



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“LA ALIMENTACIÓN EMOCIONAL
EN ADOLESCENTES MEXICANOS”**

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
ANGÉLICA ARANA MELO

Directora: Dra. PATRICIA TRUJANO RUÍZ
Dictaminadores: Dr. CARLOS NARCISO NAVA QUIROZ
Dr. JOSÉ DE JESÚS VARGAS FLORES



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

Agradezco a mis padres por brindarme su apoyo a lo largo de toda mi formación universitaria. Especialmente a mi madre que estuvo presente tanto en los momentos de derrota como en los triunfos. Te quiero Susana.

A mis hermanos Brenda y Francisco quiénes siempre me otorgaban palabras de aliento para lograr mis metas y me tuvieron paciencia para que terminara de la mejor manera este proceso.

A mi pareja sentimental y mi cómplice de vida Emmanuel por impulsarme cada día en este proceso haciendo que crezca como persona.

A los profesores que a lo largo de mi estancia universitaria me formaron como profesionista y para la vida.

A mis asesores de tesis por tenerme la suficiente paciencia para poder concluir este proceso y por no dejar que desistiera del mismo.

Gracias Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme tus puertas y permitir que sea parte de esta honorable comunidad.

¡México, Pumas, Universidad, Goya, Goya, Universidad!

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo I. ¿La imagen corporal afecta mi alimentación o mi alimentación afecta mi imagen corporal?	7
1. 1. Imagen corporal en adolescentes	7
1. 2. Trastornos de la conducta alimentaria	10
a) Anorexia Nerviosa	11
b) Bulimia y Trastorno por Atracón	12
c) Obesidad	12
d) Permirexia	13
e) Ortorexia	13
Capítulo II. Para entender las emociones	15
2.1. ¿Qué es una emoción?	15
2.2. Teorías de las emociones	17
a) Teoría Evolucionista de Darwin (1873).....	18
b) Teoría de Schachter y Singer: Teoría de la Activación Cognitiva (1962).18	
c) Teoría de James y Lange: La Base Fisiológica de la Emoción (1885)... 19	
2.3. Alexitimia	19
2.4. Regulación emocional	21
Capítulo III. ¿Como me siento me alimento o me alimento como me siento?	24
3.1. Alimentación emocional	24
3.2. Factores de riesgo	26
a) Biológicos	26
b) Sociales	28

c) Familiares	30
Planteamiento del Problema.....	34
Objetivo.....	34
Método.....	35
Participantes.....	35
Consideraciones Éticas.....	35
Criterios de Exclusión.....	35
Criterios de Inclusión.....	36
Instrumentos.....	36
Procedimiento.....	38
Análisis Estadístico.....	38
Resultados.....	39
Discusión.....	45
Conclusiones.....	49
Referencias.....	51
Anexo.....	59

Resumen

La alimentación emocional se define como la realización de la ingesta alimentaria en respuesta a emociones con la finalidad de inhibir o evitar acontecimientos negativos. El objetivo que se planteó en esta investigación fue identificar las posibles relaciones entre la alimentación emocional, los patrones de ingesta y actitudes alimentarias en adolescentes mexicanos. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de masa corporal (IMC), Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C), Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20) y Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26), los cuales fueron aplicados a una muestra de 81 estudiantes de entre 15 y 18 años (42 hombres y 39 mujeres). Los resultados obtenidos muestran en general que los adolescentes recurren a la ingesta emocional como estrategia de afrontamiento ante conflictos emocionales negativos. Los hombres reportaron una ingesta emocional mayor a las mujeres probablemente debido a la inconformidad con su imagen corporal, por lo que sus conductas y emociones que generen sobre su cuerpo se reflejarían en las elecciones que hacen de los alimentos. Asimismo, se encontró que los factores familiares ejercen influencia sobre la elección y adquisición de hábitos alimenticios que los adolescentes llevan a cabo.

Palabras Clave: Alimentación Emocional, Imagen Corporal, Emociones, Inteligencia Emocional.

Abstract

Emotional nourishment is defined as eating as a result of emotions, this is done with the purpose of inhibit or avoid negative events. The objective proposed for this research was to identify the possible links between 'emotional nourishment', eating patterns, and eating attitudes in Mexican teenagers. The tools used were the Body Mass Index (B.M.I.), Eating while Dealing with Negative Emotional States (E.D.N.E.S), an Inventory of Feeding Models in Children (EPI-C 20), and an Attitude Test when Eating in Children (CHEAT-26), which were taken from a sample of 81 students between 15-18 years (42 men and 39 women). The obtained results show that, in average, teenagers draw on emotional nourishment as a coping strategy while dealing with negative emotional conflicts. Men reported a higher emotional 'nourishment' than women, probably due to their unconformity with their body image, which would be reflected in their conducts and emotions generated of their bodies by their food choices. Likewise, it was found that the 'family factor' influences the choice and acquisition of the eating habits that teenagers carry out.

Key words: Emotional Nourishment, Body Image, Emotions, Emotional Intelligence.

Introducción

La alimentación es un comportamiento biológico y psicosocial relacionado con la manera de ingerir los alimentos, abarca los hábitos, actitudes y creencias que las personas generan. Al tener factores biopsicosociales, los individuos pueden crear o alterar la práctica de su alimentación (García-Camba, 2002; Osorio, Weisstau y Castillo, 2002, citados en Platas, et al., 2013). En la adolescencia es dónde se puede percibir de mejor manera las creencias y actitudes que se le otorga a la alimentación, dado que en esta etapa de vida se desarrollan cambios como la reestructuración de su personalidad y la preocupación por su imagen corporal lo que provoca rechazo hacia su cuerpo e inseguridad de su propio atractivo (Iglesias, 2013).

Cuando los adolescentes comparan su figura corporal con la de sus pares o con las imágenes publicitarias a las que tienen acceso se provocan un sentimiento de insatisfacción con respecto a su imagen corporal, ya que las actitudes que tomaran con cierto recelo hacia el propio cuerpo afectaran a la conducta, pensamientos y emociones (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010, citados en Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa, 2013).

Así, la imagen corporal que crean los adolescentes a partir de estándares culturales de belleza, está sujeta a constantes modificaciones con métodos inapropiados y poco saludables para mantener un peso ideal, acudiendo principalmente a la realización de dietas sin una adecuada supervisión (Leiderman y Triskier, 2004; Murawski, Elizathe y Rutzstein, 2009; Ramos, Books, García-Moya, Rivera y Moreno, 2013; Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013, citados en Ramos, et al., 2016) lo que causa modificaciones en la manera de alimentarse.

Se han realizado estudios en los años recientes sobre el impacto de las emociones en la manera de realizar ingesta alimentaria debido a situaciones desagradables, como puede ser el caso de insatisfacción corporal o por un manejo inadecuado de las emociones como manera de escape ante la inconformidad de alguna situación.

Es por ello que se argumenta que los estados emocionales pueden influir en la conducta alimentaria y a su vez la alimentación puede modificar las emociones, así como los estados de ánimo (Gibson, 2006, citado en Platas, et al., 2013). Las emociones tienen un efecto sobre la elección de alimentos y sobre los hábitos alimentarios, por tanto, se ha sugerido que la emoción en sí misma no puede ser responsable de una mala ingesta alimentaria sino más bien, una de las causas principales es la forma en que la emoción es afrontada por la persona (Faith, Allison y Geliebter, 1997, citados en Sánchez y Pontes, 2012).

En este sentido, se puede hablar de alimentación emocional, la cual se define como la dificultad que la persona tiene para identificar sus emociones, sensaciones de hambre, así como una menor capacidad de comunicar sus sentimientos (Courbasson Riea y Weiskopf, 2008, citados en Rojas y García, 2017). Los comedores emocionales incrementan el consumo de los alimentos en respuesta a emociones desagradables, en cambio los comedores no emocionales no modifican sus niveles de consumo (Schachter, Goldman y Gordon, 1968, citados en Platas, et al., 2013).

Este tipo de comedores no son capaces de llevar a cabo estrategias de afrontamiento adecuadas ante las distintas emociones que pueden presentar, lo cual repercute en su alimentación. Como consecuencia, comen en exceso en respuesta a emociones y no necesariamente para saciarse, seleccionando alimentos con alta densidad energética (Péneau, Ménard, Méjean, Bellisle, Hercberg, 2013, citados en Fernández, 2018).

Por esta razón, la inteligencia emocional puede resultar importante para la prevención de la ingesta emocional y el padecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que al ser capaces de reconocer las propias emociones y enfrentarlas, se crea una mayor capacidad de autoconocimiento y autoaceptación por el propio cuerpo así como lograr un mayor entendimiento de lo que acontece en el medio que rodea a la persona, lo que implicaría no desahogarse por medio de la comida y establecer relaciones con los otros.

Este trabajo se compone de un marco teórico dividido en tres capítulos, Capítulo I “La imagen corporal afecta mi alimentación o mi alimentación afecta mi imagen corporal” en donde se analiza la definición de imagen corporal y cómo es que los adolescentes la perciben, así como los distintos trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y trastorno por atracón, obesidad, permarexia y ortorexia) que pueden ser originados por la percepción que se le da a su imagen corporal.

Un Capítulo II “Para entender las emociones” en el cual se abordan puntos como: ¿qué es una emoción?, teorías de las emociones, alexitimia y regulación emocional, dando un panorama de cómo influyen las emociones en la ingesta alimentaria.

Por último, se aborda un Capítulo III “¿Como me siento me alimento o me alimento como me siento?”, en el que se describen puntos como la alimentación emocional, así como los factores de riesgo (biológicos, sociales y familiares) que dan pauta para entender cómo es que las emociones influyen en la ingesta alimentaria.

Finalmente se presenta la metodología empleada en este estudio, así como una mayor descripción de los resultados. Dentro de los principales hallazgos que se encontraron en esta investigación se puede mencionar que los adolescentes recurren a la ingesta emocional como estrategia de afrontamiento a situaciones estresantes, siendo las mujeres las que recurren con menor frecuencia a la ingesta que los hombres.

Los adolescentes que recurren a la ingesta emocional mostraron un mayor interés hacia los alimentos debido a una preocupación por su imagen corporal, ya que tienen problemas en cómo representan, evalúan y aceptan a su cuerpo. El comparar constantemente la figura corporal ideal con la real les genera cierta perturbación, sentimientos de inferioridad y emociones negativas teniendo como consecuencia la ingesta emocional.

Al tener cierta inconformidad consigo mismo, ya sea por presiones internas: ideas relacionadas a su cuerpo y presiones externas: influencia de los padres de familia respecto a lo que comen sus hijos, los jóvenes desarrollan conductas alimentarias de riesgo en respuesta a sus emociones.

Capítulo I. ¿La imagen corporal afecta mi alimentación o mi alimentación afecta mi imagen corporal?

La adolescencia es una etapa en la que algunos jóvenes suelen estar deseosos de afirmar su independencia, pero también pueden comenzar a sentir que sus vidas están fuera de control y en medio de un caos, teniendo relaciones difíciles en casa, escuela o amigos. Por lo tanto, es en esa edad cuando se les puede dificultar manejar las esferas de vida, y es posible que intenten controlar totalmente su cuerpo mediante la ingesta de alimentos (Knightsmith, 2015).

Por consiguiente, no es extraño que la aparición de los trastornos alimenticios suelen coincidir con esta época del desarrollo, cuyas presiones o ideales sociales van encaminadas en buena medida al cuerpo, a su aspecto y a la imagen que poseen del mismo (Morandé, Graell y Blanco, 2014). Por ello es importante retomar cómo es que los jóvenes perciben su propio cuerpo y los hechos que los llevan a modificarlo.

1.1 Imagen Corporal en Adolescentes

La imagen corporal es una representación psicológica subjetiva consciente e inconsciente del propio cuerpo (Cornejo, 2016), que se constituye por diferentes componentes: el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción) (De la Serna, 2004; Thompson, Heinberg, Altabe, 2002, citados en Vaquero, Alacid, Muyor y López, 2013). Las percepciones que se generen por la apariencia física y el culto que se le da al cuerpo se mantienen constantes a lo largo de la vida atendiendo al tamaño, medida, forma y peso (García, 2004, Rodríguez y Cruz, 2006, citados en Guadarrama, Hernández y Veytia, 2013).

Hablar de la imagen corporal en los adolescentes cobra gran relevancia, ya que es uno de los aspectos primordiales para la formación de su identidad, pues tanto los cambios físicos y psicológicos como los sociales les pueden generar

conflictos internos y externos que le permiten autodefinirse, adaptarse y aceptarse como personas. Con ello, al final de esta etapa logran la madurez social y emocional que se requiere para enfrentar las situaciones diarias. Sin embargo, esto no siempre se lleva a cabo, pues uno de los factores que puede influir es la insatisfacción corporal (Guadarrama, Hernández y Veytia, 2013).

