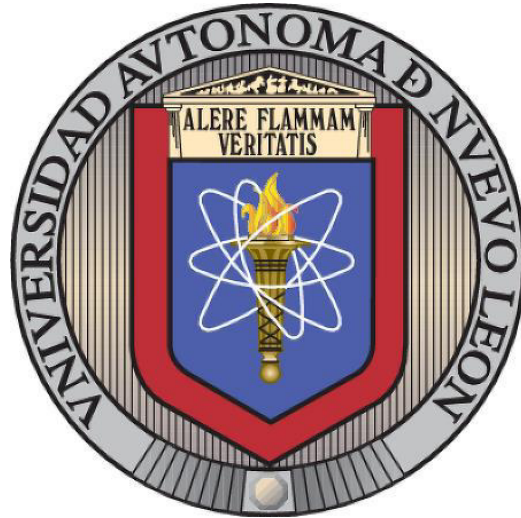


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS**

**“AFECTO, ALEXITIMIA E INGESTA EMOCIONAL EN PERSONAS CON  
SOBREPESO Y OBESIDAD”**

**PRESENTA**

**NATALIA ROMERO LEGORRETA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON  
ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**MAYO, 2018**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**TESIS**

**“AFECTO, ALEXITIMIA E INGESTA EMOCIONAL EN PERSONAS CON  
SOBREPESO Y OBESIDAD”**

**PRESENTA**

**NATALIA ROMERO LEGORRETA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON  
ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**DIRECTOR DE TESIS  
DRA. CECILIA MEZA PEÑA**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,**

**MAYO 2018**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

La presente tesis titulada “Afecto, alexitimia e ingesta emocional en personas con sobrepeso y obesidad” presentada por Natalia Romero Legorreta ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dra. Cecilia Meza Peña  
Directora de tesis

---

Dra. Edith G. Pompa Guajardo  
Revisora de tesis

---

Dra. Fuensanta López Rosales  
Revisora de tesis

Monterrey, N. L., México, Mayo de 2018

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos aquellos que me apoyaron con el simple hecho de que hayamos coincidido en este capítulo de vida.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento infinito a todos los que contribuyeron para que este proyecto se haya realizado:

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo brindado con la beca otorgada desde el inicio de mis estudios de posgrado.

A la Dra. Ceci Meza, por su todo su tiempo, orientación, apoyo y comprensión. Con usted aprendí la paciencia que se debe tener con la investigación, ya que las cosas no siempre resultan como uno espera. También agradezco a mis revisoras, la Dra. Edith Pompa y la Dra. Fuensanta López, por su retroalimentación para afinar este trabajo. A la vez a todos mis docentes de la maestría en salud y el cuerpo académico.

A mis amigos: Sara y Lau, mis comedoras emocionales, que las adoro por tantos años de amistad y especialmente con estos últimos dos. Marce y Paty, que me ayudaron a aplicar las infinitas encuestas recompensándoles solo con paletas. Ellie, Adri y Alex, porque ustedes ayudaron a que el máster fuera mucho menos estresante. Y Alejandro, por toda tu paciencia y tiempo para ayudarme a traducir y corregir oraciones e ideas en mi tesis, además de todo el apoyo a lo largo de estos años.

Y por último, los más importantes: mi familia, quienes siempre han estado presentes con su apoyo incondicional, su cariño y comprensión, y por ser fuente de motivación para seguir superándome. Especialmente mis padres: Ana Luz y Leonel, no hay palabras para transmitirles todo el afecto y gratitud hacia ustedes por ayudarme en **TODO** a lo largo de mi vida, los quiero.

## RESUMEN

La obesidad es uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo dada la magnitud y rapidez de su incremento, además del gran efecto negativo que ejerce sobre la salud. La etiología de la obesidad es multicausal, pero se sabe que las emociones tienen un poderoso efecto en el comportamiento alimentario. Presentar dificultad para identificar o expresar las emociones (conocido como alexitimia), puede llevar a la ingesta emocional, que es la conducta de ingerir alimentos ante diferentes estados afectivos con el fin de regularse, tomándose como un factor que contribuye a la sobreingesta de alimentos y por ende al aumento de peso. El objetivo de este estudio fue explorar la relación entre el afecto, la alexitimia y la ingesta emocional en personas con sobrepeso y obesidad. Es un estudio de tipo no experimental, transversal, correlacional. Se utilizaron tres instrumentos para evaluar las variables propuestas en una muestra de 328 personas con distintos grupos de peso. Se encontró relación positiva entre la ingesta emocional y el índice de masa corporal, especialmente en las mujeres, quienes también presentaron mayores niveles de alexitimia. Estos hallazgos destacan la relevancia de los factores psicológicos en la obesidad y por ende hay que resaltar la importancia de una intervención multidisciplinaria, donde la psicología de la salud juega un papel importante para la prevención y el tratamiento del exceso de peso que está poniendo en riesgo la salud de la población.

Palabras clave: ingesta emocional, afecto, alexitimia, obesidad.

## **ABSTRACT**

Obesity is one of the most important public health challenges in the world given the magnitude and speed of its increase, in addition to the great negative effect it has on health. The etiology of obesity is multicausal, but it is known that emotions have a powerful effect on eating behavior. Inability to identify or express emotions (known as alexithymia), can lead to emotional eating, which is the behavior of eating in different affective states in order to regulate them, taking it as a factor that contributes to overeating and therefore weight gain. The aim of this study was to explore the relationship between affect, alexithymia and emotional eating in overweight and obese people. It is a non-experimental, cross-sectional, correlational study. Three instruments were used to evaluate the proposed variables in a sample of 328 people with different weight groups. A positive relationship was found between emotional eating and body mass index, especially in women, who also had higher levels of alexithymia. These findings highlight the relevance of psychological factors in obesity and therefore we must highlight the importance of a multidisciplinary intervention, where health psychology plays an important role in the prevention and treatment of excess weight that is putting at risk the health of the population.

Key words: emotional eating, affect, alexithymia, obesity.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
ÍNDICE .....	vii
CAPÍTULO I .....	12
Introducción .....	12
Definición del problema.....	13
Justificación de la investigación .....	16
Objetivo general .....	17
Objetivos específicos.....	17
Preguntas de investigación .....	17
Limitaciones y delimitaciones.....	18
CAPÍTULO II .....	19
Marco Teórico.....	19
Sobrepeso y obesidad.....	19
Conceptualización .....	19
Medición .....	20
Epidemiología.....	22
Factores de riesgo.....	24
Obesidad y las emociones .....	28
Afecto positivo y negativo.....	30
Conceptualización .....	30
Medición .....	31
Afecto y obesidad.....	32
Alexitimia.....	34
Conceptualización .....	34
Medición .....	36
Alexitimia y obesidad.....	37



Ingesta emocional .....	39
Conceptualización .....	39
Medición .....	40
Ingesta emocional y obesidad .....	41
CAPÍTULO III .....	44
Método.....	44
Diseño .....	44
Participantes .....	44
Criterios de inclusión .....	45
Criterios de exclusión .....	45
Instrumentos .....	46
Índice de Quetelet .....	46
Escala de Afecto Positivo y Negativo .....	46
Escala de Alexitimia de Toronto .....	47
Escala del Comedor Emocional.....	48
Procedimiento .....	49
Análisis estadísticos .....	50
Aspectos éticos .....	51
CAPÍTULO IV .....	52
Resultados.....	52
Descripción de la muestra.....	52
Análisis de confiabilidad .....	54
Pruebas de bondad de ajuste .....	54
Variables .....	56
Diferencias entre grupos .....	58
Correlaciones .....	59
CAPÍTULO V.....	67
Discusión y Conclusiones.....	67
Referencias .....	73
ANEXOS .....	86
Anexo 1 .....	87

Consentimiento informado .....	87
Anexo 2 .....	88
Datos sociodemográficos .....	88
Anexo 3 .....	89
<b>PANAS 20</b> Watson, Clark and Tellegen (1988). Revisión de Robles y Páez (2003).....	89
Anexo 4 .....	90
Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos.....	90
Bagby, Parker y Taylor (1994). Revisión de Moral (2008).....	90
Anexo 5 .....	91
Cuestionario del Comedor Emocional .....	91
Garaulet et al. (2012).....	91

## Índice de Tablas y Figuras

### Tablas

Tabla 1. <i>Caracterización de la muestra</i> .....	52
Tabla 2. <i>Caracterización de la muestra dividida por grupos de peso</i> .....	53
Tabla 3. <i>Estadísticos de fiabilidad de las escalas para medición de las variables</i> .....	54
Tabla 4. <i>Pruebas de normalidad con los factores de grupos de sexo</i> .....	55
Tabla 5. <i>Pruebas de normalidad con los factores de grupos de peso</i> .....	55
Tabla 6. <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables psicológicas</i> .....	56
Tabla 7. <i>Medias y desviaciones estándar de las variables psicológicas</i> .....	56
Tabla 8. <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables psicológicas por grupos de peso y sexo</i> .....	57
Tabla 9. <i>Medias y desviaciones estándar de las variables psicológicas por grupos de peso y sexo</i> .....	58
Tabla 10. <i>Prueba U de muestras independientes de las variables psicológicas en los grupos de peso</i> .....	58
Tabla 11. <i>Prueba U de muestras independientes de las variables psicológicas en los grupos de sexo</i> .....	59
Tabla 12. <i>Coeficiente de correlación del total de la muestra (N= 328)</i> .....	60

Tabla 13. <i>Coeficiente de correlación de las variables psicológicas</i> .....	60
Tabla 14. <i>Correlación de las variables psicológicas en hombres (n=167)</i> .....	61
Tabla 15. <i>Correlación de las variables psicológicas en mujeres (n=161)</i> .....	62
Tabla 16. <i>Correlación de las variables psicológicas en el grupo de normopeso (n= 127)</i> .....	62
Tabla 17. <i>Correlación de las variables psicológicas en el grupo de sobrepeso y obesidad (n= 201)</i> .....	63
Tabla 18. <i>Correlación de las variables psicológicas en hombres en el grupo de normopeso (n=65)</i> .....	64
Tabla 19. <i>Correlación de las variables psicológicas en mujeres en el grupo de normopeso (n=62)</i> .....	64
Tabla 20. <i>Correlación de las variables psicológicas en hombres en el grupo de sobrepeso y obesidad (n=102)</i> .....	65
Tabla 21. <i>Correlación de las variables psicológicas en mujeres en el grupo de sobrepeso y obesidad (n=99)</i> .....	66

# CAPÍTULO I

## *Introducción*

La obesidad es reconocida como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo dada la magnitud y rapidez de su incremento, además del gran efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece (Secretaría de Salud [SSA], 2013). México no se queda atrás, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017) somos el segundo lugar a nivel mundial en obesidad adulta y el primer lugar en cuanto a población con sobrepeso. No intervenir de manera adecuada con esta población pondrá en riesgo al país de próximamente ocupar el primer lugar en obesidad.

