los miembros de mi familia, nos gusta compartir lo que tenemos	1	2	3	4	5
11. En mi familia NO se expresan los sentimientos por temor a la burla de los demás	1	2	3	4	5
12. En mi familia, acostumbramos festejar entre nosotros fechas importantes (cumpleaños, aniversarios de bodas, etc.)	1	2	3	4	5
13. En mi casa, la familia NO es importante	1	2	3	4	5
14. Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo en las reglas y límites a establecer con nuestros hijos	1	2	3	4	5
15. En mi casa, cotidianamente nos demostramos nuestro afecto con palabras de cariño	1	2	3	4	5
16. En mi familia, acostumbramos criticar a la persona que se encuentra ausente	1	2	3	4	5
17. En mi familia tenemos presentes las fechas importantes para nosotros	1	2	3	4	5
18. En mi familia se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes	1	2	3	4	5
19. Los miembros de mi familia, realizamos actividades que nos benefician a todos	1	2	3	4	5
20. Las reuniones de mi familia ponen en evidencia las adicciones de algunos de sus miembros	1	2	3	4	5
21. Las relaciones de mi familia con otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) es afectuosa	1	2	3	4	5
22. En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo	1	2	3	4	5

ANEXO 6 CUESTIONARIO DE PESO

Instrucciones: Seleccione la opción que más se acerque a tu modo de actuar y/o pensar.

1. Durante los pasados 6 meses, alguna vez comiste más que la mayoría de la gente, por ejemplo que tus amigos, y pensarías que fue realmente una gran cantidad de alimento?
SI ____ NO ____

¿Alguna vez comiste una gran cantidad realmente grande de alimento en un período corto de tiempo (2 hrs. Más o menos)? SI ____ NO ____

2. Cuando comiste una gran cantidad realmente grande de alimento ¿alguna vez sentiste que no podías parar de comer? ¿Sentiste que no podías controlar qué o cuánto estabas comiendo? SI ____ NO ____

3. Durante los pasados 6 meses ¿qué tan a menudo comiste una cantidad realmente grande de alimento con la sensación de que estabas fuera de control? (pudo haber algunas semanas en las que no comías de esta manera)

- a) Menos de un día a la semana b) un día a la semana c) 2o 3 días a la semana
d) 4 o 5 días a la semana e) más de 5 días a la semana

4. Cuando comiste una gran cantidad de comida y no pudiste controlar tu alimentación, tu:

	SI	NO
Comiste muy rápido		
Comiste hasta que te dolió el estómago o hasta sentirte enfermo del estómago		
Comiste cantidades realmente grandes de alimento, aún cuando no sentías hambre		
Comiste realmente grandes cantidades de alimento durante el día fuera de las comidas regulares, como el desayuno, comida y cena		
Comiste a solas porque no querías que alguien te viera cuánto comías		
Te sentiste realmente mal contigo mismo (a) después de comer una gran cantidad de alimento		

5. Durante los pasados 6 meses, ¿qué tan mal te sentiste cuando comiste demasiado o más alimento del que crees que sería óptimo para ti?

- De ninguna manera mal ____
Sólo un poco mal ____
Moderadamente mal ____
Muy mal ____
Totalmente mal ____
No comí demasiado ____

6. ¿qué tan mal te sentiste al no poder parar de comer o no poder controlar qué o cuánto estabas comiendo?

- De ninguna manera mal ____

Sólo un poco mal _____ Moderadamente mal _____
Muy mal _____
Totalmente mal _____
No comí demasiado _____

7. Durante los pasados 6 meses ¿ha importado tu peso o la forma de tu cuerpo en cómo te sientes contigo mismo (a).

No fueron en absoluto importantes en como me sentía conmigo mismo _____
Fueron algo importantes en como me sentía conmigo mismo (a) _____
Fueron moderadamente importantes en como me sentía conmigo mismo _____
Fueron totalmente importantes en como me sentía conmigo mismo _____

8. ¿Alguna vez te has provocado el vómito para impedir la ganancia de peso después de comer una cantidad realmente grande de alimento?