Asimismo, la imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen y a la autoestima, ya que el cuerpo como tal y la imagen que se genere en la persona, formarán parte de la identidad personal y social del sujeto, lo que permitirá que el adolescente tome conciencia de sí mismo, de su lugar en el mundo y en relación con los otros (Cornejo, 2016). Cuando una imagen corporal (real o creada) no coincide con el cuerpo del sujeto, se puede hablar de distorsión o insatisfacción de la imagen corporal. La distorsión junto con la insatisfacción de la imagen corporal está ampliamente relacionada con desórdenes alimenticios (Maganto, 2002; López y Valdéz, 2002, citados en Bobadilla y López, 2014), tanto así que la distorsión autopercebida y la autoimaginada del cuerpo pueden encontrarse en los inicios de la historia de estos desórdenes.

La autopercepción que se genere del peso corporal podría influir para mantener, aumentar o perder peso; por su relación sobre la práctica de conductas alimentarias que afectan la salud (Sztainer, Paxton, Hannan y Haines, citados en Sámano, Rodríguez, Sánchez, Godínez, Noriega, Zelonka, Garza y Nieto, 2015). Los conocimientos y percepciones que la gente tenga de su imagen corporal pueden ser determinantes para su manejo nutricional (Brenner, 2004, citados en Sámano, et al., 2015); por lo que puede ser una limitante para la búsqueda adecuada de atención nutricional.

Esta discordancia entre la imagen corporal real y la autopercebida puede ser resultado de los juicios constantes que se reciben principalmente del seno familiar que conducen a la aceptación de un exceso o baja de peso considerándolo como normal (Rodríguez, Peláez, Sámano, Jiménez y Aguilar, 2004; Park, Falconer, Saxena, Kessel, Croker, Skow, Viner y Kinra, 2013, citados en Sámano, et al., 2015). Además, los modelos culturales pueden proveer de ejemplos que idealizan al cuerpo desde lo estético, ético y sexual, a través de la oferta de imágenes utópicas

con las cuales algunos adolescentes se puedan identificar, ya que los modelos de origen no les sirven para la formación de su identidad (Cornejo, 2016).

Actualmente existen estándares de belleza basados en modelos prodelgadez que suponen valores e ideales relacionados con la imagen corporal que son difundidos fundamentalmente a través de los medios de comunicación, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal (Gómez y Acosta, 2000, citados en Vaquero, Op Cit., 2013).

Por ejemplo, en la publicidad se presentan una serie de imágenes que pueden provocar preocupación por la delgadez, insatisfacción corporal, frustración con el peso, miedo a no pertenecer al estándar social y, por tanto, mayor riesgo de padecer un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), al comparar la figura corporal con imágenes publicitarias de delgadez, a las que se atribuye atractivo, felicidad, popularidad y éxito, un arquetipo al que se aspira llegar (Botta, 2003; Turner, Hamilton y Jacobs, 1997, citados en Vaquero, Op Cit., 2013). De manera que sentirse insatisfecho con la imagen corporal supone un factor de riesgo importante en los Trastornos de Conducta Alimentaria, puesto que las actitudes hacia el propio cuerpo afectan tanto a la conducta como a los pensamientos y a las emociones (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010, citados en Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa, 2013).

La cultura actual promueve la delgadez en la mujer como sinónimo de belleza, aceptación y éxito, de tal forma que una buena parte de las chicas adolescentes muestran insatisfacción con su forma y peso corporal (Cruz-Sáez, Op Cit., 2013), ya que suelen ser más susceptibles a los ideales estéticos del cuerpo y a la influencia de sus relaciones interpersonales que los hombres (Stevens y Tiggemann, 1998, citados en Bobadilla y López, 2014). En tanto que a los hombres se les sigue concibiendo a través de modelos populares; mayor fuerza física, fortaleza, agresividad, competitividad e independencia (Toro-Alfonso, Urzúa y Sánchez, 2012).

Como resultado de estos perturbadores anuncios, muchos adolescentes para encajar en el modelo corporal adecuado, optan por recurrir a conductas alimentarias

de riesgo, es decir, comportamientos inadecuados relacionados con la ingesta alimenticia: comer compulsivo, consumo rápido de alimentos en un corto periodo de tiempo perdiendo el control sobre la cantidad total de alimento ingerido y la preocupación por el peso y la comida (Saucedo, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010).

En ese sentido, las nuevas tendencias en la moda y los nuevos estándares en el aspecto físico y los patrones de alimentación se pueden señalar como los posibles disparadores del aumento o causantes de los distintos trastornos de conducta alimentaria (Vargas, 2013).

1.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria

De acuerdo con Ortíz, Aguilar, Samudio y Troche (2017), los TCA son un grupo de psicopatologías caracterizadas por disturbios en la ingesta y restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones) y excesiva preocupación por la figura corporal, así como por el peso, lo que origina que las personas que padecen algún trastorno de conducta alimentaria realicen prácticas de gran riesgo para su vida (Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2010, citada en Ortíz, Aguilar, Samudio y Troche, 2017).

Los síntomas que se presentan en los trastornos incluyen tres componentes; el nivel cognitivo, donde hay un intenso deseo o tendencia extrema a perder peso asociado a pensamientos repetitivos acerca de cómo conseguir dicho objetivo, desde planear la restricción del alimento hasta desfigurar la imagen corporal real. El segundo es a nivel conductual, en el cual se hacen conductas compensatorias ante la excesiva ingesta, ejercicio compulsivo e ingesta de pastillas para adelgazar. Por último, el nivel emocional, que se relaciona con una ansiedad fóbica asociada al cuerpo, peso o comida que se manifiesta por medio del miedo constante a no conseguir el objetivo (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

Perpiñá (2000, citado en Serra, 2015), plantea que las personas con trastornos alimentarios y aquellas preocupadas por su figura, más que tener problemas con su cuerpo, lo que tienen son problemas en cómo representan, evalúan, sienten y viven su cuerpo, es decir, el cuerpo de ha convertido en el valor

más importante que tienen como personas ya que están atrapadas por su excesivo apego emocional a un determinado propósito, en pocas palabras, a una idea sobrevalorada de delgadez. Es así como el adolescente al principio se percibe satisfecho por perder peso sintiendo que controla la situación, sin embargo, conforme avanza la enfermedad el estado emocional se altera por la desnutrición que se genera (Morandé, Op. Cit., 2014).

Cabe mencionar que la mayoría de los síntomas del trastorno pueden producir dificultades de relación social, dado que el afectado se puede percibir diferente a los demás pares; no tiene los mismos intereses, no puede acudir a las reuniones sociales y progresivamente queda aislado de su entorno social, lo que a su vez sería un reforzador de los síntomas del trastorno (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

Ahora bien, describiré características de algunos de los principales trastornos de la conducta alimentaria que afectan a los adolescentes.

A) Anorexia Nerviosa

En este trastorno se destaca la pérdida de peso notable, ya que las personas que la padecen pueden pesar un 15% menos de lo que corresponde al peso normal (Serra, 2015). Es frecuente que exista un sobrepeso previo y una insatisfacción clara con alguna parte de su cuerpo que les provoca un sentimiento de inseguridad, lo que propicia iniciar una dieta que regularmente es guiada por un nutriólogo, hasta que gradualmente se elabora una conducta alimentaria anormal, es decir, hay más alimentos prohibidos acompañado de conductas dirigidas a una disminución de la ingesta (Lorán y Sánchez, 2013).

Las personas que padecen anorexia tienen una percepción desfigurada de su cuerpo, lo que crea pánico por la comida que los lleva a no alimentarse (Serra, 2015). Comienzan por manipular los alimentos de la dieta mezclando los del primer plato con los del segundo en uno mismo, acompañado de otras características como despedazar excesivamente los alimentos a veces sin siquiera comerlos, el ritmo de las comidas es muy lento, existe un deseo por comer solo, ocultan la comida y mienten sobre los alimentos que han ingerido (Lorán y Sánchez, 2013).

B) Bulimia y Trastorno por Atracón

La Bulimia se caracteriza por la ingesta de alimentos en un breve periodo de tiempo, acompañada por la sensación de pérdida de control, es decir, de no parar de comer o de no poder controlar el tipo o la cantidad de comida, lo que genera un sentimiento de culpa y remordimiento (Lorán y Sánchez, 2013). Estos atracones van seguidos de conductas compensatorias por la ingesta inadecuada que se hizo, en las cuales se destacan las purgativas como el vómito, el abuso de laxantes y los diuréticos, y las no purgativas como la elaboración de dietas muy estrictas, el ayuno o practicar ejercicio de manera muy intensa (Serra, 2015).

En el caso del Trastorno por Atracón la ingesta de alimento se realiza en un periodo corto de tiempo y en una cantidad muy superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar de tiempo. Tiene muchas similitudes con la Bulimia, sin embargo, la diferencia principal es que la persona que lo padece no realiza conductas compensatorias (Serra, 2015), y no muestra una preocupación desmedida por la autoevaluación del aspecto y la silueta corporal.

Los pacientes con Trastorno por Atracón presentan estados emocionales negativos como tensión, soledad, preocupación, aburrimiento o desánimo previos a los episodios de atracón, que son producidos en promedio una vez a la semana (Morandé, Graell y Blanco, 2014). Al no hacer restricción alimentaria ni hiperactividad física o conductas de purga, presentan un incremento de peso progresivo que puede terminar en una obesidad, ya que en primera instancia padecen ciertas dificultades para interpretar las sensaciones de hambre y saciedad (Lorán y Sánchez, 2013).

C) Obesidad

La obesidad se define como el aumento excesivo de peso corporal cuyo proceso es gradual y suele iniciarse en la infancia o la adolescencia a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético que se lleva a cabo. En su origen se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el género, la talla y la edad (Dávila, González y Barrera, 2015).

Las personas que sufren este problema, no suelen ser conscientes de la existencia de un trastorno de la conducta alimentaria, sino que lo consideran como una falta de voluntad para poder llevar a cabo una dieta (García, 2016). Algunos factores asociados han sido las transiciones demográficas, los cambios en la cultura alimentaria, la adopción de estilos de vida poco saludables y los acelerados procesos de urbanización (Fausto, Valdéz, Aldrete y López, 2006, citados en Ríos y Rangel, 2011), que propicia que las personas no lo vean como enfermedad.

Cabe mencionar que no todas las personas que presentan obesidad tienen un trastorno de conducta alimentaria, sino que también puede deberse a alteraciones nutricionales, aunque los datos nos aportan que muchas de las personas con obesidad sufren un trastorno de la conducta alimenticia y más concretamente un trastorno por atracón (García, 2016).

D) Permirexia

Es un trastorno que afecta fundamentalmente al sexo femenino, ya que se considera que es el paso previo a la anorexia o bulimia. Consiste principalmente en que la persona piensa que todo lo que come engorda, lo que la lleva a contar las calorías de los alimentos constantemente, mirar las etiquetas de forma obsesiva para ver los nutrientes y consumir constantemente suplementos polivitamínicos, diuréticos o alimentos dietéticos que son alimentos bajos en calorías (García, 2016).

E) Ortorexia

Este trastorno es poco conocido, pero en los años recientes ha tomado relevancia entre estas enfermedades. Este término deriva del griego *orthos* que se refiere a lo correcto y *orexi* que es apetito, dando como resultado el significado de “hambre por la comida correcta” (Poulisis, 2011). Los ortoréxicos excluyen de la dieta alimentos que consideran impuros por llevar herbicidas, pesticidas u otras sustancias artificiales y se preocupan en exceso por las técnicas y materiales empleados en la elaboración de los alimentos (García, Ramírez, Ceballos y Méndez, 2014).

Por tanto, estas personas comienzan con el intento por mejorar la calidad de la alimentación, pero con el tiempo se vuelven estrictas sobre las elecciones de lo que ingieren según su calidad y pureza, propiciando que aparezcan las obsesiones

sobre qué se debe comer y qué está totalmente prohibido (Poulisis, 2011) negándose a comer fuera de casa, porque ellos no confían en la preparación de los alimentos. Esto conlleva a una pérdida de relaciones sociales y a una insatisfacción afectiva, que, a su vez, favorece la preocupación obsesiva por la comida, pues hay una creencia firme de que se está haciendo lo mejor para su salud (García, Ramírez, Ceballos y Méndez, 2014).

En la actualidad, con ayuda de los medios de comunicación masiva hay divulgaciones de algunas páginas web dedicadas a la propagación de los tipos de trastornos alimenticios en donde se les considera como deidades a las que se someten y dedican oraciones y plegarias para lograr la finalidad (Morandé, Graell Blanco, 2014).