La etiología de la obesidad es multicausal, sin embargo cuando se piensa en una solución a este problema rara vez pasa se piensa en una alternativa psicológica. Muchas de las personas que tienen sobrepeso y obesidad no perciben que sus hábitos alimenticios están estrechamente ligados a su estado emocional, y cuando buscan consulta es con la idea de que la obesidad es un problema independiente de las demás áreas de su vida (Larrañaga & García-Mayor, 2007). Es por eso que el tratamiento de la obesidad debe ser integral, multidisciplinario, donde cada uno de los especialistas maneje de manera responsable la sección de tratamiento que le corresponde, si uno de ellos falla el tratamiento puede no ser efectivo (Amancio, Ortigoza & Durante, 2007).

Balsa (2014) menciona que diversos estados psicológicos son, en nuestra cultura, un estímulo frecuente para consumir mayor cantidad de alimentos a lo largo del día. Este aumento energético en la mayoría de las ocasiones es el resultado de hábitos adquiridos, pues surgen pautas de comportamiento asociadas a la ingesta a pesar de no necesitar aporte calórico, como es el caso de tener apetito a raíz de diversas emociones (López & Garcés de los Fayos, 2012). Posiblemente sea ésta una de las

causas que nos ha llevado a elevar las estadísticas de sobrepeso y obesidad en la actualidad.

### **Definición del problema**

Es importante identificar los múltiples factores que pueden desencadenar la sobreingesta de alimentos, por ello el presente trabajo supone que las alteraciones afectivas pueden estar presentes en personas con sobrepeso y obesidad. Así se ha discutido en diversas investigaciones, como las revisadas por Ruíz, Santiago, Bolaños y Jáuregui (2010) donde observan que diversos estudios coinciden en reportar que las personas obesas presentan con gran frecuencia síntomas relacionados con trastornos afectivos.

Se sabe que las emociones tienen un poderoso efecto en el comportamiento alimentario, ya que existe una relación directa entre la elección de alimentos, las emociones y el aumento de la ingesta energética (Pontes, García-Villaraco, Hernández & Goñi, 2015). Además, la relación entre emociones e ingesta alimentaria es bidireccional, ya que tanto los estados de ánimo pueden propiciar una alteración en la conducta alimentaria como la misma ingesta puede modificar las emociones y estados de ánimo (Balsa, 2014).

Los estados afectivos juegan un papel importante en las personas con obesidad, en una investigación realizada por Pasco, Williams, Jacka, Brennan y Berk (2013) se asocia a la obesidad con mayores niveles de afecto negativo, reflejando emociones como angustia, enojo, disgusto, miedo y vergüenza. En otras investigaciones se ha demostrado que las personas con sobrepeso u obesidad consumen más alimentos cuando se experimentan emociones negativas (Anger & Katz, 2015; Keller & Siegrist, 2015; Jansen et al., 2008). Ante la presencia de estos estados afectivos negativos, se ha encontrado que la forma en que la persona hace frente a estas emociones es comiendo más de lo normal (van Strien, Herman, Anschutz, Engels & Weerth, 2012; Crockett, Myhre & Rokke, 2015; Tan & Chow, 2014).

La identificación y expresión de las emociones influye en el comportamiento alimentario, pues se ha sugerido que la forma en que una emoción es afrontada por la persona, y no la emoción en sí misma, es la responsable de la excesiva ingesta causante del sobrepeso (Sánchez & Pontes, 2012). Un rasgo que se caracteriza por dificultades identificando y comunicando los sentimientos es la alexitimia (Nowakowski, McFarlane & Cassine, 2013), y se ha encontrado que individuos con esta característica buscarán otras formas de manejar la angustia emocional y conflictos interpersonales (Perez-Luna, 2014).

Hallazgos sugieren que las personas con alexitimia comen en exceso porque pueden confundir el impulso emocional con señales de hambre (Larsen, van Strien, Eisinga & Engels, 2006). Van Strien y Ouwens (2007) mencionan que para la respuesta “natural” ante la angustia (reducción de ingesta de alimento) se requiere de una buena capacidad para identificar y describir sentimientos, y la presencia o ausencia de estas habilidades puede predecir si las personas responden a éstas emociones comiendo menos o comiendo en exceso.

Rommel et al. (2012) han encontrado en mujeres obesas una reducida conciencia de sus emociones, en comparación con mujeres de peso normal, además de que presentaban un comportamiento alimentario anormal. También se han encontrado características de alexitimia en hombres, presentando asociación con la sobreingesta de alimentos ante estados de ánimo negativos (Larsen et al., 2006).

En múltiples investigaciones se ha encontrado que en personas con sobrepeso y obesidad se presentan alteraciones afectivas, y que de alguna manera han encontrado estrategias disfuncionales de afrontamiento a estas emociones. Se pueden desarrollar conductas alimentarias anormales, acompañadas por sobreingesta de alimentos en orden de disminuir estados de ánimo negativos, lo llamado ingesta emocional (Hemmingsson, 2014; Kontinnen, Männistö, Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen & Haukkala, 2010; Lazarevich, Irigoyen, Velázquez-Alva & Zepeda, 2016).

La ingesta emocional se ha considerado como un factor de riesgo para los trastornos alimentarios y un importante contribuidor de la obesidad y sus problemas relacionados a la salud (Crockett et al., 2015; van Strien, Herman & Verheijden, 2012). En un estudio prospectivo de dos años se encontró que las personas con una alta tendencia a la ingesta emocional subieron de peso, a diferencia de quienes presentaban una baja tendencia a este comportamiento (van Strien et al., 2012). Además, en un estudio en México se encontró asociación de síntomas depresivos con mayor IMC, donde la ingesta emocional actuó como mediador entre estas variables (Lazarevich et al., 2016). Esta conducta puede volver más vulnerables a las personas a subir de peso, pues se comerá en exceso como forma de hacer frente a las emociones.

El afecto negativo, la alexitimia y la ingesta emocional se han visto presentes en diversas investigaciones en personas con sobrepeso y obesidad, encontrando que la presencia de alexitimia conlleva a la ingesta emocional (Larsen, van Strien, Eisinga & Engels, 2006; Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet & Barbe, 2003), así como el afecto negativo puede incitar a comer para lograr la regulación emocional, lo que se conoce como ingesta emocional (Hemmingsson, 2014; Jansen et al., 2008).

El tratamiento o prevención de la obesidad rara vez se maneja de forma integral, puesto que se ha enfocado principalmente en dieta balanceada y el ejercicio. Se sabe que la principal causa del sobrepeso es el desequilibrio energético entre lo que se ingiere y lo que se gasta, sin embargo ¿qué nos está llevando a ingerir más de lo que utilizamos? Los factores afectivos pueden ser tomados en cuenta como una posible causa o mantenimiento del sobrepeso y obesidad, por ello de acuerdo a este argumento se funda este cuestionamiento:

**¿Las personas con sobrepeso y obesidad presentan afecto negativo, alexitimia e ingesta emocional? y de ser así, ¿en qué medida se relacionan estas variables con el sobrepeso y obesidad?**

## **Justificación de la investigación**

Debido a la etiología multifactorial de la obesidad, su campo de investigación puede ser muy amplio. Los avances y hallazgos en la fisiología y genética de la obesidad han aportado mucho para entender más el impacto del padecimiento en la salud así como estrategias para tratar de reducir el problema (Garaulet & Gómez-Abellán, 2013). En el aspecto ambiental, se sabe que nuestro actual estilo de vida influye ampliamente para facilitar el aumento de peso, pues con el aumento en el consumo de comida económica de alto contenido calórico y con la globalización, la población se ha hecho cada vez más sedentaria (Morales, 2010). Posiblemente por ello en esta área es donde se ha propuesto la principal estrategia de intervención para enfrentar la problemática: la dieta balanceada y el ejercicio.