SI _____ NO _____ **(En caso de no pasa a la preg. 9)**

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

- a) menos de una vez a la semana b) una vez a la semana c) 2-3 veces a la semana
d) 4-5 veces a la semana e) más de 5 veces a la semana

9. ¿Alguna vez has tomado medicamentos (pastillas, té, u otros productos) que te hacían ir al baño con el fin de no ganar peso después de comer mucho?

SI _____ NO _____ **(En caso de no, pasa a la pregunta 10)**

¿Fueron laxantes (hacen que tengas movimiento intestinal) o diuréticos (hacen que orines)?

Laxantes _____ Diuréticos _____

¿Alguna vez ingeriste más del doble de la cantidad que está indicada en la caja o envase? Si _____ No _____

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

- a) menos de una vez a la semana b) una vez a la semana c) 2-3 veces a la semana
d) 4-5 veces a la semana e) más de 5 veces a la semana

10. ¿Alguna vez no comiste nada en todo un día para impedir la ganancia de peso después de comer cantidad grande de alimento? SI _____ NO _____ **(En caso de no, pasar a la preg. 11)**

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

- a) menos de una vez a la semana b) una vez a la semana c) 2-3 veces a la semana
d) 4-5 veces a la semana e) más de 5 veces a la semana

11. ¿Alguna vez hiciste ejercicio más de una hora seguida únicamente para impedir la ganancia de peso después de comer mucho? SI _____ NO _____ **(En caso de no, pasar a la preg. 12)**

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

- a) menos de una vez a la semana b) una vez a la semana c) 2-3 veces a la semana
d) 4-5 veces a la semana e) más de 5 veces a la semana

12. ¿Durante los pasados tres meses, alguna vez tomaste pastillas para impedir ganancia de peso después de comer mucho? SI ____ NO ____

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

- a) menos de una vez a la semana b) una vez a la semana c) 2-3 veces a la semana
d) 4-5 veces a la semana e) más de 5 veces a la semana

ANEXO 7 ESCALA DE ALEXITIMIA

Lea atentamente cada uno de las siguientes 20 afirmaciones acerca de su modo de ser habitual. Señale con un círculo el grado en que está de acuerdo o no con las mismas. Conteste lo más sinceramente posible.

Desacuerdo			Acuerdo		
-3 Totalmente en desacuerdo	-2 Bastante en desacuerdo	-1 Más bien en desacuerdo	+1 Más bien de acuerdo	+2 Bastante de acuerdo	+3 Totalmente de acuerdo
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo				-3	-2 -1 +1 +2 +3
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos				-3	-2 -1 +1 +2 +3
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden				-3	-2 -1 +1 +2 +3
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente				-3	-2 -1 +1 +2 +3
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos				-3	-2 -1 +1 +2 +3
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado				-3	-2 -1 +1 +2 +3
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo				-3	-2 -1 +1 +2 +3
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas sin preguntarme por qué suceden de ese modo				-3	-2 -1 +1 +2 +3
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificar				-3	-2 -1 +1 +2 +3
10. Estar en contacto con las emociones es esencial				-3	-2 -1 +1 +2 +3
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas				-3	-2 -1 +1 +2 +3
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos				-3	-2 -1 +1 +2 +3
13. No sé qué pasa dentro de mí				-3	-2 -1 +1 +2 +3
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado				-3	-2 -1 +1 +2 +3
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos				-3	-2 -1 +1 +2 +3
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos.				-3	-2 -1 +1 +2 +3
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.				-3	-2 -1 +1 +2 +3
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.				-3	-2 -1 +1 +2 +3
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.				-3	-2 -1 +1 +2 +3
20. Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos.				-3	-2 -1 +1 +2 +3