Anteriormente he abordado los diferentes tipos de trastornos de conductas alimentarias y algunas de sus características, sin embargo, cabe mencionar que un punto principal para el reconocimiento y diagnóstico de estos padecimientos está en la parte emocional, es decir, en la manera como la persona comprenda, reconozca y exprese sus emociones interpersonalmente e intrapersonalmente podrá apoyarse de terceros para pedir ayuda cuando sienta que las cosas que está haciendo con su alimentación no son las idóneas para su desarrollo.

Es por ello que a continuación puntualizaré sobre las emociones desde distintas visiones teóricas, con el objetivo de llegar al entendimiento: ¿qué es una emoción?, así como la significancia de la regulación emocional, y con base en esos dos pilares dar paso a la Alimentación Emocional.

Capítulo II. Para Entender las Emociones

Todos saben qué es una emoción, sin embargo, cuando se les pide dar una definición ya no es tan fácil describirla, como si tuviera un solo significado y todo el mundo la entendiera por igual (Fehr y Rusell, 1984, citados en Estrada y Mercado, 2010).

Entender a la emoción permitirá tener un panorama más amplio sobre cómo se relaciona con la alimentación, al tener en cuenta que si no sé identificar una emoción será más difícil trabajar en la regulación emocional, ya que ésta comprende procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las mismas; cuándo las tenemos y cómo las experimentamos y las expresamos (Gross, 1999, citado en Hervás y Moral, 2017).

2.1. ¿Qué es una Emoción?

Las emociones surgen de manera típica como reacciones ante sucesos vitales importantes, además de que nos aportan información relevante acerca de los pensamientos e intenciones de otras personas, permitiéndonos dirigir de forma efectiva los encuentros sociales (Keltner y Haidt, 2001; López, Brackett, Nezlek, Schutz, Sellin y Salovey, 2004, citados en Salguero, Fernández, Ruíz, Castillo y Palomera, 2011). Una vez estimuladas generan sentimientos, activan al cuerpo para la acción, promueven estados motivacionales y producen expresiones faciales reconocibles (Estrada y Mercado, 2010). Por tanto, se puede argumentar que las emociones son multidimensionales, es decir, existen como fenómenos sociales, subjetivos, biológicos e intencionales (Izard, 1993, citado en Estrada y Mercado, 2010).

Entonces, las emociones son subjetivas, ya que provocan que la persona se sienta de un modo particular, pero también se presentan como reacciones biológicas, es decir, son respuestas movilizadoras de la energía que preparan al cuerpo para adaptarse a cualquier situación que uno enfrente y por tanto, son agentes intencionales, ya que buscan una finalidad, por ejemplo, saciar el hambre. Sin embargo, ninguna de estas dimensiones define adecuadamente a la emoción,

solo dan una aproximación de aquéllo que representa a una emoción (Estrada y Mercado, 2010).

Continuando con los planteamientos de Estrada y Mercado (2010), estos autores explican que existen cuatro dimensiones que comprenden a la emoción; el componente sentimental, que proporciona a la emoción la experiencia subjetiva por medio de los procesos cognitivos o mentales, el componente de estimulación corporal, que involucra la activación neuronal y fisiológica e incluye la actividad de los sistemas autónomos y hormonales mientras se prepara y regula la conducta adaptativa de afrontamiento del organismo durante la emoción; el componente intencional, va dirigido a metas para realizar las acciones necesarias a fin de afrontar las circunstancias del momento, y por último el componente social, que se encarga de comunicar la emoción a través de gestos, expresiones faciales, vocalizaciones o posturas.

Esqueda (2017), plantea que el hecho de poder entender a las emociones y comprender cada emoción ayuda a entender las respuestas de las personas generando una comunicación efectiva, por lo que destaca cuatro emociones básicas; el miedo es una respuesta irracional que busca una salida lo más rápidamente posible ante una situación, actuando muchas veces de manera impulsiva, la ira que es la generadora de energía necesaria para realizar una acción particularmente explosiva ya que la situaciones a las que se responden son estresoras o de peligro, la tristeza se detona por acontecimientos desafortunados produciendo respuestas reflexivas o de análisis en el individuo, y la alegría, que se describe como una experiencia positiva y placentera permitiendo ser más propensos a la interacción y acomedido con los otros.

Algunas emociones nos hacen sentir bien, las que se denominan "placenteras" o "agradables". Mientras que otras no lo son, las "displacenteras" o "desagradables", sin embargo, esto no contradice el hecho de que tienen un valor funcional. En las emociones displacenteras (como la tristeza y la ira) pueden encontrarse valoraciones inadecuadas acerca de la situación y los recursos que la persona posee para afrontarla (Palmero, 2012; Ramos, Piqueras, Martínez y Oblitas, 2009, citados en Pérez y Guerra, 2014), ya que se presentan cuando hay

un contenido desagradable; afectar una meta, tener una pérdida o contemplar amenazas, requiriendo de la movilización de recursos cognitivos, fisiológicos y comportamentales que contribuyan con la resolución o alivio de la situación que las están provocando o de lo contrario pueden comprometer el funcionamiento de la persona (Molerio y García, 2004, citados en Pérez y Guerra, 2014).

Como puede verse, cada emoción básica posee formas particulares de manifestarse, lo cual constituye el principal componente expresivo que permite identificarlas y diferenciarlas entre sí. No obstante, cabe señalar que no todos los individuos poseen la capacidad para expresar sus emociones apropiadamente de manera que los demás puedan percibirlos del mismo modo, dificultando con ello la interacción, comunicación y relación con las personas que les rodean (Martínez y Sánchez, 2011) por lo que es importante la regulación emocional.

Cuando el proceso de la regulación emocional conduce hacia una inadaptación en lugar del ajuste, se estaría en presencia de la desregulación emocional; un modelo desadaptativo que implica un fracaso de la regulación o cierta intromisión en el funcionamiento adaptativo de la emoción. Si es temporal, puede ocasionar problemas que interfieren con el bienestar y funcionamiento de la persona; pero, es constante, la desregulación emocional se puede manifestar en determinados trastornos (Hilt, Hanson y Pollak, 2011, citados en Pérez y Guerra, 2014), por ejemplo, los alimentarios, en los cuales la alimentación se ve permeada por la manera en que la persona afronta una determinada emoción (Sánchez y Pontes, 2012).

2.2. Teorías de las emociones

En los últimos años, han surgido distintas teorías que intentan explicar el cómo y el porqué de las emociones en los seres humanos, con el objetivo de entender de mejor manera su influencia en nuestro pensamiento y nuestra conducta. Entre las teorías más reconocidas se encuentran la Teoría Evolucionista de Darwin, Teoría de Schachter y Singer: Teoría de la Activación Cognitiva y la Teoría de James y Lange: La Base Fisiológica de la Emoción.

A) Teoría Evolucionista de Darwin (1873)

Parte del supuesto de que las emociones tienen bases biológicas y su función principal es proveer una adaptación para el organismo en el medio, es decir, las emociones permiten dar solución a problemas y generar respuesta a los desafíos del medio ambiente, pues el cerebro humano evolucionó a partir de la selección natural para resolver problemas adaptativos (León, 2014).

Asimismo, esta teoría considera la expresión facial como un elemento fundamental en la emoción, ya que la expresión es universal y compartida por todos los sujetos en distintas culturas, aun cuando las emociones poseen bases expresivas y motoras propias que sirven para coordinar funciones psicológicas y corporales (Niedenthal, Krauth-Gruber y Ric, 2006, citados en León, 2014).

Por lo tanto, la habilidad para detectar y comprender las señales emocionales ajenas se presenta como un requisito importante a la hora de determinar un comportamiento social competente (Izard, 2001; Salovey y Mayer, 1990, citados en Salguero, Fernández, Ruiz, Castillo y Palomera, 2011). Por ejemplo, las expresiones faciales de una persona pueden afectar a quienes la están mirando alterando su conducta; si alguien observa que una persona llora, ese alguien puede ser indiferente, experimentar tristeza, ponerse serio o incluso llegar a llorar (Martínez y Sánchez, 2011).

Aunque la capacidad para “leer” emociones en los rostros de otras personas es uno de los atributos que compartimos los humanos a través de diversas culturas, existen diferencias importantes en el grado en que las personas son capaces de poner en marcha esta habilidad (Salguero, et al., 2011).

B) Teoría de Schachter y Singer: Teoría de la Activación Cognitiva (1962)

Propone que las cogniciones surgidas de una situación inmediata son interpretadas por la experiencia pasada del sujeto y proveen el marco con el cual uno entiende y etiqueta sus sentimientos (León, 2014), por lo tanto, el proceso generador de la emoción no comienza con el hecho ni con la reacción biológica que se tenga, sino con la valoración cognitiva de su significado; la manera en que se evalúa la

situación constituye el tipo de procesamiento cognitivo que da lugar a las emociones (Lazarus, 1991, citado en Estrada y Mercado, 2015).

Es así como Lazarus (1991, citado en Estrada y Mercado, 2015), afirma que sin una comprensión de la importancia personal de la magnitud de un acontecimiento para el propio bienestar, no hay razón para responder emocionalmente. Por lo que la evaluación cognitiva del individuo acerca del significado de un suceso (más que del suceso en sí) establece las condiciones para la experiencia emocional.

C) Teoría de James y Lange: La Base Fisiológica de la Emoción (1885)

La teoría sostiene que un objeto estimula uno o más órganos de los sentidos y los impulsos aferentes van a la corteza logrando la percepción del objeto; a partir de eso, corrientes nerviosas van hacia los músculos y las vísceras alterándolos en formas complejas, provocando que los impulsos aferentes de estos órganos envíen información a la corteza cerebral, dando como resultado transitar de “objeto simplemente aprehendido” a “objeto emocionalmente sentido” (Cannon, 1987, citado en León, 2014).

Después de una pequeña revisión acerca de las diferentes perspectivas que explican a las emociones, se puede argumentar que la mayoría de los autores consideran que tienen componentes fisiológicos, psicológicos y conductuales, así como bases evolutivas (se vuelven más complejas conforme la persona crece, independientemente de la cultura), adaptativas (le ayudan a sobrevivir) y funcionales (dependen del entorno), que requieren de una interpretación de objetos, personas o situaciones provocativas para realizar determinadas acciones y comunicar su estado a quienes la rodean (Gómez y Calleja, 2016). Por lo tanto, la emoción debería conceptuarse como un proceso, que suman dentro de un complejo sistema de retroalimentación (Estrada y Mercado, 2010).

2.3. Alexitimia

El neologismo «alexitimia» es un vocablo de origen griego (a- la partícula negativa no, lexis- palabra o acción de hablar, thymos- emoción) que significa

etimológicamente «ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos» (Alonso, 2011).

De acuerdo con Nemiah, Freyberger y Sifneos (1976, citados en Behar, 2015), la alexitimia se despliega mediante dimensiones cognitivo-afectivas; hay una dificultad para identificar y describir sentimientos, se tiene un conflicto para distinguir entre los sentimientos o sensaciones corporales, se posee una reducción o ausencia de pensamiento simbólico y el funcionamiento cognitivo es independiente del contenido afectivo. Por lo tanto, se generan déficits en la capacidad cognitiva del procesamiento y la regulación emocional, permaneciendo éstas separadas y predominando las respuestas fisiológicas y comportamentales más que las afectivas.

Krystal (1979, citado en Ávalos y Sánchez, 2016), menciona que la Alexitimia tiene características esenciales; como la dificultad para expresar los sentimientos con palabras, por lo que no pueden diferenciar estados emocionales ni localizar las sensaciones así como las experiencias corporales, recurriendo a expresar sus deseos con el cuerpo y las características accesorias en donde existe una personalidad inmadura, por ejemplo, los introvertidos, pasivo-agresivos o pasivodependientes, quienes carecen de una representación simbólica del mundo.

De ahí que Alonso (2011), expresa que, si una persona que padece alexitimia recurre a un objeto adictivo, será a causa de la búsqueda de sensaciones para compensar su falta de capacidad para experimentar emociones, ya que la dependencia por un afecto humano se sustituye por la dependencia de un objeto exterior, gracias a la disponibilidad inmediata de este objeto como fuente de placer.

Si bien, el principal rasgo de la persona alexitímica es la incapacidad de expresar sus emociones, para Ávalos y Sánchez (2016), existe un perfil que abarca datos afectivos, cognitivos, psicomotores y somáticos, entre los que destaca el pensamiento centrado en detalles externos sin conexión con el mundo vivencial interno, la reducción o anulación de la fantasía, así como de sueños y vida imaginativa, descripciones repetitivas de los hechos, discursos monótonos y lentos, hay cierto aislamiento sin tener sensación de soledad, y por último, se tienen ciertas

dificultades para establecer contacto afectivo con los otros o mantener una dinámica comunicacional.