No obstante, desde la perspectiva psicológica aún hay mucho por aportar para la atención y prevención de la obesidad. Investigaciones en ésta área frecuentemente se centran en factores como el estrés, ansiedad y depresión, presentándose tanto como causa y como consecuencia de la obesidad pues tienen una relación bidireccional (Hemmingsson, 2014; Lazarevich et al., 2016; López & Garcés de los Fayos, 2012). Sin embargo, estos factores afectivos no son los únicos que pueden contribuir al aumento de peso pues se ha visto relación del incremento de apetito y por ende de ingesta en diversas emociones como: tristeza, enojo, soledad, aburrimiento, inquietud, apatía, etc (Crockett et al., 2015; Gardner, Wansink, Kim & Park, 2014; Lazarevich et al., 2016).

A pesar de que la relación de ingesta emocional con la obesidad se encontró en la literatura revisada por diversos autores, es muy escasa la investigación de ésta en casos mexicanos. Los programas de acción contra la obesidad en nuestro país se enfocan en promover estilos de vida saludables, sin embargo no se realiza de manera integral incluyendo la importancia de los aspectos psicológicos que influyen en nuestro comportamiento alimentario.



Indagar en los factores psicológicos que puedan influir para el desarrollo de la obesidad ayudará a ampliar las estrategias de prevención y/o tratamiento de forma integral para este padecimiento, así como también prevenir el deterioro de la calidad de vida de las personas, pues se sabe que existe una importante asociación entre la obesidad y la salud mental (Taylor, Forhan, Vigod, McIntyre & Morrison, 2013).

### **Objetivo general**

Explorar la relación entre afecto positivo y negativo, alexitimia e ingesta emocional en personas con sobrepeso y obesidad.

#### *Objetivos específicos*

1. Determinar el nivel de índice de masa corporal, afecto negativo y positivo, alexitimia e ingesta emocional en los participantes del estudio.
2. Establecer las diferencias entre los grupos de peso y de sexo de las variables psicológicas.
3. Analizar la relación de las variables psicológicas (afecto negativo y positivo, alexitimia e ingesta emocional) con el índice de masa corporal y el sexo en la muestra seleccionada.

### **Preguntas de investigación**

1. Del objetivo 1, ¿cuál será el nivel de afecto negativo y positivo, alexitimia e ingesta emocional en los distintos grupos de participantes?
2. Del objetivo 2, ¿hay diferencias entre los grupos de peso y sexo en cuanto a las variables psicológicas analizadas?
3. Del objetivo 3, ¿existe relación entre las variables psicológicas (afecto negativo y positivo, alexitimia e ingesta emocional) con el peso y el sexo de la muestra seleccionada?

## **Limitaciones y delimitaciones**

El presente trabajo se desarrolló con participantes voluntarios que se encontraban en lugares concurridos de la ciudad de Monterrey, con la intención de explorar la relación entre afecto positivo y negativo, alexitimia e ingesta emocional en personas con sobrepeso y obesidad.

El estudio se llevó a cabo en diferentes puntos de la ciudad. Se eligió esta estrategia por conveniencia ya que la recurrencia de personas en esos espacios es muy variada en cuanto a rangos de edad, peso corporal, nivel socioeconómico y municipios de residencia, y así obtener una muestra aleatoria. Sin embargo una limitación es que la mayoría de las áreas visitadas la concurrencia de personas fue en su mayoría por un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo.

De la muestra aleatoria se puede ver como delimitación la falta de interés por participar, pues el total de ítems para la evaluación fueron 65 y se interpretaba como algo muy largo, a pesar de ser de rápida respuesta. En los participantes la deseabilidad social pudo haber tenido impacto en las posibles respuestas, puesto que muchos de los participantes preferían que se les leyera las preguntas en vez de contestarlas de forma privada y en el cuestionario del comportamiento alimenticio demoraban en contestar, posiblemente por haberse solicitado previamente su peso corporal.

Otra delimitación fue que por tratarse en su mayoría de personas de nivel educativo bajo se dificultó la comprensión de las preguntas de uno de los cuestionarios, pues el tipo de respuestas posibles implicaba analizar un poco más la pregunta y en ocasiones no entendían el objetivo de ésta. Esto también retardó su aplicación debido a que preferían que el equipo les leyera las preguntas y así poder contestar con más facilidad.

## **CAPÍTULO II**

### ***Marco Teórico***

En este capítulo se presentan las características del peso corporal y las variables psicológicas a estudiar como posibles promotores de la sobreingesta alimentaria y la obesidad. Se aborda principalmente la conceptualización, medición y la relación de las variables con la obesidad en base a literatura e investigaciones revisadas.

#### **Sobrepeso y obesidad**

##### *Conceptualización*

El peso corporal es la suma de todos los componentes de nuestro cuerpo (agua, grasa, huesos, músculos, etc.). La cantidad y el porcentaje de todos estos elementos es variable y depende de diversos factores como la edad o el sexo (Carbajal, 2013). Es considerada una importante variable de salud, y se puede ver fácilmente afectada por la conducta alimentaria de cada persona (Balsa, 2014).

Un desequilibrio entre lo que ingerimos y lo que gastamos de energía (calorías) conlleva a un exceso de peso de forma gradual. En este aumento se ven involucrados factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno a nivel metabólico conduciendo a una acumulación excesiva de grasa corporal superando el valor esperado según el sexo, la talla y la edad de la persona (Barrera-Cruz, Rodríguez-González & Molina-Ayala, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Múltiples enfermedades crónicas como la diabetes,

enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer se han visto asociados con la obesidad, haciendo de ésta uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país y en el mundo (SSA, 2012).

El sobrepeso y obesidad tienen un impacto negativo en la vida cotidiana y en todas las dimensiones de la calidad de vida de la persona, pues además de afectar a la salud de forma física, está significativamente asociada con grandes riesgos de comorbilidad psicológica y social (Tamayo & Restrepo, 2014; Taylor et al., 2013). Este tipo de afectaciones se describirán más adelante en este mismo capítulo.

### *Medición*

Existen diferentes métodos para medir el exceso de grasa corporal con la finalidad de definir estándares de peso deseables. Los principales parámetros utilizados para determinar la obesidad son: el Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet; la obesidad abdominal, midiendo la circunferencia de cintura; y el porcentaje de grasa corporal.

El IMC es el parámetro más utilizado, es muy útil para juzgar la composición corporal ya que aporta información entre el peso y la altura de la persona. Corresponde al peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros. La fórmula es:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}$$

La clasificación del IMC para los rangos de peso corporal en adultos queda dictaminada por la OMS (2016) de la siguiente manera:

#### Clasificación del IMC

Peso normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	$\geq 25.0$
Preobesidad	25.0 – 29.9

Obesidad	$\geq 30.0$
Obesidad de clase I	30.0 – 34.9
Obesidad de clase II	35.0 – 39.9
Obesidad de clase III	$\geq 40.0$

---

A pesar de que el IMC es el parámetro más empleado para definir la obesidad (Sandoval, 2010) hay que tener en cuenta que no refleja directamente la composición corporal, ya que el peso puede verse reflejado por otras medidas como huesos densos o músculos más desarrollados (como es el caso de atletas y culturistas) y no necesariamente por exceso de grasa (Carbajal, 2013). Así que hay que tener en cuenta que no todos los que tienen sobrepeso son obesos, ni todo el aumento de peso se debe al incremento de grasa corporal.

Otra medida para definir la obesidad es a través de la circunferencia de cintura. Esta medida es muy importante debido a que la diabetes y otras enfermedades crónico-degenerativas, se pueden predecir por la grasa abdominal más que por la grasa total del cuerpo. Una circunferencia de cintura de más de 88cm para mujeres y de más de 102 cm para hombres indica un elevado riesgo en la salud, así como puede definir la obesidad (Ogden, 2010).

La salud se asocia más con la grasa que con el peso en sí. Se considera que un hombre adulto saludable presenta un contenido de grasa de 6 al 15% del peso corporal total, y las mujeres entre el 9 y 23% rebasar por más de 10% esos índices se diagnosticaría obesidad (Nieman, 2007 citado en Suverza & Haua, 2010). Clínicos e investigadores han desarrollado métodos para la medición directa de la grasa corporal, en su forma más básica ésta medición implica evaluar el grosor de los pliegues cutáneos usando calibres, normalmente alrededor de la parte superior del brazo y la parte superior e inferior de la espalda, sin embargo esta no es viable para personas con obesidad severa debido a sus grandes pliegues cutáneos (Moreno, 2012; Ogden, 2010).

A su vez existen otros métodos más desarrollados para cuantificar la obesidad, entre ellos la densitometría (peso bajo el agua), la tomografía computarizada o la resonancia magnética y la impedancia eléctrica (Flier & Maratos-Flier, 2012). Sin embargo, son métodos cuya práctica se hace por especialistas elevando el costo económico y el tiempo para realizarlo. Para este trabajo de investigación se optó por definir la obesidad a través del IMC ya que fue el método más viable para lograr tener un dato confiable y accesible para el tipo de población participante.

### *Epidemiología*

Actualmente, el sobrepeso y la obesidad constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo. La obesidad ha sido denominada por la OMS como “la epidemia del siglo XXI” debido a que ha alcanzado proporciones pandémicas en el mundo dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece (Barrera-Cruz et al., 2013).

Según los datos y cifras de la OMS (2016), desde 1980 la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En el 2014 más de 1,900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso (el 39%), de los cuales 600 millones (el 13%) eran obesos y las cifras en niños muestran que al menos 41 millones de menores de 5 años tenían sobrepeso o eran obesos.

De los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017) se encuentran encabezando los porcentajes de obesidad en su población: Estados Unidos en 1er lugar (38.2%), México el 2do (32.4%), Nueva Zelanda el 3ero (30.7%) y Hungría el 4to (30%). Los países con menor índice de obesidad son Japón (3.7%), Corea (5.3%) e Italia (9.8%).