Según Becker-Stoll y Gerlinghoff (2004, citados en Behar, 2010), la alexitimia así como la falta de regulación emocional, no son solamente rasgos de personalidad, sino que son el resultado de la historia individual de aprendizaje en el manejo de las emociones, especialmente con estados displacenteros o desagradables de excitación emocional, en el contexto de las interacciones con las personas que tienen un mayor vínculo (Cole-Detke y Kobak, 1996, citados en Behar, 2010). Por lo tanto, se puede afirmar que la alexitimia, más que un problema individual, puede ser un síntoma de la familia “psicosomatógena”, es decir, aquella que evita el conflicto y las tensiones emocionales para mantener una aparente armonía ante los demás (Onnis y Di Genaro, 1987, citados en Behar, 2010).

Por lo tanto, al presentarse el fenómeno de la alexitimia el proceso de regulación emocional quedaría comprometido, ya que supone la toma conciencia en la relación entre emoción, cognición y comportamiento, para tener buenas estrategias de afrontamiento y capacidad para autogenerar emociones positivas (Roger, 2013).

2.4. Regulación emocional

La regulación emocional es el proceso a través del cual los individuos modulan sus emociones y modifican su comportamiento para adaptarse al contexto o promover el bienestar tanto individual como social (Eisenberg y Spinrad, 2004; Gross, 1998; Robinson, 2014; Thompson, 1994, citados en Gómez y Calleja, 2016), abarcando la tolerancia a la frustración para prevenir estados de ánimos negativos como la ira, estrés, ansiedad y depresión entre otras, permitiendo desarrollar las competencias necesarias para la prevención y gestión de los conflictos (Roger, 2013).

En ese sentido, los procesos externos e internos que se experimentan son los responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales para cumplir las metas, dado que, las personas activan los procesos de regulación emocional con base en una necesidad o una meta, la cual es reducir un estado

afectivo negativo o positivo porque se ha vuelto muy intenso o muy duradero (Thompson, 1994, citado en Hervás y Moral, 2017).

Sin embargo, estas definiciones no diferencian de forma clara cuándo el proceso es adaptativo y cuándo por el contrario se convierte en disfuncional. Ante esto Hervás y Vázquez (2006, citados en Hervás y Moral, 2017), argumentan que aun cuando la regulación sea un proceso adaptativo, no se debe olvidar que los esfuerzos por modificar los estados emocionales pueden ser ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes llegando a una desregulación afectiva, es decir, existe la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de las estrategias de regulación empleadas por una persona ante sus estados afectivos negativos, por lo tanto la estrategia no resulta la adecuada ante determinada situación.

Las personas emocionalmente inteligentes no sólo poseen una mayor capacidad para percibir, comprender y regular sus emociones, repercutiendo de forma positiva en su bienestar personal, sino que también son capaces de generalizar estas habilidades a las emociones de los demás, favoreciendo de este modo sus relaciones sociales, familiares e íntimas (Salguero, Fernández, Ruiz y Palomera, 2011), de modo que pueden ayudar a inhibir, suprimir, descargar, confrontar, reducir o aumentar las emociones negativas mediante el uso del humor negro y el sarcasmo, así como la crítica (Company, Oberst y Sánchez, 2012).

Es importante entender cómo otros nos influyen y viceversa, ya que al expresar una emoción se comparten experiencias o vivencias, aumenta la emoción (positiva), se converge emocionalmente, se muestra empatía, se da apoyo y aumenta la atracción interpersonal; asimismo, al hablar se puede replantear cognitivamente la experiencia emocional otorgándole otro punto de vista (Rimé, 2012, citado en Company, Oberst y Sánchez, 2012).

Por su parte, Bisquerra (2003, citado en Aramendi, 2016), propone una serie de microcompetencias que conforman la regulación emocional, con el objeto de ayudar a expresar y regular las emociones de una manera eficaz. Como primer punto habla de la expresión emocional apropiada que incluye la habilidad de poder

comprender que en ocasiones el estado emocional del individuo no tiene por qué ser igual ni corresponder con la expresión externa, en segundo lugar está la regulación de emociones y sentimientos, donde hay una aceptación de las emociones y los sentimientos como tales, le continúa la habilidad de afrontamiento en la cual se abordan estrategias de regulación para poder administrar y controlar tanto la intensidad como la persistencia de las emociones, y por último, propone la competencia para autogenerar emociones positivas.

Entonces, para que una persona comunique su sentir a los demás de manera precisa, debe de contar con ciertas habilidades particulares que integran la dimensión expresiva de las emociones (Mayer y Salovey, 1997; Sánchez Aragón, 2007, citados en Martínez y Sánchez, 2011), entre las que destacan: la habilidad para expresar las propias emociones por medio de las expresiones verbales y no verbales como expresiones faciales, la postura, las acciones o la distancia entre personas (Reeve, 1994, citados en Martínez y Sánchez, 2011), y la habilidad para prolongar, deshacerse o engancharse de un estado emocional que implica una facilidad con la que un individuo se deja impactar emocionalmente con las expresiones y conductas emocionales de otra persona (Salovey Mayer, 1990, citados en Martínez y Sánchez, 2011), dando espacio a una experiencia emocional intensa en sí mismo.

Por consiguiente, se puede argumentar que si se trabaja la regulación emocional desde edades tempranas, el concepto ya no parecería ser desconocido , pues basta con recordar que el ser humano busca prolongar aquellas emociones que le producen una sensación de bienestar y satisfacción, mientras que tiende deshacerse de aquellas emociones que le causan malestar o desagrado (Salovey y Mayer, 1990, citados en Martínez y Sánchez, 2011), sobre todo en la adolescencia, pues hay cambios emocionales que pueden ser trabajados ante situaciones concretas, en este caso, ante la ingesta alimentaria.

Capítulo III. ¿Como me siento me alimento o me alimento como me siento?

La alimentación es un proceso que forma parte del proceso de nutrición normal de un individuo, ya que en ella intervienen factores bioquímicos, psicológicos y sociales, sin embargo, el apetito o la necesidad de comer es el elemento central. Muchas de las reuniones familiares, laborales o de cualquier índole casi siempre se celebran acompañadas de la acción de comer, así, las llamadas comidas sociales suponen un modelo más de comunicación y de relación con el entorno, siendo relevantes en el desarrollo de hábitos y comportamientos saludables de las personas (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

Sin embargo, el uso exagerado de este tipo de conductas alimentarias sociales puede alterar el funcionamiento nutricional normal, por lo tanto, alimentarse no es un hecho aislado y únicamente fisiológico, cuya finalidad sea cubrir las necesidades nutricionales básicas, sino que es un comportamiento de carácter cultural, personal y emocional que si no se lleva a cabo de una manera saludable puede desencadenar en alguna enfermedad o trastorno de la conducta alimentaria.

3.1. Alimentación emocional

La conducta alimentaria es un comportamiento biológico y psicosocial relacionado tanto con la ingesta de alimento como con los hábitos, actitudes y creencias alimentarias. Una conducta alimentaria normal o “conducta alimentaria sana”, brinda el aporte energético necesario al individuo de acuerdo su edad y sexo. Esta se caracteriza porque la persona tiene una sana preocupación (no exagerada ni obsesiva) por el peso y por los alimentos que ingiere (Araujo y López, 2006, citados en Platas y Gómez, 2013).

Sin embargo, en cuanto a la alimentación, al tener relación con factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los individuos pueden crear una obsesión por adelgazar e ingerir alimentos sanos (García-Camba, 2002; Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002, citados en Platas, et al., 2013), pues muchas veces presta más atención a los factores socioculturales que a los nutricionales por el estilo de vida que lleva a cabo.

Por otra parte, en la conducta alimentaria se han detallado tres componentes individuales que afectan la elección de los alimentos por parte de los individuos: afectivo, cognitivo y conductual (Herman y Polivy, 1975, citados en Peña y Reidl, 2012). En lo referente al componente afectivo, la relación entre emociones y alimentación no es simple: los estados emocionales y de ánimo pueden influir en la conducta alimentaria, y a su vez la alimentación puede modificar las emociones y estados de ánimo (Gibson, 2006, citado en Peña y Reidl, 2012).

En ese sentido, Morandé, Graell y Blanco (2014), mencionan que usamos la alimentación para controlar la ansiedad que nos provocan determinadas situaciones sobre las que no tenemos control, o que estimulan la aparición de emociones principalmente negativas o de insatisfacción, por lo que, la repetición de esta conducta como método para calmar la ira, la ansiedad o la tristeza, puede terminar en el desarrollo de un trastorno alimentario.

Por lo tanto, el comedor emocional se puede describir como aquel individuo que tiene dificultades para la identificación de sus emociones, las sensaciones de hambre, una menor capacidad para comunicar sus sentimientos (Courbasson, Rizea, y Weiskopf, 2008, citados en Rojas y García, 2017), y no es capaz de llevar a cabo estrategias de afrontamiento adecuadas ante las distintas emociones, lo cual repercute en su alimentación. Como consecuencia, comen en exceso en respuesta a emociones y no necesariamente para saciarse, seleccionando alimentos con alta densidad energética (Péneau, Ménard, Méjean, Bellisle, Hercberg, 2013, citados en Fernández, 2018). Las emociones que generalmente desencadenan la ingesta son negativas, en cambio, los comedores no emocionales no modifican sus niveles de consumo o incluso lo restringen (Schachter, Goldman y Gordon, 1968, citados en Peña y Reidl, 2012).

A veces, una ingesta alimentaria excesiva puede explicarse como un intento de impedir que se produzca una invasión de pensamientos, recuerdos, sentimientos o emociones dolorosas. Autores como Clerget (2011, citado en Rojas y García, 2017), refieren que los comedores emocionales piensan en la comida cuando se notan ansiosos, emotivos o negativos y que fijar la atención en los alimentos, así

como en su ingesta, es una manera de no pensar en las emociones negativas, pero también de evitar tener conciencia de sí mismos.

Para que tenga lugar la respuesta de comer emocionalmente, primero se ha de valorar el alimento de forma afectiva; al asociar un estado emocional determinado con la ingesta de un alimento puede llegar a condicionarse la respuesta fisiológica de la emoción a la simple presencia o ingesta de ese alimento. En este caso, el organismo reaccionaría de igual modo al alimento condicionado que a la emoción (Loria, 2011).

Sin embargo, en la restricción alimentaria hay una mayor tendencia a que cambie el estado de ánimo, provocando un incremento de la ingesta por déficit cognitivo, por lo tanto, se puede afirmar que los estados de ánimo y las emociones desempeñan un papel fundamental en el proceso alimentario de los individuos y viceversa (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

3.2. Factores de riesgo

El factor de riesgo en este contexto se puede definir como ciertas circunstancias y situaciones que facilitan la aparición de un trastorno (Gallardo, 2017). En el caso que nos ocupa, son hechos que influyen en los jóvenes a tomar decisiones respecto a la forma en que realizan la ingesta alimentaria, y se pueden catalogar en biológicos, sociales y familiares, pues las personas desarrollan conductas alimentarias diferentes en respuesta a sus emociones dependiendo del medio ambiente socioeconómico donde viven y de la formación que reciben del núcleo familiar (Sánchez y Pontes, 2012).

Cabe resaltar que la aparición de un factor de riesgo no implica forzosamente la manifestación del trastorno, sin embargo, es importante tenerlo en consideración dado el peso que genera principalmente en el bienestar emocional de la persona (Marmo, 2014, citado en Gallardo, 2017).

A) Biológicos

La investigación de los factores biológicos que explican el padecimiento de estos trastornos se ha centrado principalmente en los factores genéticos y en las

alteraciones neurobiológicas (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, citada en Silva, Mesa y Escudero, 2014).

En estudios realizados a gemelos adultos se demostró que la herencia puede explicar entre el 11-65 % de la variación en la ingesta media calórica (Bell y Rolls, 2001; Keller, Peitrobelli, Must y Faith, 2002, citados en Loria, 2011). La influencia genética en la elección de los alimentos se estimó en un 40%, mientras que los factores ambientales compartidos como el hábito de comer fruta dentro de una misma familia, no parecieron tener peso en la elección realizada sobre una variedad de alimentos (Keskitalo, Silventoinen, Tuorila, Perola, Pietiläinen, Rissanen y Kaprio, 2008, citados en Loria, 2011). Por lo tanto, estos estudios sugieren que, los factores genéticos del gusto, pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de las preferencias del alimento y la ingesta (Loria, 2011).