Según la OCDE en sus datos del 2015, el 19.5% de la población en adultos era obesa. La tasa de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la última década ha

aumentado en Canadá, Francia, México, Suiza y Estados Unidos, mientras que se ha estabilizado en Inglaterra, Italia, Corea y España. Sin embargo, no hay signos claros de reducción de la epidemia, en ningún país (OCDE, 2017).

Nuestro país ocupa el segundo lugar a nivel mundial en obesidad adulta (32.4%), y el primero en cuanto a población con sobrepeso (71%) (OCDE, 2017). México atraviesa por una transición caracterizada por el aumento inusual de sobrepeso y obesidad, afectando en las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones. Los aumentos en las prevalencias de obesidad se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial. De 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2% (SSA, 2013).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino (ENSANUT MC, 2016) la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos fue del 72.5% (representando a 69.5 millones de personas). La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 33.3% y la de sobrepeso de 39.2%, siendo más alta en el sexo femenino (38.6%) que en el masculino (27.7%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 41.7% y el femenino de 37%.

En hombres y mujeres, la prevalencia de sobrepeso y obesidad tienen sus valores más bajos en los grupos de edad extremos en la edad adulta. El grupo más joven, entre 20 y 29 años y el grupo de mayor edad, más de 80 años. El sobrepeso aumenta en hombres en la década de 60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30-39 años. En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta de los 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

En Nuevo León, de forma similar al país, los padecimientos crónicos constituyen el principal reto en salud. El sobrepeso y la obesidad afecta a 6 de cada 10 hombres y 7 de cada 10 mujeres mayores de 20 años en nuestro estado (ENSANUT, 2012).

Según la ENSANUT (2012) la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Nuevo León en hombres fue de 77.2% y en mujeres de 74.3%. La prevalencia de obesidad fue 36.6% más baja en hombres (33.3%) que en mujeres (45.5%), diferencia estadísticamente significativa; mientras que la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres que en mujeres (43.9% y 28.8% respectivamente).

A pesar de que los índices de obesidad en Nuevo León se ven altos y similares a los del país en general, para el año 2014 Nuevo León se situaba en el sexto lugar nacional con una tasa de obesidad del 39.5%, precedido por los estados de Yucatán con un 44.8%, Baja California Sur con 43.6%, Campeche con 43.3%, Tabasco 42.7% y Baja California con 39.5% (Rodríguez, 2015).

### *Factores de riesgo*

Un factor de riesgo en salud es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2017). Existen muchos factores de riesgo para el desarrollo de la obesidad pues se sabe que es una enfermedad multifactorial, algunos modificables y otros que no se pueden cambiar (National Institute of Health [NIH], 2017).

Prevenir la obesidad puede decirse muy fácil, pues lo más “sencillo” sería lograr mantener un equilibrio entre la energía que se consume y la que se gasta, sin embargo no solo estos factores son los que pueden influir para que una persona suba de peso, aquí se presentaran los factores de riesgo principales a los que nos vemos expuestos.

Hábitos saludables: se ha observado que una de las herramientas más poderosas para la prevención de la obesidad sería lograr un cambio en los hábitos cotidianos de la población (Oda-Montecinos, Saldaña & Andrés, 2015). Los hábitos en salud que se han encontrado muy relacionados para aumentar el riesgo de tener obesidad son: comportamiento alimentario no saludable, la falta de actividad física, la baja cantidad o calidad de sueño y los niveles de estrés altos (NIH, 2017).



Las conductas y hábitos de alimentación: los malos hábitos de alimentación como el alto consumo de alimentos hipercalóricos, alimentos grasos, la comida rápida y chatarra, la ingesta de alcohol y de bebidas azucaradas favorecen el desarrollo de obesidad (Barrera-Cruz et al., 2013). Además se encontró que ciertas conductas como: saltarse comidas, seguir algún tipo de dieta, comer rápido, grandes cantidades y llenarse mucho la boca o los platos son también factores de riesgo para este padecimiento (Oda-Montecinos et al., 2015).

La actividad física: si partimos de la premisa que la obesidad se desarrolla por no gastar lo que consumimos, es a través de la actividad física que lograremos este gasto de energía. Se asocia un IMC alto por el uso excesivo de la televisión, las computadoras, los videojuegos y otros dispositivos con pantalla (NIH, 2017) y lamentablemente muchas de las actividades diarias dependen del uso de estos dispositivos. Nuestro estilo de vida actual es sedentario, al cual se le ha asociado con mayor riesgo para obesidad central y obesidad general, entre otros padecimientos (Ramírez & Agredo, 2012). Muchas de las estrategias y programas en salud sugieren para reducir el peso corporal llevar una dieta saludable y realizar ejercicio físico (ENSANUT, 2012). Se recomienda realizar ejercicio aeróbico de intensidad moderada a intensa, cinco veces a la semana y con al menos 40 minutos de duración como plan de ejercicio para personas con obesidad y así disminuir su riesgo en salud (Barrera-Cruz et al., 2013).

Los hábitos de sueño: estos hábitos pueden afectar seriamente el desempeño de cualquier individuo. Se ha encontrado una tendencia: a medida que las horas de sueño han disminuido, la prevalencia de la obesidad ha aumentado, por lo que se ha planteado la teoría de que la corta duración del sueño es un factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad y sus complicaciones (Beccuti & Pannain, 2011), debido a que se asocia con menores niveles de leptina -hormona encargada de inhibir el apetito- y aumento de apetito. En un estudio longitudinal se encontró que dormir poco ( $\leq 5$ hrs) está significativamente asociado con la ganancia de peso y la obesidad tanto en

hombres como en mujeres adultos (Kobayashi, Takahashi, Deshpande, Shimbo & Fukui, 2012).

Los niveles de estrés: se ha encontrado que el estrés está asociado con la obesidad debido a que la neurobiología del estrés se superpone significativamente con la del apetito y la regulación energética (Sinha & Jastreboff, 2013). El estrés agudo puede producir cambios hormonales que inhiben el hambre y si el estrés se vuelve crónico, los cambios hormonales pueden hacer que la persona coma más y acumule más grasa (NIH, 2017). Se ha encontrado además, que individuos que experimentan altos niveles de estrés también sufren de poca habilidad para regular su alimentación (Tan & Chow, 2014) o encuentran estrategias de afrontamiento al estrés a través de la comida, como el comer para suprimir esta sensación desagradable, llevándolos a un incremento de peso por la sobreingesta de alimentos (Hemmingsson, 2014). La sobreingesta no es la única conducta asociada al estrés; una persona estresada también pierde el sueño, hace menos ejercicio, y toma más alcohol, lo cual contribuye a ganar peso (Tamayo & Restrepo, 2014).

Otros factores de riesgo importantes para la obesidad son el sexo y la edad: se han identificado a las mujeres como un grupo con mayor vulnerabilidad para la obesidad, esto debido a que existe predominio más alto en las mujeres en muchos países, incluyendo en México, donde la prevalencia es mayor en mujeres (37.5%) que en hombres (26.8%) (ENSANUT, 2012), esta dimensión del género es quizás más importante debido a sus interacciones significantes con otras características individuales como la raza, la carga genética, los estilos de vida, entre otros (Ortiz, Nava, Muñoz & Veras, 2010).

Raza o etnia: se tiene un alto grado de incidencia de obesidad en ciertas minorías raciales y étnicas. Entre los estadounidenses adultos, los afrodescendientes presentan tasas más altas, seguidos de los hispanos y luego los blancos tanto en hombres como en mujeres (NIH, 2017). Los asiáticos tienen las tasas más bajas de IMC poco saludable, sin embargo a esta población se le ha propuesto un punto de

corte de IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> para diagnosticar obesidad, ya que un grupo significativo de sujetos de este origen étnico desarrolla enfermedades con cifras de IMC por debajo de las observadas en poblaciones occidentales (Moreno, 2012).

Así como se puede creer que el permanecer obeso es una responsabilidad personal, y aunque de alguna forma es cierto, también es parte de una responsabilidad comunitaria (Silencio, 2010). Muchos componentes del entorno, como factores sociales y ambientales pueden aumentar el riesgo de tener obesidad, a continuación se describirán algunos de los principales.

El “ambiente obesogénico”, así es como se le ha llamado al rol del ambiente externo que propicia la obesidad. Este ambiente se puede calificar como “tóxico” ya que incita al exceso de ingesta energética y desanima a mantener niveles adecuados de gasto calórico (Guzmán, Castillo & García, 2010). El riesgo aumenta ya que vivimos en un mundo donde es muy fácil subir de peso por el impacto de la industria alimentaria y la fácil disponibilidad y economía de alimentos con alta densidad de energía, como la comida rápida y para llevar. Además que desanima a mantener niveles adecuados de gasto calórico debido a que nos lleva a un estilo de vida cada vez más sedentario, sin trabajo físico, con el uso de computadoras y la televisión, además de la dependencia del automóvil para poder trasladarse en las grandes distancias entre el área de residencia y las tiendas o trabajo (Ogden, 2010).

Otro es la desventaja socioeconómica, pues se ha visto relacionada con la enfermedad, incluyendo a la obesidad (Hemmingsson, 2014). Se ha encontrado que la obesidad es más común en la población con escasos recursos y de nivel educativo bajo (Barrera-Cruz et al., 2013; Mönckeberg & Muzzo, 2015; Silencio, 2010). Cuando el nivel educativo de la madre es inferior, se ingieren más calorías y más desequilibrada es la distribución de estas, además de que las clases socioeconómicamente desfavorables tienden a comprar alimentos que proporcionan saciedad y que “quitan el hambre” considerando que así se está dando una alimentación saludable (Guzmán et al., 2010).