Asimismo, otros estudios sugieren que las mutaciones y recombinaciones en el genoma producen sujetos con variaciones génicas que, expuestos a la selección natural, participan de un flujo génico y una deriva génica, las cuales son las encargadas de preservar y cambiar las proporciones de las variaciones que fortalecen al individuo así como de los cambios generados que pasan desapercibidos para las concepciones culturales, incluso en la ingesta de los alimentos (Prospéro-García, Méndez, Alvarado, Pérez, López y Ruiz, 2013).

Uno de los genes que intervienen en la regulación del apetito son las melanocortinas; hormonas que reducen la ingesta provocando que sea mínima convirtiéndose en un factor de riesgo, pues la persona no puede controlar adecuadamente la alimentación. Así pues, al existir una afectación genética, dado que son neurotransmisores, no les envían la señal correcta a las neuronas del hipotálamo y el cuerpo no detecta el incremento en sus niveles de grasa, de manera que la persona sigue comiendo con voracidad y en exceso, por lo que, puede ser un desencadenante para que la persona padezca obesidad, pues el organismo no es capaz de controlar el apetito (Yilmaz, Davis, Loxton, Kaplan, Levitan y Carter, citados en Fernández, 2018).

Otro gen que se asocia a una alteración en la ingesta alimentaria es el Fat Mass and Obesity-Associated (FTO). Este gen está relacionado con la regulación de la saciedad, es decir, hay una disminución de sensación percibida de la misma. Por tanto es más probable que los portadores del gen sean más propensos a comer en exceso, siendo más susceptibles de desarrollar sobrepeso y obesidad (Castellini, Franzago, Bagnoli, Lelli, Balsamo y Mancini, 2017, citados en Fernández, 2018).

De igual forma, se han obtenido datos de que las alteraciones del desarrollo en etapas pre, peri y postnatales podrían ser un posible desencadenante para la causa de la anorexia nerviosa, sobre todo cuando no se ha llevado a cabo una debida alimentación, provocando un desequilibrio en la programación del apetito que el individuo desarrollará a lo largo de toda su vida (Woerwag y Treasure, 2008, citados en Gallardo, 2017).

B) Sociales

Un elemento importante a considerar como parte del orden social que involucra la visión de la imagen corporal por encima de una buena salud, es que en nuestra sociedad se presenta a la mujer como un ideal estético difícil de alcanzar, es decir, el modelo de la belleza se traduce en la presencia de una delgadez extrema. En el caso de la mujer mediterránea, es considerada como de talla grande y desfasada de la época actual. Las adolescentes que presentan una estructura corporal con “redondeces” tienen muchas veces dificultades para encontrar ropa en las tiendas, lo que les crea cierta frustración y como consecuencia insatisfacción corporal que puede provocar las ingestas inadecuadas (Serra, 2015), haciendo más importante comer para verse bien, que comer para estar bien.

Asimismo el impacto de los medios de comunicación como la televisión, muestran mensajes de que ser delgado es hermoso e incentivan el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido, y por otro lado, bombardean a los adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres (Corsica, 2011, citado en Portela de Santana, Da Costa Ribiero Junior, Mora y Raich, 2012) poniendo énfasis en sus anuncios a mujeres y hombres delgados o atléticos sin tener en cuenta las conductas alimentarias en estos,

además de que son asociados a niveles altos de popularidad, éxito profesional, social e inteligencia (Serra, 2015), aspectos a los que quisieran llegar los jóvenes.

Por otro lado, los pares juegan un papel destacado en la aparición de estos trastornos, es decir, el temor al rechazo jugaría un papel decisivo en lo referente a alcanzar una figura ideal que conlleve finalmente a una aceptación del grupo, aunque esto implique poner en riesgo la salud. Esta presión de los pares podría ser ejercida en forma personal o virtual a través de las redes sociales (Ortíz, Aguilar, Samudio y Troche, 2017).

Al mismo tiempo, que se usa el internet como medio para encontrar y divulgar información acerca de prácticas alimentarias no idóneas o rectificando los estándares de belleza, por ejemplo, se hallan páginas web que promueven estilos de vida anoréxicos pro-ANA y bulímicos pro-MIA, los cuales suelen estar publicados por personas que ya padecen estos trastornos, buscando validar su enfermedad y el apoyo de otros compañeros también enfermos para continuar con sus comportamientos (Knightsmith, 2015), ya que un estilo de vida necesita ser cuidado, por lo que los miembros de esas páginas comparten historias de vida, tips y mensajes para que sean captados y reproducidos por terceros; que terminan siendo los jóvenes (Serra, 2015).

Otro medio de divulgación de una figura ideal es el uso de revistas, ya que con el paso de los años se han aumentado las publicaciones de artículos orientados al adelgazamiento en revistas dirigidas especialmente al género femenino (Cusumano y Thompson, 1997, citados en Jiménez y Silva, 2010), pues por lo general, las imágenes que se muestran exhiben con marcada frecuencia modelos jóvenes, muy altas y de cuerpos extremadamente delgados, con proporciones cada vez más difíciles de lograr de manera saludable e incluso normal para la mayoría de las mujeres y, rara vez, modelos con un peso igual o superior al considerado médicamente normal (Harrison, 2003, citado en Jiménez y Silva, 2010).

Algunos estudios han encontrado que las mujeres que se exponen a las imágenes de mujeres obesas por lo general tienen mayor aceptación de su propio cuerpo, y se consideran más bonitas y delgadas que quienes observan imágenes de

mujeres delgadas, en donde las emociones que experimentan suelen ser negativas, predominando sentimientos de envidia y culpa (Jiménez y Silva, 2010). En ese sentido, la comparación del propio cuerpo con otro que posee características consideradas socialmente más deseables (delgadez), genera sentimientos y creencias más desfavorables hacia sí mismo que cuando se compara con cuerpos que parecen ser socialmente menos deseables (obesidad) (Dittmar y Howard, 2004; Tiggeman y McGill, 2004, citados en Jiménez y Silva, 2010).

En este contexto, los adolescentes, que aún están en proceso de formación de la imagen corporal, reciben este tipo de informaciones por parte de los medios de comunicación que pueden estructurarse en el proceso de formación de la imagen corporal, del comportamiento alimentario y de la salud de los adolescentes (Portela de Santana, et al., 2012).

Por otra parte, Arnow (1995, citado en Rojas y García, 2017), plantea que el comer se encuentra vinculado a aspectos positivos, dado que la comida representa un símbolo cultural que se utiliza en festividades y como una forma de expresión emocional, por lo que comer emocionalmente no sólo recae en las actitudes para controlar el peso y obtener una imagen corporal deseada como se mencionó anteriormente.

Sin embargo, los usos y las actitudes hacia los alimentos son tan numerosos como variados y se manifiestan al expresar el significado de comer, su utilidad o la razón de hacerlo, como en el caso de las personas que realizan la ingesta en abundancia como forma de medir las propias capacidades o responder a los apremios que la cultura representa (Rojas y García, 2017). De modo que, los hábitos alimentarios son un reflejo de las necesidades afectivas y de la situación mental de la persona y repercuten en su salud tanto positiva como negativamente (LubanPlozza, Pöldinger, Kröger y LaederachHofmann, 1997, citados en Rojas y García, 2017).

C) Familiares

La preocupación por la alimentación adquiere gran relevancia al considerar que la familia es el primer grupo en donde el individuo aprende a comer, ya que en él se

encuentra la persona que prepara el alimento, la disponibilidad de alimento, las preferencias, el uso que se le da y las costumbres que rodean la conducta alimentaria, es decir, el tiempo en el que ocurren las comidas y qué se ofrece en cada una (Birch, 2002; Hannon, Bowen, Moinpour y McLerran, 2003, citados en Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich y Halley, 2013). Quizá el patrón más primordial sea la transmisión de actitudes hacia el alimento, así como las preferencias del alimento y las marcas de fábrica, ya que se pueden constituir como los principales valores que afectan a los hábitos alimentarios en el curso de la vida pero que pueden ser modificados (Loria, 2011).

En las preferencias del alimento influyen las experiencias tempranas positivas o negativas del niño con el alimento, por ejemplo, los alimentos dulces o con elevado contenido en grasas tienden a ser los alimentos preferidos (Drewnowski, 1997; Rozin, 2002, citados en Loria, 2011), mientras que los vegetales son los menos preferidos. Esto podría relacionarse con la sensibilidad a la percepción de determinados sabores, pero también con el contexto negativo en el cual suelen ser presentados, por ejemplo, cuando se le dice al niño que si desea obtener postre, primero tiene que comerse la verdura. En ese sentido, los alimentos rechazados por las madres tienden a no ser ofrecidos a los niños u ofrecidos de una forma negativa (Skinner, Carruth, Wendy y Ziegler, 2002, citados en Loria, 2011).

De igual manera, afecta a la familia la transformación nutricional que experimenta el país, pues de acuerdo con la Secretaría de Salud en México (2010, citada en Dávila, González y Barrera, 2015), la alimentación tiene como característica una occidentalización en la dieta, es decir; hay un aumento en la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcares y sal, así como un aumento en el consumo de comida rápida por la disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos en casa.

La circunstancia de tener tiempo disponible para preparar los alimentos es de gran influencia sobre las características de los alimentos consumidos por la familia y el estado nutricional de sus integrantes, ya que, comer en familia se relaciona con una alimentación de mayor calidad nutricional que comer fuera de casa. Por lo tanto,

la comida hecha en casa tiende a favorecer un menor consumo de energía, grasa, bebidas azucaradas y un consumo mayor de frutas y vegetales (Moreno y Salgado, 2007, citados en Loria, 2011).

Ahora bien, estamos frente a una generación en la que los padres y madres, incluso los abuelos, ya fueron niños y adolescentes que pasaron por la experiencia de ser impregnados por un estereotipo de la delgadez y, a veces sin darse cuenta, lo transmiten a las generaciones que siguen (Serra, 2015), creando de primera instancia una regla para salir al mundo, tal y como nos dicen en casa, pues la manera como cada familia enfrenta las circunstancias que crea determinan que sea funcional o disfuncional (Gordon, 2003, citado en Sandoval, Romero, Vásquez, González, Martínez, Sánchez y Troyo, 2010) .

Por otra parte, Rosas (2015, citado en Gallardo, 2017), plantea que, generalmente las personas afectadas con cualquier trastorno de conducta alimentaria procede de familias donde alguno de los miembros ha sufrido algún trastorno con anterioridad, siendo las madres quienes más los han padecido. Por tanto, los padres con una inteligencia emocional limitada, así como con relaciones interpersonales inestables, podrían contagiar a sus hijos de aprehensión y rechazo asociados a la insatisfacción corporal (Behar, Gramegna, y Arancibia, 2014, citadas en Gallardo, 2017).

Ante esto, Espina, Ortega, Ochoa de Alda y Martínez (2001, citados en González, Romero, Rascón y Caballero, 2013), argumentan que las familias de pacientes con anorexia nervosa son en general más hostiles e impulsivas; los padres no son empáticos y presentan déficit en la crianza, es decir, no ayudan a sus hijos a conocer el mundo de las emociones, lo que les puede crear una salida al mundo emocional a través de una ingesta alimentaria inadecuada.

Además, los padres de estos pacientes presentan mayor insatisfacción con su cuerpo, preocupación por el peso y seguimiento de dietas restringidas (Kalucy, Crisp y Harding, 1977, citados en León y Aizpuru, 2010), provocando presión hacia sus hijos para controlar de igual forma el peso, que genera un desarrollo de los

síntomas del trastorno alimentario desde edades tempranas, como los 9 o 10 años (León y Aizpuru, 2010).

Por lo tanto, la ausencia de acciones dirigidas a empoderar el ámbito familiar con estrategias que promuevan la transmisión de un modelo estético corporal normal y conductas alimentarias adecuadas a la etapa de desarrollo del hijo, podría generar incremento en los índices de estos trastornos (León y Aizpuru, 2010).

Planteamiento del Problema

En las investigaciones recientes se ha encontrado con frecuencia que las personas, especialmente los jóvenes, no tienen un manejo adecuado de sus emociones en relación a su ingesta alimentaria, que sus patrones de alimentación no son siempre los más adecuados, y que esto los puede llevar a desarrollar actitudes alimentarias nocivas, lo que posiblemente conduciría al desarrollo de Trastornos de Conducta Alimentaria.

En ese sentido, es necesario seguir realizando investigaciones de este tipo para desarrollar herramientas que les permitan a los comedores emocionales identificar sus emociones durante la ingesta, ya que las personas emocionalmente inteligentes poseen una mayor capacidad para percibir, comprender y regular sus emociones, repercutiendo de forma positiva en su bienestar personal, dado que generalizan estas habilidades a las emociones de los otros, favoreciendo sus relaciones sociales, familiares e íntimas.