A menudo los cambios en el estilo de vida (hábitos alimenticios y actividad física) son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo, y de la falta de políticas de apoyo en sectores de salud. Por ello la atención correcta del sobrepeso y obesidad requiere formular y coordinar estrategias multisectoriales integrales y eficientes que logren incrementar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual y comunitario (Barrera-Cruz et al., 2013).

### *Obesidad y las emociones*

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multidimensional que se desarrolla a partir de la interacción de factores como los genéticos, fisiológicos, ambientales y psicosociales (Sandoval, 2010). Sin embargo, la creciente prevalencia de la obesidad en nuestra sociedad en un período de tiempo relativamente corto sugiere que las causas ambientales y psicológicas, en lugar de las metabólicas o genéticas, son las responsables (Canetti, Bachar & Berry, 2002).

Un factor que se ha sugerido para explicar las diferencias individuales en la susceptibilidad para ganar peso en el actual ambiente obesogénico de las sociedades modernas es el estilo psicológico de alimentación (Konttinen et al., 2010). En el comportamiento alimentario, los seres humanos se pueden ver afectados por sus emociones: la elección de alimentos, la cantidad y frecuencia de las comidas, todas dependen de muchas variables, no necesariamente relacionadas a sus necesidades fisiológicas (Canetti et al., 2002).

Reséndiz, Hernández, Sierra y Torres (2015) mencionan que se pueden asociar los hábitos de alimentación al estado emocional de las personas, debido a que se come de manera desproporcionada según de la emoción que se presente. Se ha revisado en investigaciones, que muchas personas comen con el fin de distraerse, compensar o afrontar afectos negativos como el estrés, ansiedad, frustración, miedo, molestias diarias, tristeza, aburrimiento, depresión y fatiga (Gardner et al., 2014).

Comer, como un mecanismo de afrontamiento para lidiar con el estrés y las emociones, se considera un intento de disminuir los estados de ánimo negativos o fluctuantes, en ausencia de otra estrategia adaptativa (Lazarevich, Irigoyen-Camacho, Velázquez-Alva & Salinas-Ávila, 2015). A esta conducta de comer con el fin de disminuir estados de ánimo negativos se le conoce como ingesta emocional, y se les denomina “comedores emocionales” a quienes manifiestan esta conducta (Lazarevich et al., 2016; van Strien, Konttinen, Homberg, Engels & Winkens, 2016).

Se ha propuesto que la ingesta emocional es una condición de alimentación desordenada que se asocia con el aumento de peso y la obesidad (Annesi, Marengo & McEwen, 2015; Crockett et al., 2015; Lazarevich et al., 2016), por ello se sugiere que esta condición debe tomarse en cuenta en las intervenciones de obesidad (van Strien et al., 2016).

Sin embargo, se ha sugerido que la emoción en sí misma no puede ser completamente responsable de la ingesta excesiva, sino más bien, es la forma en que la emoción es afrontada por la persona, la verdadera causante del sobrepeso (Sánchez & Pontes, 2012). Un constructo hipotetizado para explicar la sobreingesta en los comedores emocionales es la alexitimia. La alexitimia se define como un conjunto de déficits cognitivo-emocionales tales como la incapacidad de identificar o expresar emociones y afectos, así como la evitación al afrontar conflictos o articular emociones (Sifneos, 1996, citado en Berger et al., 2014).

Ante diversas situaciones, la falta de experiencia de la típica reducción del hambre post-estrés de los comedores emocionales puede ser el resultado de la dificultad para reconocer o identificar con precisión las emociones, que es una confusión de síntomas fisiológicos asociados con el estrés y las emociones negativas y los asociados con el hambre y la saciedad (Bruch, 1964, citado en van Strien, Ouwens, Engel & de Weerth, 2014). Por ejemplo, si una persona se enfrenta a una situación donde algo no resultó como ella anhelaba, esta persona pudiera tener dificultad de identificar o describir cómo se siente exactamente, y en lugar de eso siente un “vacío”

similar al hambre, y su forma de lidiar con ese sentimiento sería a través de la comida para “llenarlo”.

Las emociones o afectos, la alexitimia y la ingesta emocional, pueden participar como una respuesta atípica en el comportamiento alimentario, pues se ven involucrados en la conducta de comer en exceso. Si bien sabemos que la principal causa de obesidad o sobrepeso es el desequilibrio energético (consumir más de lo que se utiliza), podemos tomar en cuenta estas variables para intervenir en la conducta alimentaria inadecuada.

### **Afecto positivo y negativo**

A lo largo del tema anterior se describió la relación de la obesidad con las emociones por su importancia como predictor de la sobreingesta. En este apartado se verá la conceptualización del afecto positivo y el afecto negativo y su relación con la conducta alimentaria y la obesidad.

#### *Conceptualización*

Cuando hablamos de emociones o afectos se puede distinguir entre afecto como un *rasgo* de personalidad y afecto como un *estado* emocional. El afecto como rasgo se refiere a una forma general de responder a los acontecimientos y llega a ser estable a lo largo del tiempo. El afecto como estado se asocia a la respuesta más específica a un determinado acontecimiento y es menos consistente, a pesar de esta distinción entre rasgo y estado, ambos están íntimamente vinculados ya que el rasgo influye en las reacciones emocionales (Alcover, Moriano, Osca & Topa, 2012).

Pese a esta distinción del afecto, Watson y Tellegen (1985) al referirse de la estructura de la afectividad sugirieron conclusivamente que está configurada por dos grandes dimensiones o factores relativamente independientes entre sí: el afecto positivo y el afecto negativo (como se citó en Sandín et al., 1999).

El afecto positivo (AP) representa una dimensión de emocionalidad positiva y placentera, se manifiesta a través de motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. Refleja el punto donde una persona experimenta con facilidad sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. En cambio, las personas con bajo AP tienden a manifestar desinterés y aburrimiento (Moral, 2011; Robles & Páez, 2003).

Como son factores relativamente independientes entre sí, el afecto positivo no sería simplemente la ausencia de afecto negativo, más bien solo enfatiza que el polo alto de cada dimensión representa un estado de alto afecto, siendo el polo bajo de cada factor únicamente un reflejo de ausencia relativa de implicación afectiva (Sandín et al., 1999).

Por el contrario, el afecto negativo (AN) representa una dimensión de emocionalidad displacentera y malestar, presentada por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso (Moral, 2011). Se ha relacionado un alto índice de AN con experiencia de emociones negativas como ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad, insatisfacción y apreciación negativa de uno mismo y de los demás (Robles & Páez, 2003).

En general, el afecto negativo se define como una dimensión de estrés subjetivo; cuando se presentan niveles altos de este rasgo hay mayor vulnerabilidad a experimentar estados intensos de afecto negativo en todo momento y en cualquier situación dada, incluso en ausencia de estrés manifiesto (Spoon, Bekker, van Strien & van Heck, 2007). Por ello esta característica se puede tomar en cuenta como factor de riesgo para una conducta alimentaria desordenada.

### *Medición*

Existen varias medidas para evaluar estas dos dimensiones del afecto, entre ellas el estudio por Diener y Emmons (1984) y el de Russell (1980), sin embargo la que

destaca por sus propiedades psicométricas es la desarrollada por Watson, Clark y Tellegen (1988): el PANAS, por sus siglas en inglés para Positive and Negative Affect Schedule (Moral, 2011).

Watson et al. (1988), con objeto de obtener una medida breve y fácil de administrar sobre el afecto positivo y negativo, construyeron el cuestionario PANAS. Uno de los principales objetivos para su construcción fue la obtención de descriptores lo más puros posibles del afecto –marcadores-, partiendo de la base de los estudios previos acerca de la bidimensionalidad del afecto. Lograron aislar 10 marcadores para el afecto positivo y 10 para el afecto negativo, los cuales constituyen los 20 ítems de la actual versión del PANAS, donde se puede obtener una puntuación para cada dimensión (Sandín et al., 1999).

Por su versatilidad, fácil acceso y validación en países de diversas culturas, para este trabajo de investigación se optó por utilizar la escala PANAS, con la revisión mexicana de Robles y Páez (2003).

### *Afecto y obesidad*

Como se mencionó anteriormente, las emociones pueden influir en el comportamiento alimentario. Por la forma como se presentan y cómo se hace frente a éstas, se las ha identificado como un factor que contribuye a que las personas sean vulnerables a comer en exceso (Evers, Adriaanse, de Ridder & de Witt, 2013) y por ende a aumentar de peso.

El impacto del afecto positivo en relación a la sobreingesta, se ha visto como un motivo que puede influir para esta conducta. Evers et al. (2013) resumen que esto puede explicarse desde diferentes factores como: mecanismos de aprendizaje asociativo, donde las emociones positivas se han asociado con comer más comida; por observación, donde socializar y comer están estrechamente conectados; por las emociones que orientan a las personas hacia las características relacionadas con los



objetivos en el ambiente, en el caso de comer, el enfoque se dirige en el objetivo a corto plazo de disfrutar de la comida, más que el objetivo a largo plazo de seguir una dieta; y solo por disfrutar de comer comida placentera cuando se está con humor positivo.