Además, la mejora de esta competencia puede ser un aspecto importante para desarrollar o mejorar los programas dirigidos a la prevención y/o tratamiento clínico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con el fin de que los adolescentes aprendan a relativizar su culpa para ayudarles en el manejo de sus emociones, dado que, los jóvenes con mayor riesgo de desarrollar un trastorno utilizan estrategias de afrontamiento evitativas; tienden a autoinculparse de sus problemas, a no afrontarlos, intentan sentirse mejor llorando, gritando incluso bebiendo alcohol y/o fumando (García-Grau, Fusté, Miró, Saldaña, y Bados, 2004, citados en Aupalat y Quiles, 2012).

Objetivo

Identificar las posibles relaciones entre la Alimentación Emocional, los patrones de ingesta y las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes mexicanos.

Método

Participantes

El marco muestral correspondió a un total de 81 estudiantes que oscilan entre los 15 y 18 años de edad, de los cuales 42 fueron hombres y 39 mujeres pertenecientes al Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCH Azcapotzalco) de la Ciudad de México.

Consideraciones Éticas

La participación de cada estudiante será de forma intencionada, se les entregará un Consentimiento Informado (Anexo I) en el cual se acepta participar de forma voluntaria en la investigación y garantizando la confidencialidad, anonimato y manejo ético de los resultados, así como la posibilidad de retirarse del estudio en el momento que los participantes quieran.

Con estas disposiciones se da cumplimiento al Artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la Salud, que en su Título Segundo "*De los Aspectos Éticos de la Investigación con Seres Humanos*", señala que...En toda investigación en la que el Ser Humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Diario Oficial de la Federación, 1986).

Criterios de Exclusión

Analfabetismo real o funcional o grados de disminución psíquica o física que imposibilitara la respuesta completa y autónoma del instrumento. Alumnado de clases de acogida o de necesidades educativas especiales con Adaptaciones Curriculares Individualizadas (ACI) o Programas Individualizados (PI). Participación en tratamientos para pérdida de peso o por Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).

Sufrimiento de problemas médicos como diabetes, tiroidismo, hipoglucemia. Realización de dietas vegetarianas, veganas o macrobióticas. Diagnóstico y tratamiento psicológico y / o psiquiátrico.

Criterios de Inclusión

Edades comprendidas entre los 15 y 18 años. Estar capacitado y dispuesto a responder los instrumentos. Haber obtenido el consentimiento informado.

Instrumentos

A continuación, se describen los instrumentos que se aplicaron a los estudiantes de CCH Azcapotzalco:

1.-Emotional Eating Scale for Children (EES-C; Tanofsky-Kraff, Theim, Yanovski, Basset, et al., 2007). El EES-C es la adaptación para niños y adolescentes de la escala para adultos Emotional Eating Scale (Kenardy y Agras, 1995). La escala valora la necesidad de comer frente a estados de ánimo negativos en niños de 8 a 18 años. Consta de 23 adjetivos que califican emociones asociadas al deseo de comer. La respuesta a cada adjetivo se recoge en una escala de 5 puntos que va desde 'ningún deseo' hasta 'un deseo irresistible'. Puntuaciones altas indican un gran deseo de comer como respuesta a un estado de ánimo negativo. El análisis factorial del estudio de adaptación original de la EES-C identificó 3 subescalas: AAF): la primera está formada por 12 ítems ($\alpha = 0,95$), recoge las respuestas emocionales asociadas al deseo de comer como la ansiedad, la ira y la frustración. DEP): la segunda, con 7 ítems ($\alpha = 0,92$), reúne los adjetivos que denotan estados de ánimo depresivos. UNS): la tercera, de 4 ítems ($\alpha = 0,83$), agrupa adjetivos que expresan emociones o sentimientos de inquietud.

2.-Eating Pattern Inventory for Children (EPI-C; Schacht et al, 2006). Es un cuestionario sobre factores psicológicos de la conducta alimentaria en niños. Se trata de un instrumento autoadministrado de 20 ítems con respuesta dicotómica (sí, no) que evalúa las dimensiones psicológicas de la conducta alimentaria en niños y no únicamente en la sintomatología de los TCA. Es aplicable tanto en poblaciones clínicas como en no clínicas (Schacht, et al., 2006).

Evalúa 4 factores: Restricción de la Dieta (DIER), la Alimentación Emocional (EEAT), Alimentación Externa (EX) y la Presión Paterna para Comer (PAR): DIER) 8 ítems sobre los aspectos afectivos, cognitivos y conductuales de la restricción

dietética como el miedo a tener sobrepeso, las preocupaciones sobre la comida y el peso y las restricciones actuales en la alimentación. EX) 5 ítems que valoran comer como respuesta a los estímulos relacionados con la alimentación, independientemente de los estados internos de hambre y saciedad, así como las sensaciones constantes de hambre. PAR) 3 ítems que expresan la presión que los padres ejercen la hora de comer. EEAT) 4 ítems relacionados con la alimentación emocional. Es decir, comer como estrategia de afrontamiento ante los conflictos emocionales.

3.-Children Eating Attitude Test (ChEAT-26; Maloney, McGuire y Daniels, 1988; adaptación al español De Gracia, Marcó y Trujano, 2007). Es un instrumento autoaplicado, formado por 26 ítems que valoran las actitudes alimentarias, las conductas de dieta y la preocupación por la comida en niños. El ChEAT es una adaptación para niños del Eating Attitudes Test (EAT-26) de Garner y Garfinkel (1979) frecuentemente utilizado para valorar la presencia de actitudes anoréxicas respecto a la comida en población adolescente y adulta.

La adaptación realizada por Maloney et al. (1988) presenta una buena estabilidad test-retest y unos coeficientes de fiabilidad interna ($\alpha = .76$), comparables a los encontrados en los estudios realizados con la versión para adultos, resultados que fueron confirmados posteriormente por Smolak y Levine (1994). En la versión infantil, los autores utilizaron sinónimos sencillos para reemplazar algunas palabras o expresiones que en el EAT se mostraron ambiguas o de difícil comprensión para muchos niños. Una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indicaría la posible presencia de trastornos de la conducta alimentaria.

4.-Índice de Masa Corporal (IMC): peso sobre altura al cuadrado. Siguiendo los criterios de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en México DF (2006) se establecieron como valores de referencia para la clasificación de los participantes con infrapeso, normopeso y sobrepeso las distribuciones de IMC y los criterios de clasificación propuestos por el Internacional Obesity Task Force (IOTF). Todos los participantes fueron medidos y pesados sin calzado y con la ropa puesta, siguiendo procedimientos estandarizados de medida (Himes y Dietz, 1994).

Procedimiento

El ingreso a la institución se realizó por medio de un docente que labora en el plantel, al cual se le contactó vía telefónica para acordar los días y horarios de la aplicación de instrumentos. La aplicación de los instrumentos se realizó en 3 grupos en el horario perteneciente a la materia del docente. En cada grupo el equipo de investigación se presentó y explicó el propósito de la investigación. Para el llenado de los instrumentos un aplicador leyó las instrucciones a la par que los alumnos, al término de la lectura se les pidió que contestaran los instrumentos y en caso de que tuvieran dudas alzarán la mano para ayudarlos.

Al término de la aplicación de los instrumentos, a cada participante se le recogieron los cuestionarios verificando que los contestara completamente. Por último, se tomó el peso y la talla sin calzado a cada participante para posteriormente obtener el índice de masa corporal.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico comenzó con los descriptivos de la muestra con el fin de tener un panorama general de la misma y de cada uno de los estratos. Además, se realizó el coeficiente de correlación R de Pearson, Prueba T para muestras independientes y análisis de varianza de un factor para conocer los contrastes entre variables, así como su significancia estadística.

Resultados

Con el fin de conocer las propiedades de nuestra muestra decidimos caracterizarla a partir de sus estadísticos descriptivos, de entrada, presentamos las propiedades demográficas en las dos primeras tablas y en las subsiguientes tres los puntajes de los instrumentos aplicados.

Tabla 1. *Frecuencia de participación por sexo en la muestra.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	42	51.9	51.9	51.9
	Mujer	39	48.1	48.1	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Como se puede observar (ver tabla1), la muestra está compuesta por un porcentaje de hombres y mujeres similar, se percibe una diferencia mínima del 3 por ciento mayor para hombres.

Por otra parte, la tabla 2 exhibe los estadísticos descriptivos para las propiedades físicas de la muestra en estudio.

Los valores de IMC indican que la mayoría de la población muestra están dentro de los valores normales, sin embargo, los valores mínimo y máximo señalan que hay integrantes que tienen infrapeso, sobrepeso y obesidad. Los valores de rango en cuanto al peso y talla manifiestan que es son pocos los individuos que presentan sobrepeso y obesidad.

Tabla 2. *Características físicas de la constitución de la muestra.*

	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.	Varianza
Años cumplidos	6.000	14.00	20.00	15.59259	.87710	.769
Índice de Masa corporal	24.47	16.30	40.77	21.3062	3.73560	13.955
Peso en kilogramos	73.00	38.00	111.00	58.8086	12.40276	153.829
Talla en centímetros	35.00	150.00	185.00	165.6914	8.96332	80.341

La Tabla 3 contiene los descriptivos del primer instrumento que aplicamos.

Tabla 3. Estadísticos obtenidos de la escala EES-C y sub escala.

	Rango	Mínimo	Máximo	Media
Comer frente a estados de ánimo negativos (EES-C)	62.00	23.00	85.00	52.4198
Frecuencia Semanal Comer frente a estados de ánimo negativos (EES-C 2)	161.00	.00	161.00	37.7901

Nota: EES-C; puntaje mínimo 23, puntaje máximo 115, media teórica 80.

Nota: EES-C2; puntaje mínimo 23, puntaje máximo 161, media teórica 103.

Esta escala se divide en dos (EES-C y EES-C2). Para EES-C la media empírica se encuentra por debajo de la media teórica que es 80, indicando que la población en general contestó por debajo de la base teórica de la escala. El mínimo es igual que el valor teórico y el máximo se encuentra por debajo, casi la mitad que el teórico. En EES-C2 se observa de igual forma que la media obtenida está por debajo de la media teórica cuyo valor es 103.

En la tabla 4 se observan los puntajes obtenidos del instrumento EPIC-20.

Tabla 4. Estadísticos obtenidos de la escala EPI- C 20.

	Rango	Mínimo	Máximo	Media
Inventario de modelos de alimentación en niños (EPI-C 20)	43.00	23.00	66.00	37.3580

Nota: puntaje mínimo 20, puntaje máximo 80, media teórica 60.

Los puntajes obtenidos indican que la media muestral se encuentra por debajo de la media teórica con un valor de 60. Asimismo, el máximo está por debajo del teórico. Por otra parte, el mínimo se ubicó ligeramente por arriba del valor teórico 20, indicando que la población en general tuvo respuestas menores.

Los resultados de la última prueba que se aplicó se observan en la Tabla 5.

Tabla 5. Estadísticos obtenidos de la escala CHEAT – 26.

	Rango	Mínimo	Máximo	Media
Prueba de actitud al comer en niños (CHEAT-26)	83.00	29.00	112.00	56.7250

Nota: puntaje mínimo 26, puntaje máximo 156, media teórica 104.

Los datos empíricos muestran que la media obtenida es casi la mitad de los valores de la media teórica, cuyo valor es 104.

Enseguida se obtuvieron las medidas Curtosis y Simetría en cada prueba para conocer si los datos de la muestra obtenida corresponden a una distribución normal en la población.

Tabla 6. *Curtosis y Asimetría para la muestra de CCH Azcapotzalco.*

	Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C)	Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20)	Prueba de Actitud al comer en Niños (CHEAT-26)
Asimetría	1.245	.857	1.059
Error Estándar de Asimetría	.267	.267	.269
Curtosis	2.535	.455	1.254
Error Estándar de Curtosis	.529	.529	.532

Se puede observar (ver tabla 6) que para la prueba Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20), tanto la asimetría como la curtosis mantienen valores cercanos a la media teórica.

Una vez que se conoció la Curtosis y Asimetría de cada prueba, se sacó el Coeficiente de Correlación R de Pearson para captar las posibles relaciones entre cada prueba. Ver Tabla 7.

Tabla 7. *Correlaciones obtenidas con R de Pearson.*

	Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C)	Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20)	Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26)
Índice de Masa Corporal (IMC)	-.304** .006	-.109 .332	-.126 .265
Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C)		.075 .506	.066 .561
Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20)			.770** .000

Se puede observar que el Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20) y la Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26) corresponden a una correlación alta (.770). De igual manera, el índice de masa corporal (IMC) mantiene alta la correlación con la prueba comer frente a estados de ánimo negativos (EES-C) con (-.304).

Una vez que se obtuvieron las correlaciones entre las pruebas aplicadas, se procedió a sacar las correlaciones correspondientes al sexo de los participantes. La Tabla 8 pertenece a la muestra de hombres y la Tabla 9 a mujeres.

Tabla 8. *Correlaciones entre los cuestionarios aplicados pertenecientes a hombres.*

	Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C)	Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20)	Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26)
Índice de Masa Corporal (IMC)	-.493** .001	-.351* .023	-.485** .001
Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C)		.265 .090	.230 .147
Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20)			.839** .000

En la tabla se puede destacar que hay una correlación alta entre los hombres para las pruebas Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26) y el Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20) con una puntuación que corresponde a .839. Por otra parte, el índice de masa corporal (IMC) corresponde a correlaciones altas para las pruebas Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C) con (-.351) y Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26) con (-.485) respectivamente.

Enseguida procedimos a obtener las correlaciones para mujeres (ver Tabla 9).

De igual manera, en la tabla 9 se muestra que las mujeres tienen una correlación alta (.692) entre las pruebas Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26) y el

Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20). Sin embargo, las mujeres tienen una correlación de .147 menos que la muestra de hombres.

La anterior fue la única correlación entre las variables bajo estudio para el género femenino.

Tabla 9. *Correlaciones entre los cuestionarios aplicados pertenecientes a mujeres.*

	Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C)	Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20)	Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26)
Índice de Masa Corporal (IMC)	-.148 .367	.088 .595	.204 .212
Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C)		-.129 .434	-.132 .422
Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20)			.692** .000

Una vez que se obtuvieron las correlaciones para las distintas pruebas, se procedió a utilizar la prueba T para muestras independientes con el fin de conocer si existía diferencia entre hombres y mujeres respecto a nuestras variables de interés.

Tabla 10. *Prueba T para la igualdad de medias.*

		Sig. (Bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C)	Se asumen varianzas iguales	.833	.76007	3.59092
	No se asumen varianzas iguales	.833	.76007	3.58198
Inventario de Modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20)	Se asumen varianzas iguales	.143	-3.11722	2.10846
	No se asumen varianzas iguales	.144	-3.11722	2.10991
Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26)	Se asumen varianzas iguales	.508	-2.63790	3.96379
	No se asumen varianzas iguales	.506	-2.63790	3.95023
Frecuencia Semanal Comer frente a estados de ánimo negativos (EES-C 2)	Se asumen varianzas iguales	.787	-1.78938	6.59778
	No se asumen varianzas iguales	.786	-1.78938	6.56450

En la tabla 10, se muestran los valores de significación para cada una de las variables de estudio. En ninguno de los casos se obtuvieron diferencias significativas, y como se puede apreciar las diferencias de medias fueron pequeñas en tanto que, los errores de estándar son muy semejantes entre sí.

Discusión

El objetivo del estudio se cumplió, ya que se encontraron relaciones entre la ingesta y factores emocionales. Se observaron en algunos casos en que la realización de la ingesta correspondió a estados emocionales más que para saciar el apetito.

La muestra que analizamos no presentó ningún sesgo hacia algún género en particular, ya que se obtuvo una muestra equilibrada. Hubo una mínima diferencia de mujeres con un tres por ciento respecto a los varones, sin embargo, eso no representó mayor inconveniente para los fines del estudio.

En los datos arrojados respecto al IMC de los participantes, se puede dar cuenta de algunos casos en lo que hay presencia de infrapeso con valores reflejados en el IMC de 16 así como valores pertenecientes a obesidad con un IMC de 40. Estos casos reportados pertenecen a una limitada parte de la población, ya que la mayoría se encuentra entre valores normales del IMC. Con ello se afirma que esta parte de la muestra tiene una conducta alimentaria normal o “sana”, pues la ingesta que realizan no es exagerada ni obsesiva, además de que no la realizan por una preocupación hacia su cuerpo (Araujo y López, 2006, citados en Platas y Gómez, 2013).

En este estudio se encontró que hay algunos adolescentes que no reconocen sus emociones, por lo que al realizar ingesta no saben si es por cubrir alguna emoción o si es en función de saciar su apetito, dado que la Sub escala Comer Frente a Estados de Ánimo Negativos (EES-C) así lo refleja. Por lo tanto, la manera de alimentarse se ve permeada por el estilo en que los adolescentes afrontan una determinada emoción (Sánchez y Pontes, 2012).

Los casos reportados de ingesta emocional recaen en las emociones negativas. Esto puede explicarse con lo expuesto por Gibson (2006, citado en Peña y Reidl, 2012) quien argumenta que los estados emocionales y de ánimo pueden influir en la conducta alimentaria, ya que la muestra de adolescentes al estar inconformes con su imagen corporal usan la alimentación para controlar la

ansiedad, ira o tristeza que experimentan ante una situación (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

En los resultados obtenidos se puede observar que los comedores emocionales realizan la ingesta como estrategia de afrontamiento ante conflictos emocionales para impedir que se produzcan pensamientos, recuerdos, sentimientos o emociones dolorosas (Clerget, 2011, citado en Rojas y García, 2017). Del mismo modo, carecen de regulación emocional que les permita tomar conciencia de la relación que existe entre lo que sienten, piensan y hacen para generar estrategias de afrontamiento ante esta situación (Roger, 2013).

En el instrumento Prueba de Actitud al Comer en Niños (CHEAT-26) se evidenciaron datos en los que los adolescentes manifestaron tener presiones o ideales sociales dirigidas a su aspecto físico y a la idea que poseen del mismo (Morandé, Graell y Blanco, 2014) generando conflictos internos y externos que les impide definir y aceptar su imagen corporal (Guadarrama, Hernández y Veytia, 2013). Por consiguiente, al presentar preocupación por una dieta, así como de los alimentos que comen y esta preocupación continua, corren riesgo de presentar algún tipo de Trastorno de Conducta Alimentaria (Vargas, 2013).

También se encontraron datos en la prueba (CHEAT-26) los cuales indican que los jóvenes realizan dietas sin supervisiones adecuadas debido a la influencia ejercida por los pares mediante el uso del internet, ya que la manera de encontrar y divulgar las practicas alimentarias rectificando los estándares de belleza se hallan en sitios web de fácil acceso y a bajo costo (Serra, 2015).

Los datos muestran que los hombres son más propensos a realizar ingesta emocional que las mujeres. Esto puede deberse a que los varones se sienten insatisfechos con su imagen corporal, por lo que la conducta, pensamientos y emociones que tienen sobre su propio cuerpo (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010, citados en Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa, 2013) repercuten en la elección que hacen de los alimentos.

A pesar de que otros autores afirman que las mujeres son más propensas a padecer alimentación emocional porque son más susceptibles a los ideales estéticos del cuerpo que los hombres (Stevens y Tiggemann, 1998, citados en Bobadilla y López, 2014), ya que en la cultura actual se promueve a la feminidad como belleza, aceptación y éxito (Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa, 2013), en este estudio se encontró que las mujeres son las menos afectadas por la ingesta emocional.

Asimismo, se encontró que los juicios constantes que los jóvenes reciben y crean entre la imagen corporal real y la autopercebida es resultado del seno familiar (Rodríguez, Peláez, Sámano, Jiménez y Aguilar, 2004; Park, Falconer, Saxena, Kessel, Croker, Skow, Viner y Kinra, 2013, citados en Sámano, et al., 2015), ya que la manera de alimentarse así como las actitudes y preferencias hacia los alimentos rodean a la conducta alimentaria afectando los hábitos alimentarios (Loria, 2011) por lo que, los jóvenes desarrollan conductas alimentarias diferentes en respuesta a sus emociones dependiendo del medio ambiente socioeconómico donde viven y de la formación que reciben de su núcleo familiar (Sánchez y Pontes, 2012).

Algunos casos reportados en el instrumento Inventario de modelos de Alimentación en Niños (EPI-C 20) muestran que son los padres quienes ejercen presión a sus hijos para adquirir un hábito alimenticio. Sin embargo, la adquisición de este régimen va en función de la occidentalización de la dieta: disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcares y sal, así como un aumento en el consumo de comida rápida por el tiempo disponible para preparar los alimentos (Secretaría de Salud en México, 2010, citada en Dávila, González y Barrera, 2015).

De igual manera, el instrumento (EPI-C 20) señala que la alimentación de estos adolescentes obedece a factores externos como los medios de comunicación, donde a los estándares de belleza se les atribuye éxito, felicidad, popularidad y atractivo físico (Botta, 2003; Turner, Hamilton y Jacobs, 1997, citados en Vaquero, Op Cit., 2013). Al comparar su figura corporal con estas imágenes proyectadas se origina una insatisfacción con su cuerpo que los lleva a realizar una ingesta inadecuada.

Por otra parte, en la muestra representativa se encontraron casos en los que hubo presencia de un trastorno de conducta alimentaria: Obesidad Mórbida, debido a un aumento excesivo de peso corporal cuyo proceso se atribuye a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético que se lleva a cabo (Dávila, González y Barrera, 2015). Estas personas obtuvieron una respuesta alta a la ingesta emocional negativa.

La importancia de las emociones en la manera de ingerir alimentos, sobre todo en las personas que reportaron alimentación emocional, cobra un significado distinto a las otras personas, dado que la comida es una expresión emocional que pueden expresar hacia los demás (Arnold, 1995, citado en Rojas y García, 2017), ya que el significado de comer y de los alimentos son variados, así como las actitudes y usos que se toman hacia ellos.

Conclusiones

En este estudio se observaron en algunos casos en que la realización de la ingesta correspondió a estados emocionales más que para saciar el apetito. Los resultados obtenidos en este estudio no pueden generalizarse, ya que solo representan una mínima parte de la población adolescente. Se necesitaría tener el acceso a otras instituciones de nivel medio superior para ampliar el marco muestral, lo que permitiría identificar y comprender de mejor manera la ingesta emocional en los adolescentes.

Es importante recalcar que la mayoría de las investigaciones realizadas en este tema, hacen hincapié en las emociones negativas. Sin embargo, hay que considerar que las emociones positivas también juegan un papel importante en el estilo de alimentación, pues todas tienen un valor funcional y al no saber diferenciar ni expresar adecuadamente las emociones se puede caer en Alexitimia. Estas personas tienden a expresar sus deseos con el cuerpo, pues como menciona Alonso (2011), se recurre a un objeto adictivo a causa de la búsqueda de sensaciones para compensar la falta de capacidad para experimentar emociones.

Es necesario mencionar que esta investigación estaba planeada para una muestra más amplia, en donde se pensaba comparar los datos de la alimentación emocional de instituciones públicas respecto las instituciones privadas ubicadas en una zona geográfica cercana para que los datos fueran más certeros en cuanto a la población. La principal causa de ello fue que en las instituciones privadas el acceso para llevar a cabo investigaciones es poco probable ya que se requiere de un tiempo prolongado de respuesta para tener acceso. Debido al tiempo en el que se tenía que desarrollar el proyecto, es que se tuvieron que hacer modificaciones metodológicas para conseguir el tamaño de la muestra sin perder los objetivos principales de la investigación.

Un punto importante a considerar es el hecho de tener acceso a las instituciones privadas en futuras investigaciones en este tema, podría dar un mejor panorama respecto a las variables que intervienen en la ingesta emocional; creencias y costumbres sobre los alimentos así como las preferencias, tipos de alimentos que

consumen, el acceso a los alimentos, la ubicación de la escuela y el nivel socioeconómico de los asistentes.

Por otro lado, para futuras investigaciones en la misma área de interés, sería conveniente analizar las prácticas alimentarias familiares; saber qué tanta importancia se atribuye a la preparación de los alimentos; el tipo de alimentos que ingieren, la cantidad de alimento que consumen así como los horarios de los mismos e indagar antecedentes biológicos respecto a los Trastornos de Conducta Alimentaria.

Finalmente, es necesario mencionar que la realización de este proyecto permitió identificar algunos casos en adolescentes mexicanos, específicamente de la CDMX que recurren a la ingesta emocional. Una de las causas principales es el inadecuado manejo de las emociones que experimentan lo cual repercute en sus prácticas alimentarias así como en su desarrollo.

Por lo tanto, este proyecto aporta pruebas empíricas de que en la población mexicana los jóvenes necesitan aprender a trabajar el reconocimiento de sus emociones para afrontar mejor las situaciones que se les presenten y no recurran a otro medio como forma de escape, en este caso la alimentación. Pues el ser humano, se puede definir como un individuo biopsicosocial; por lo que su estilo de alimentación no sólo debe considerarse a nivel de necesidad biológica. Al entender más los aspectos psicológicos que engloban estas prácticas así como las causas y consecuencias en este mismo nivel, mejores herramientas de trabajo se podrán desarrollar para trabajar en propuestas de intervención clínicas partiendo del modelo cognitivo conductual en el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria, así como el seguimiento de las mismas, ya que, hay escasa información que ayude a comprender de mejor manera cómo es que las personas con algún tipo de estos trastornos enfrentan el problema, pues la información que se encuentra abarca en mayor medida el aspecto médico.