En el meta-análisis realizado por Cardi, Leppanen y Treasure (2015) acerca de los efectos de la inducción de emociones en el comportamiento alimentario, se encontró que emociones positivas se asociaron con mayor ingesta calórica, aunque fueron pocos los estudios revisados. Se halló que ante inducción de estado de ánimo positivo en personas con anorexia nerviosa ayudó a incrementar el consumo de calorías, y también se corrobora con estudios naturalistas que las personas saludables son quienes realizan comidas hedonistas durante periodos de alegría y felicidad.

En una investigación con personas obesas se encontró que éstos fueron menos capaces de resistirse a comer, y aumentaron el consumo de alimentos con alto contenido calórico, durante una condición de estado positivo que la condición negativa (Udo et al., 2013). Bongers, Jansen, Havermans, Roefs & Nederkoorn (2013) refieren la importancia de incluir las emociones positivas como conducta en los comedores emocionales, pues mencionan que en un entorno clínico o real se pueden estar subestimando como un factor de riesgo para comer en exceso. Ellos encontraron que se comía más ante emociones positivas en comparativa con emociones neutras.

Sin embargo, también el impacto del afecto negativo con la sobreingesta es importante. En una investigación realizada por Pasco et al. (2013) concluyen que el impacto de la obesidad en las emociones se asocia a cambios en el afecto negativo más que en el afecto positivo, encontrando emociones como estrés, enojo, disgusto, miedo y vergüenza.

Resultados de diferentes investigaciones demuestran que las personas con sobrepeso u obesidad consumen más alimentos cuando se experimentan emociones negativas (Anger & Katz, 2015; Keller & Siegrist, 2015; Jansen et al., 2008). En una

investigación en México se asociaron los síntomas depresivos con mayor IMC, siendo la ingesta emocional el mediador entre estas variables (Lazarevich et al., 2016). También se encontró que rasgos de ansiedad se asocian con mayor ingesta ante inducción de estado negativo (Schneider, Appelhans, Whited, Oleski & Pagoto, 2010).

Otros estados negativos también se han revisado, entre ellos la tristeza (van Strien et al., 2012), el aburrimiento (Crockett et al., 2015) y el estrés (Tan & Chow, 2014), concluyendo que la forma en que la persona hace frente a estas emociones es comiendo más de lo normal. Ahora bien, dado que comer en respuesta al afecto negativo no es adaptativo, se predice que es un comportamiento que sería más probable que ocurra cuando los individuos tienen dificultades para regular las emociones negativas (Crockett et al., 2015).

Se ha encontrado que las emociones negativas o las dificultades con la regulación emocional son factores de riesgo y mantenimiento transdiagnósticos para todas las formas de trastornos alimentarios y de peso (Cardi et al., 2015). A pesar de que la obesidad no se considera un trastorno alimentario (aún), es importante examinar la presencia de estas variables afectivas, pues su estrecha relación con la conducta de sobreingesta las considera un factor de riesgo.

## **Alexitimia**

Previamente se habló acerca de las dificultades de regulación emocional como factor de riesgo para el comportamiento alimentario, por ello en este apartado se hablara de un concepto con influencia en esto: la alexitimia.

### *Conceptualización*

El constructo de alexitimia evolucionó de observaciones clínicas que se realizaron inicialmente en pacientes que padecían una o más de las llamadas enfermedades psicosomáticas clásicas. Uno de los primeros líderes en la medicina

psicosomática sugirió que perturbaciones en el procesamiento cognitivo de las emociones era lo que predisponía a las personas a enfermedades psicosomáticas. Por ejemplo, MacLean en 1949, notó que muchos de los pacientes psicosomáticos mostraban una aparente incapacidad para verbalizar sus sentimientos y especuló que en lugar de relacionarse con algo orgánico, las emociones angustiantes encontraban su expresión a través de vías autonómicas resultando en cambios fisiológicos que conducían a enfermedades (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Observaciones similares fueron significativas en el transcurso del tiempo donde se presentaban perturbaciones de la expresión verbal y simbólica de las emociones, pero no fue hasta décadas después, a principios de los setentas, con las investigaciones de Sifneos y Nemiah donde empezaron a investigar sistemáticamente el estilo cognitivo y afectivo de los pacientes que padecían de las enfermedades psicosomáticas clásicas (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Derivado de los resultados de sus estudios, e investigadores subsecuentes, fue hasta 1973 donde Sifneos acuñó la palabra alexitimia (etiológicamente significa [a-] falta, [-lexia] de palabras, [-timia] para los sentimientos), para definir los rasgos vistos en pacientes psicosomáticos: dificultad para identificar y comunicar verbalmente los sentimientos, pobreza de la fantasía y un estilo de pensamiento concreto, centrado en los detalles externos (Moral, 2008).

La alexitimia no se describe como la ausencia total de la capacidad de expresar sentimientos, sino como una dificultad para identificar y distinguir entre emociones y las sensaciones físicas acompañantes de la activación emocional (Oberst & Lizeretti, 2004).

Parker (como se citó en Oberst & Lizeretti, 2004) menciona que los alexitímicos son más vulnerables a desarrollar trastornos psicosomáticos, alimentarios, toxicomanías y otras conductas compulsivas, quizás como un intento de regular el estrés emocional. Por ello, hay que tomar en cuenta la presencia de este rasgo en las

personas, y así evitar la sobreingesta como mecanismo para regular las emociones desagradables.

### *Medición*

El constructo de alexitimia está compuesto de cuatro componentes: 1) dificultad para identificar los sentimientos y distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales de la activación emocional; 2) dificultad para describir los sentimientos a los demás; 3) un estilo cognitivo orientado externamente y ligado a estímulos y 4) procesos imaginales restringidos (Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976 citado en Bagby et al., 2009). Estos cuatro componentes se operacionalizan en el Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) de Bagby, Taylor, Parker y Dickens.

Sin embargo, Bermond (como se citó en Bagby et al., 2009) hace referencia a un quinto componente: una incapacidad o capacidad reducida de experimentar sentimientos emocionales. Para evaluar estos cinco componentes Vorst y Bermond desarrollaron el 40-item Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ) que se compone de cinco subescalas: Emocionalizar; Fantasear; Identificar; Analizar; y Verbalizar, donde definen “Emocionalizar” como “el grado en que alguien se ‘excita’ emocionalmente por los eventos que inducen la emoción”. Esta conceptualización de “emocionalizar” se mantiene en controversia, ya que sugiere diferencias en grados de excitación fisiológica en lugar de diferencias en la conciencia de los sentimientos, que es la piedra angular del constructo de alexitimia.

Sin embargo, el instrumento más ampliamente utilizado para medir la alexitimia es el 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS) que evalúa tres componentes: capacidad para identificar sentimientos y de distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales de la activación emocional; dificultad para describir los sentimientos a los demás; y pensamiento externamente orientado.

Fue publicada en 1985 por Taylor, Ryan y Bagby, con 26 reactivos y cuatro factores. Tras una primera revisión, en 1992, se redujo a dos factores y 23 reactivos. Y en la segunda revisión, en 1994, la TAS queda en 20 reactivos y los tres factores anteriormente mencionados (Moral, 2008). Por su amplia aceptación y uso, su accesibilidad, y su traducción al español con buena fiabilidad en este proyecto se utilizó este instrumento para medir la alexitimia.

### *Alexitimia y obesidad*

Se considera que la alexitimia es un rasgo de personalidad que puede afectar el desarrollo y curso de la obesidad, incluso la eficacia del tratamiento (Zak-Golab et al., 2013). Van Strien y Ouwens (2007) mencionan que para la respuesta 'natural' de angustia (reducción de ingesta de alimento) se requiere una buena capacidad para identificar y describir sentimientos, y la presencia o ausencia de estas habilidades puede predecir si las personas responden a la angustia comiendo menos o comiendo en exceso.

Las personas que no son capaces de identificar y, consecuentemente, expresar sus emociones, buscarán alguna forma de manejar la angustia emocional, conflictos interpersonales y hostilidad no explícita (Perez-Luna, 2014). En las revisiones de Crockett et al. (2015) se hace mención que la alexitimia se ha asociado con desórdenes alimenticios y con la ingesta emocional, moderando la relación entre la angustia y comer en exceso, pues se utiliza la ingesta de alimentos, como estrategia inadecuada, para hacer frente a emociones negativas.

Hallazgos sugieren que las personas con alexitimia comen en exceso porque pueden confundir el impulso emocional con señales de hambre. Dado que la alexitimia está asociada con la ingesta emocional, es posible que personas con altos niveles de alexitimia sean más vulnerables a estresarse y propiciar más el comer en exceso que personas con bajos niveles de alexitimia (Tan & Chow, 2014).

En la investigación de Rommel et al. (2012), se encontró que las mujeres obesas tienen una reducida conciencia de sus emociones en comparación con mujeres de peso normal, también que eran menos capaces de discriminar los estados emocionales de otros. Además de estos rasgos alexitímicos, se presentó más a menudo la ingesta emocional en las pacientes obesas que en las no obesas.

Sin embargo, hay resultados diferentes. Zak-Golab et al. (2013) en su estudio con mujeres obesas encontró que la alexitimia no estaba asociada con el IMC, más bien que la obesidad puede predisponer al desarrollo de la alexitimia. Además reportó relación entre bajo nivel de educación y alexitimia, y mayor prevalencia de alexitimia en mujeres obesas mayores de 45 años. Cabe mencionar que este estudio se realizó con mujeres obesas que buscaban bajar de peso.

Hay que reforzar que no todas las investigaciones son solo con mujeres. Larsen et al. (2006) examinaron diferencias entre hombres y mujeres obesas, en relación de la alexitimia, estado de ánimo negativo y la ingesta emocional, donde encontraron que las características de alexitimia estuvieron más fuertemente asociadas con la ingesta emocional en hombres que en las mujeres.

Son frecuentes las investigaciones que reportan la asociación de alexitimia con trastornos alimentarios (TA). Pinaquy et al. (2003) encontraron que los niveles de alexitimia y de ingesta emocional son más altos en mujeres obesas con TA, específicamente con el trastorno por atracón. De forma similar revisiones extensas del tema han encontrado mayor incidencia de dificultades identificando y expresando emociones en personas con TA que en personas aparentemente sanas (Nowakowski et al., 2013; Westwood, Kerr-Gaffney, Stahl & Tchanturia, 2017).

Pese a que la obesidad no se considere un trastorno alimentario, y que la alexitimia se clasifique más significativamente con éstos pacientes, no deja de ser importante tomar en cuenta este rasgo, pues por su relación con la ingesta emocional se le considera como un factor de riesgo para la sobreingesta y el aumento de peso.

## **Ingesta emocional**

Con respecto a la relación entre la obesidad y las emociones, el concepto que liga los factores descritos previamente es la ingesta emocional. En este último apartado se describirá más ampliamente este término.

### *Conceptualización*

El concepto de ingesta emocional se deriva de la teoría psicósomática de la obesidad, donde destacan tres importantes autores: Kaplan y Kaplan (1957) y Bruch (1973), quienes llegaron a la predicción de que los individuos obesos comerán en exceso en respuesta a estados emocionales incómodos. De acuerdo a esta conjetura, la ingesta emocional es consecuencia de la incapacidad para distinguir el hambre de otros estados internos aversivos, o de usar comida para reducir la angustia emocional, probablemente debido a experiencias de aprendizaje tempranas (Konttinen et al., 2010).

Siguiendo esta teoría, la ingesta emocional es más frecuente en individuos obesos y es el resultado de experiencias tempranas en la vida en donde la comida fue utilizada como una forma para afrontar con problemas psicológicos. Debido a estas experiencias de aprendizaje tempranas, algunas personas pueden haber desarrollado una mala conciencia interoceptiva: dificultades para reconocer e identificar con precisión las emociones y las sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad (Larsen et al., 2006).

En la revisión de Macht (2008) se mencionan enfoques más recientes en relación a la suposición central de esta teoría. Desde una perspectiva de aprendizaje: las emociones negativas son el estímulo, el comer la conducta operante, y la consecuencia sería la reducción de las emociones negativas (inducida por la comida) actuando como reforzador negativo. Desde los enfoques biológicos, se toma en cuenta la regulación, que conceptualizan el comer inducido por la activación como un

“comportamiento adyuvante” o “actividad de desplazamiento” que reduce la activación. Además de verse también como una estrategia para mejorar el estado de ánimo negativo, para enmascarar el estrés, o para escapar de la conciencia aversiva.

En términos concretos, la ingesta emocional se refiere a la tendencia a comer en exceso en respuesta a las emociones negativas o difusas. Aunque en investigaciones recientes se considera incluir también a las emociones positivas (Bongers et al., 2013), esto no queda tan claro, pues se cree que la ingesta emocional “positiva” y “negativa” son constructos diferentes (van Strien et al., 2013).

### *Medición*

Para entender la interacción entre la alimentación y la salud y así desarrollar programas efectivos contra la epidemia de la obesidad es necesario conocimiento acerca del comportamiento alimentario. Para ello es que se han desarrollado diversos instrumentos para evaluarlo.

Uno de los instrumentos más utilizados dentro de la literatura revisada, es el Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) realizado por van Strien et al. Consiste en un cuestionario de 33 ítems que se divide en tres subescalas: ingesta restrictiva (10 ítems), ingesta emocional (13 ítems) e ingesta externa (10 ítems). Esta escala es de fácil aplicación, además tiene buena confiabilidad, alta consistencia interna, validez dimensional y estabilidad en el tiempo. Ha sido utilizada ampliamente para la investigación en los estilos de ingesta y la obesidad (van Strien, Donker & Ouwens, 2016), sin embargo, a pesar de ser una buena opción para este proyecto de investigación, no es accesible económicamente hablando, pues se requiere de un permiso de aplicación además de un costo por instrumento aplicado.

Otro cuestionario ampliamente utilizado es el Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) de Stunkard y Messick. Su versión inicial contiene 51 ítems, que se divide en tres factores titulados 1) restricción cognitiva de ingesta, 2) desinhibición del control de



la ingesta y 3) susceptibilidad al hambre. También se ha hecho una versión más corta con 18 ítems que evalúa tres aspectos del comportamiento alimentario: 1) ingesta restrictiva, 2) ingesta sin control y 3) ingesta emocional, medido en una escala de respuesta de cuatro puntos. A pesar de ser un instrumento con validez en su traducción al español (Jáuregui-Lobera, García-Cruz, Carbonero-Carreño, Magallares & Ruiz-Prieto, 2014) no se optó por utilizar esta escala para esta investigación, pues se consideró que el tiempo de respuesta se prolongaría mucho para los participantes.

Otro instrumento, aunque no tan ampliamente utilizado como los anteriores, es el Cuestionario del Comedor Emocional (CCE) de Garoulet et al. (2012). Es un cuestionario breve de 10 preguntas, con cuatro opciones de respuesta y se pueden identificar tres factores: 1) desinhibición, 2) tipo de alimento y 3) culpa. Fue diseñado especialmente para su aplicación en el área clínica para la práctica con obesidad y ha sido utilizado para la clasificación de los individuos en función de la relación entre la ingesta y las emociones. Por su fácil opción de respuesta, redacción y entendimiento de las preguntas, además de su accesibilidad en el idioma y de aplicación, fue el utilizado en esta investigación.

### *Ingesta emocional y obesidad*

La conducta “natural” ante la angustia se asocia normalmente con una respuesta fisiológica que está diseñada para preparar al individuo para una lucha o huida, se inhibe el movimiento gástrico y se libera azúcar al torrente sanguíneo. Esta respuesta fisiológica se correlaciona de forma similar a la saciedad, por eso la angustia normalmente lleva a disminuir la ingesta y posteriormente a pérdida de peso (van Strien et al., 2014). Sin embargo, los comedores emocionales responden “atípicamente” a la angustia, ingiriendo alimentos –muchas veces hipercalóricos- y es lo que supone un riesgo para el aumento de peso.

La ingesta emocional es considerada un factor de riesgo para los trastornos alimentarios y un importante contribuidor de la obesidad y sus problemas relacionados

a la salud (Crockett et al., 2015; van Strien et al., 2012). Además se ha identificado como una barrera para la alimentación saludable, pues al momento de afrontar el estrés o emociones negativas a través de la comida, se suelen consumir alimentos etiquetados como “malos”, y que posiblemente produzcan aumento de peso (Bennett, Greene & Schwartz-Barcott, 2013).

Aunque se desconoce aún el exacto mecanismo o proceso que puede provocarlo, existe evidencia de una asociación positiva entre la ingesta emocional y el aumento de peso. En un estudio prospectivo de dos años realizado por van Strien et al. (2012) se encontró que las personas que solían comer en exceso y con una alta tendencia de ingesta emocional subieron de peso, a diferencia de las personas que comían en exceso, pero con baja tendencia de ingesta emocional. Una posible explicación para este hallazgo puede residir en las diferencias del tipo y densidad energética de los alimentos que se consumen, pues se ha encontrado la preferencia por el consumo de alimentos altos en azúcar y grasa para lidiar con el estrés entre los comedores emocionales (O'Connor, Jones, Conner, McMillan & Ferguson, 2008).

Además, se ha encontrado que los comedores emocionales comen significativamente más ante un estado de ánimo triste que uno de alegría, mientras que las personas con baja ingesta emocional suelen comer cantidades similares ante ambos estados (van Strien et al., 2013). Asimismo ante emociones positivas también se ha encontrado que los comedores emocionales ingieren mayor cantidad que los no emocionales (Bongers et al., 2013). Esto los hace más vulnerables a subir de peso, o a difícilmente bajarlo en el caso de personas con sobrepeso, pues se comerá en exceso como forma de hacer frente a las emociones.

Con respecto a la ingesta emocional y el peso corporal, Geliebter y Aversa (2003) en su estudio con personas con infrapeso, normopeso y sobrepeso encontraron que las personas con sobrepeso reportaban comer más que los otros dos grupos cuando experimentaban emociones o situaciones negativas, mientras que los del grupo de infrapeso reportaban comer más cuando experimentaban emociones o situaciones

positivas. Lo sorprendente es que los del grupo de infrapeso reportaron que durante estados emocionales o situaciones negativas comían significativamente menos de lo normal, con lo cual se puede especular que la ingesta emocional podría contribuir al aumento de peso en los de sobrepeso, y a la pérdida de peso en los de infrapeso.

Si bien se ha descrito hasta ahora el efecto de las emociones sobre la elección de alimentos y los hábitos alimentarios, cabe reforzar que esta relación entre comer, las emociones y el aumento del aporte calórico debe ser tomada en cuenta para comprender mejor cómo la comida es utilizada en diferentes estados de ánimo, y que las emociones pueden afectar el desarrollo de la obesidad, así como también la eficacia de los programas de pérdida de peso (Garaulet et al., 2012).

Recapitulando, las emociones, dependiendo su intensidad y la forma en cómo les hagamos frente, nos pueden llevar ante diferentes respuestas y una de ellas es el aumento en la ingesta. Pues bien, estamos en una época donde la comida basura y el picoteo, son los males a los que recurrimos para resolver tensiones (Gracia, 2010), y es que se ha reportado que la mayoría de las emociones experimentadas durante la alimentación son agradables, lo cual motiva a continuar con esta conducta (Peña-Fernández & Reidl-Martínez, 2015).