Referencias

- Alonso, F. (2011). La Alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34(6), 481-490.
- Aramendi, A. (2016). *La importancia de su gestión a través de una propuesta de intervención educativa*. Trabajo Fin de Grado. Escuela Universitaria de Magisterio de Segovia. Campus María Zambrano. Universidad de Valladolid. 11-31.
- Aubalat, L. y Quiles, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 24(2), 230-235.
- Ávalos, E. y Sánchez, P. (2016). *Alexitimia y Dependencia a la Pasta Base de Cocaína en los Pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, Periodo Marzo-Agosto 2016*. Trabajo de Grado Previo a la Obtención del Título de Psicólogo Clínico. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Psicología Clínica. Universidad Nacional de Chimborazo. 6-18.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 90-101.
- Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 53(1), 24-34.
- Bobadilla, S. y López, A. (2014). Distorsión de Imagen Corporal Percibida e Imaginada. Un Posible Factor para la Obesidad y el Sobrepeso en Mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 408-414.

- Company, R., Oberst, U. y Sánchez, F. (2012). Regulación Interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*, 104, 7-36.
- Cornejo, S. (2016). Cuerpo, Imagen e Identidad. Una Relación (Im)perfecta. *Centro de Estudios en Diseño y Comunicación*. 58, 157-177.
- Cruz-Sáez, M., Pascual, A., Etxebarría, I. y Echeburúa, E. (2013). Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, Consumo de Sustancias Adictivas a Dificultades Emocionales en Chicas Adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(3), 724- 733.
- Dávila, J., González, J. y Barrera, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 241-249.
- De Gracia, M., Marcó, M. y Trujano, P. (2007). Factores Asociados a la Conducta Alimentaria en Preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-653.
- Diario Oficial de la Federación. (1986). México.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2006). México.
- Estrada, J. y Mercado, D.(2010). *Motivación y Emoción*. Ciudad de México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores.
- Esqueda, A. (2017). *Educando a los niños con emociones*. Ciudad de México: Editorial Pearson.
- Fernández, A. (2018). *Influencia de las emociones en la conducta alimentaria. Revisión Narrativa*. Grado de Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid, 3-15.
- Gallardo, S. (2017). *El impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres*. Trabajo Fin de Grado. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén. 7-20.

- García, D. (2016). Trastornos de la alimentación en la adolescencia. *Revista Arista Digital*, 72, 1-24.
- García, A., Ramírez, I., Ceballos, G. y Méndez, E. (2014). ¿Qué sabe Usted Acerca de Ortorexia?. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 45 (2), 84-87.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An Index Of The Symptoms Of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gómez, O. y Calleja, N. (2016). Regulación Emocional: Definición, Red nomológica y Medición. *Revista Mexicana de Investigación Psicológica*, 8(1), 96-117.
- González, L., Romero, M., Rascón, M. L., y Caballero, A. (2013). Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. *Salud Mental*, 36(1), 33-39.
- Guadarrama, R., Hernández, J. y Veytia, M. (2013). Cómo Me Percibo y Cómo Me Gustaría Ser: Un Estudio Sobre la Imagen Corporal de los Adolescentes Mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 37-43.
- Hervás, G. y Moral, G. (2017). *Regulación Emocional Aplicada al Campo Clínico*. Universidad Complutense de Madrid. FOCAD para División de Psicoterapia. 1, 1-40.
- Himes, J. y Dietz, W. (1994). Pautas para el sobrepeso en los servicios preventivos para adolescentes: recomendaciones de un comité de expertos. El Comité de expertos en guías clínicas para el sobrepeso en los servicios preventivos para adolescentes. *División de Epidemiología*. 59(2), 307-16.

- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del Adolescente: Aspectos Físicos, Psicológicos y Sociales. *Pediatría Integral*, 27(2),88-93.
- Jiménez, E. y Silva, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, 1, 11-17.
- Kenardy, J. & Agras, WS. (1995). The Emotional Eating Scale: The Development Of A Measure To Assess Coping With Negative Affect By Eating. *The International Journal Of Eating Disorders*, 18(1),79-90.
- Knightsmith, P. (2015). *Trastornos de la Alimentación y Autolesiones en la Escuela. Estrategias de Apoyo en el Medio Escolar*. Ciudad de México: Desclee De Brouwer.
- León, D. (2014). *Emociones en la Vejez: Diferencias Asociadas a la Edad*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. 13-25.
- León, R. y Aizpuru, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 112-118.
- Lorán, M. y Sánchez, L. (2013). *Comprender la Anorexia, la Bulimia y el Trastorno por Atracón*. Barcelona: Editorial Amat.
- Loria, K. (2011). Una visión global de los factores que condicionan la ingesta. Instrumentos de medida. *Nutrición Hospitalaria*, 4(2), 14-24.
- Maloney, J., McGuire, J. & Daniels, S.R. (1988). Reliability Testing Of a Children's Version Of The Eating Attitude Test. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.

- Martínez, M., y Sánchez, R. (2011). Evaluación multimétodo de la expresión emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 1(31), 11-35.
- Morandé, G., Graell, M. y Blanco, M. (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un Enfoque Integral*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ortíz, L., Aguilar, C., Samudio, G. y Troche, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge. *Revista Pediatría (Asunción)*, 44(1), 37-42.
- Peña, E. y Reidl, M. (2012). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2182-2193.
- Pérez, Y. y Guerra, V. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368-375.
- Platas, R. y Gómez, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios en preadolescentes mexicanos. *Revista Psicología y Salud*, 23(2), 251-259.
- Platas, R., Gómez, G., León, R., Pineda, G., y Guzmán, R. (2013). Capacidad Discriminante y Clasificación Correcta de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II). *Revista Mexicana de los Trastornos Alimentarios*, 4, 124-132.
- Poulisis, J. (2011). *Los Nuevos Trastornos Alimentarios*. Buenos Aires: Consultorio Paidós.
- Portela de Santana, M. Da Costa Ribiero Junior, H., Mora, M. y Raich, R. (2012). La Epidemiología y los Factores de Riesgo de los Trastornos Alimentarios en la Adolescencia; Una Revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.

- Prospéro-García, O., Méndez, M., Alvarado, I., Pérez M., López J. y Ruiz, A. (2013). Inteligencia para la Alimentación, Alimentación para la Inteligencia. *Salud Mental, 36, 101-107.*
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, S., Lara, L. y Moreno, C. (2016). Diferencias de Género en la Imagen Corporal y su Importancia en el Control de Peso. *Escritos de Psicología, 9(1), 42-50.*
- Ríos, B. y Rangel, G. (2011). La autopercepción en el paciente obeso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 49 (1), 23-28.*
- Roger, I. (2013). *Educación Emocional en la Escuela. Tomo 3. Actividades para el Aula, dirigidas a Niños de 8 a 9 años.* Ciudad de México: Alfaomega Grupo Editor.
- Rojas, T. y García, M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 45(3), 85-95.*
- Ruíz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Viladrich, C. y Halley, M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 4, 45-57.*
- Salguero, J., Fernández, P., Ruiz, D., Castillo, R. y Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology, 4(2), 143-152.*
- Sámano, R., Rodríguez, A., Sánchez, B., Godínez, E., Noriega, A., Zelonka, R., Garza, M. y Nieto, J. (2015). Satisfacción de la Imagen Corporal en Adolescentes y Adultos Mexicanos y su Relación con la Autopercepción Corporal y el Índice de Masa Corporal Real. *Nutrición Hospitalaria, 31(5), 157-177.*

- Sánchez, B, y Pontes, Y. (2012). Influencia de las Emociones en la Ingesta y Control de Peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.
- Sandoval, I., Romero, E., Vásquez, E., González, J., Martínez, H., Sánchez, E. y Troyo, R. (2010). Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (5), 485-490.
- Saucedo, T., Peña, A., Fernández, T., García, A. y Jiménez, R. (2010). Identificación de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria y su Relación con el Índice de Masa Corporal en Universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica UV*, 16-23.
- Schacht, M., Richter, H., Schulte, M., Hebebrand, J. & Schimmelmann, B. (2006). Eating Pattern Inventory For Children: A New Self-Rating Questionnaire For Preadolescents. *The International Journal Of Eating Disorders*, 62(10),1259-1273.
- Serra, M. (2015). *Trastornos del Comportamiento Alimentario. Enfoques Preventivos*. Barcelona: Editorial UOC.
- Silva, Y., Mesa, M., y Escudero, D. (2014). Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina. *Actualización en Nutrición*, 15(4) 89-98.
- Smolak, L. & Levine, M. (1994). Psychometric Properties Of The Children´S Eating Attitudes Test. *International Journal Of Eating Disorders*, 16(3), 275-282.
- Tanofsky-Kraff, M., Theim, KR., Yanovski, SZ., Bassett, AM., Burns, NP., Ranzenhofer, LM., Glasofer, DR & Yanovski JA. (2007). Validation Of The Emotional Eating Scale Adapted For Use In Children And

Adolescents (EES-C). *The International Journal Of Eating Disorders*, 40(3),232-40.

Toro-Alfonso, J., Urzúa, A. y Sánchez, I. (2012). Actualización en Trastornos Alimentarios. El Cuerpo del Delito: La Imagen Corporal e Indicadores de Trastornos Alimentarios en una Muestra de Hombres Gay de Diez Países Latinoamericanos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 101-112.

Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J. y López, P. (2013). Imagen Corporal; Revisión Bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.

Vargas, M. (2013). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.

Anexo 1. Hoja de Consentimiento Informado del participante

Yo (Nombre y apellidos) _____

Declaro que

- He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio para resolver dudas y he recibido suficiente información.
- Entiendo que puedo retirarme del estudio si así lo deseo y sin tener que dar explicaciones.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y no recibiré retribución económica ni de otro tipo.

Declaro haber sido informado de que mis datos serán tratados de manera anónima, ética y confidencial. Y consiento en que la información proporcionada sea utilizada para fines académicos y científicos.

Expreso por lo tanto estar de acuerdo en participar en la investigación.

(Fecha) (Firma del Participante) (Fecha) (Firma del Investigador)

(Fecha) (Firma del Participante) (Fecha) (Firma del Investigador)

Hoja informativa de participación

Te invitamos a participar en un estudio para obtener información sobre las características técnicas de 5 escalas de evaluación psicológica que nos permitirán conocer mejor las relaciones entre los factores emocionales y las conductas alimentarias en población adolescente.

Antes de decidir si quieres participar, es importante que entiendas las principales características del estudio. Los responsables de este te informarán de su contenido y te explicarán qué debes hacer si aceptas participar. Puedes hacer todas las preguntas que consideres oportunas para tomar una decisión informada.

Tómate el tiempo que consideres necesario para leer con detenimiento esta información que te facilitamos por escrito.

Título y tipo del estudio

Estudio descriptivo, observacional, para la evaluación de los factores emocionales asociados a la ingesta.

¿Cuál es su finalidad?

La finalidad del estudio es obtener información a través de 4 escalas que permiten evaluar las respuestas emocionales asociadas a los hábitos de ingesta en una muestra representativa de la población escolarizada en México DF y zona metropolitana, de entre 15 y 17 años de edad, de ambos sexos.

¿En qué consiste mi participación?

Tu participación consiste en cumplimentar una serie de cuestionarios que evalúan diferentes variables de tu conducta alimentaria y las variables emocionales asociadas. El tiempo estimado que durará la evaluación será de 30-45 minutos.

La evaluación será colectiva, asistida y monitorizada por evaluadores de nuestro equipo de investigación. Será necesario medirte y pesarte sin zapatos.

¿Qué beneficios me aportará mi participación?

La información obtenida con tu participación permitirá conocer mejor las variables implicadas en las respuestas emocionales en la conducta alimentaria de adolescentes, lo que representa una aportación al campo de conocimiento de la Psicología. Pero tú no obtendrás ningún beneficio directo por participar en este estudio.

¿Mi participación será confidencial?

Sí, totalmente. Los datos que se recojan se codificarán en una base de datos mediante una clave que se mantendrá todo el tiempo a fin de asegurar la confidencialidad y anonimato de la información de todos los participantes.

¿Supone algún gasto para mí?

Tu participación es totalmente voluntaria y no implica ningún gasto económico para ti. El único gasto que puedes considerar es el tiempo que dedicarás a responder a las preguntas de los cuestionarios, lo que te agradecemos desde ahora.

Es importante que sepas

Con estas disposiciones damos cumplimiento al Artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la Salud, que en su Título Segundo *“De los Aspectos Éticos de la Investigación con Seres Humanos”*, señala que.. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Publicada en el Diario Oficial de la Federación (1986).