## **CAPÍTULO III**

### ***Método***

En este apartado se presenta el método para llevar a cabo la investigación, así como los instrumentos elegidos con los cuales se realizaron las mediciones. Se aborda la forma de la selección de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión establecidos, la técnica de recolección de datos y análisis estadísticos realizados para cumplir los objetivos. Finalmente se abordan aspectos éticos implícitos en la investigación.

### **Diseño**

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, transversal correlacional, en donde se analiza la relación que existe entre las variables de índice de masa corporal, sexo, afecto positivo, afecto negativo, alexitimia e ingesta emocional.

### **Participantes**

La población invitada a participar en la investigación fueron personas residentes de la ciudad de Monterrey y su área metropolitana en el estado de Nuevo León (municipios de Apodaca, Escobedo, García, Guadalupe, Juárez, Monterrey, San Nicolás, San Pedro y Santa Catarina), con un rango de edad entre 18 y 65 años. El total de participantes fue de 361, de los cuales se utilizaron un total de 328 (167 hombres y 161 mujeres) por cumplir con los criterios de inclusión.

La mayoría de los participantes mencionó no tener algún tipo de enfermedad crónica, sin embargo las enfermedades más presentes fueron diabetes (4.9%) e hipertensión (3.7%), con mayor frecuencia en las mujeres (6.8% con diabetes y 5% con hipertensión).

Se trata de una muestra no probabilística por conveniencia en donde se incluyen grupos por sexo y por grupos de peso, quedando distribuidos de la siguiente manera:

Grupo 1: 65 hombres con normopeso (IMC  $>18.5 <24.9$ )

Grupo 2: 62 mujeres con normopeso (IMC  $>18.5 <24.9$ )

Grupo 3: 64 hombres con sobrepeso (IMC 25-29.9)

Grupo 4: 52 mujeres con sobrepeso (IMC 25-29.9)

Grupo 5: 38 hombres con obesidad (IMC  $\geq 30$ )

Grupo 6: 47 mujeres con obesidad (IMC  $\geq 30$ )

#### *Criterios de inclusión*

- Hombres y mujeres residentes de la ciudad de Monterrey y su área metropolitana.
- De 18 a 65 años cumplidos.
- Aceptar de forma voluntaria la participación en el estudio.

#### *Criterios de exclusión*

- Mujeres embarazadas.
- Personas que por musculatura alcancen un IMC mayor a 30.
- Personas con peso por debajo del rango normal.
- Aquellas personas que rechacen participar en el estudio y/o que dejen inconclusos los protocolos.

## Instrumentos

### *Índice de Quetelet*

Para definir el peso se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) a través de la fórmula de masa / estatura<sup>2</sup> donde la masa se expresa en kilogramos y el cuadrado de la estatura en metros.

Valores IMC:

Normopeso: 18.5 – 24.9

Sobrepeso: 25 – 29.9

Obesidad:  $\geq 30$

### *Escala de Afecto Positivo y Negativo*

*Positive and Negative Affect Schedule PANAS-20. Watson, Clark and Tellegen (1988)  
Revisión de Robles y Páez (2003)*

Es un instrumento autoadministrado que consta de 20 reactivos que consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Las califica la persona, según el grado en que las experimenta, en una escala de cinco puntos, en donde 1 significa “muy poco o nada”, y 5 “extremadamente”. Cuenta con 10 marcadores para afecto positivo (AP) que representa la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio de un individuo (ítems 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 y 19). Los otros 10 marcadores son para afecto negativo (AN) que se refiere a la dimensión de la sensibilidad temperamental de un individuo ante estímulos negativos (ítems el 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 y 20).

La revisión del PANAS se hace a través de sumatoria simple de los 10 marcadores de cada subescala, con rango entre 10 y 50. Para una clasificación alternativa y obtener niveles del afecto (bajo y alto) se siguió el modelo de Schütz et al.

(2013): se calcula la media de cada subescala y se define el rango con los siguientes baremos:

$$\begin{array}{ll} \text{AP bajo} = \leq 3.2 & \text{AN bajo} = \leq 1.9 \\ \text{AP alto} = \leq 3.3 & \text{AN bajo} = \leq 2.0 \end{array}$$

Todos los reactivos se pueden contestar en respuesta a una o más de siete instrucciones diferentes: 1) al momento, 2) hoy, 3) los últimos días, 4) en la última semana, 5) en las últimas semanas, 6) en el año y 7) generalmente. Para este proyecto se utilizó en respuesta a “generalmente” que corresponde a considerar al afecto como rasgo.

En la versión original de Watson, Clark y Tellegen (1988) se caracteriza por una alta congruencia interna, con alphas de .86 a .90 para el afecto positivo y de .84 a .87 para el afecto negativo. La correlación entre los dos afectos (positivo y negativo) es invariablemente baja, en rangos de -.12 a -.23. Además los coeficientes de confiabilidad test-retest de las puntuaciones de AP y AN “generalmente” son de .71 y .68, lo suficientemente altos como para sugerir que pueden emplearse para evaluar al afecto como un rasgo de personalidad estable en el tiempo.

Para este proyecto se utilizó la versión revisada por Robles y Páez (2003) la cual mostró una consistencia interna de .85 a .90 para las escalas de afecto positivo y de .81 a .85 para las de afecto negativo; y la validez estructural factorial coincidieron con las de la versión original de los autores previamente mencionados.

#### *Escala de Alexitimia de Toronto*

*Toronto Alexithymia Scale TAS-20. Bagby, Parker y Taylor (1994). Revisión de Moral (2008)*

Escala con un rango potencial de 0 a 100, formada por 20 reactivos tipo Likert con recorridos de seis puntos cada uno (0 a 5), con tres puntos en cada polo y sin

punto intermedio. La puntuación de la escala se obtiene por suma simple de los 20 reactivos, invirtiendo de forma previa la puntuación de los cinco reactivos redactados en sentido no alexitímico (ítems 4, 5, 10, 18 y 19). Para realizar tal inversión restamos 6 la puntuación del reactivo. Así, a mayor puntuación, mayor alexitimia.

Para la interpretación de las puntuaciones brutas en la escala (suma de los veinte reactivos), éstas se pueden transformar en puntuaciones T con la siguiente fórmula:  $PT = 100 + 15 [(PB - 25) / 12]$ . Puntuación baja en alexitimia sería por debajo de 85, intermedia entre 85 y 115 y alta por encima de 115.

Cuenta con 3 factores: 1) Dificultad para Expresar Sentimientos (DES) con 5 indicadores (ítems 2, 4, 11, 12 y 17) con consistencia interna  $\alpha = .80$ , 2) Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS) con 7 indicadores (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14) y consistencia interna  $\alpha = .78$  y 3) Pensamiento Externamente Orientado (PEO) con 8 indicadores (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20) con consistencia interna  $\alpha = .53$  (Moral, 2008).

La consistencia interna de la TAS-20 por la alpha de Cronbach es de .82. La correlación por el coeficiente de Pearson es de .71, y la de sus tres factores, por el coeficiente de Spearman, varió de .61 para DIS y .55 para DES a .36 para PEO (Moral, 2008).

### *Escala del Comedor Emocional*

#### *Emotional Eating Questionnaire EEQ (Garaulet, 2012)*

Cuestionario de 10 ítems que clasifica a los individuos en función de la relación entre la ingesta de alimentos y las emociones. Cada ítem contiene cuatro posibles respuestas: 0) Nunca, 1) A veces, 2) Generalmente y 3) Siempre, con puntuación de 0 a 3 respectivamente, a más bajo resultado comportamiento más saludable. Puntuación entre 0-5: comedor no emocional. Puntuación entre 6-10: comedor poco emocional.



Puntuación entre 11-20: comedor emocional. Puntuación entre 21-30: comedor muy emocional.

La escala puede dividirse en tres factores: 1) Desinhibición, que se refiere al descontrol en términos de ingesta, conformado por los ítems: 4, 5, 6, 8, 9 y 10; 2) Tipo de alimento, que son los que las personas consumen más frecuentemente en ciertas situaciones, con los ítems: 2 y 3; y 3) Culpa, sentimiento cuando los individuos miran a la báscula o cuando comen alimentos prohibidos, revisado con los ítems: 1 y 7. La consistencia interna por la alpha de Cronbach para la subescala de “Desinhibición” es de .77, para la subescala de “Tipo de alimento” es de .65 y para la subescala de “Culpa” de .61. La estabilidad test-retest es de  $r = .70$  (Garaulet et al., 2012).

## **Procedimiento**

Para la recolección de la información se empleó un cuestionario que permitió conocer los datos sociodemográficos de los participantes, incluyendo la edad, el estado civil, antecedentes de salud relacionados al sobrepeso y el registro del peso y estatura para poder determinar el índice de masa corporal. Así como también las escalas para medición de la ingesta emocional, alexitimia y afecto positivo y negativo.

Para la medición de estatura se utilizó una cinta métrica que permite medir estatura hasta de 2 metros y para el peso se empleó una báscula comercial marca “Weightcare”, para un máximo de 130 kilogramos.

Para la colección de los datos se acudió a diferentes lugares de la ciudad de Monterrey con gran concurrencia de personas: un estadio de futbol, un parque de béisbol, parques públicos, un centro comercial al aire libre, un centro de salud, un mercado rodante y una institución universitaria. Se colocó una mesa y una pequeña hielera con un anuncio visual donde se informaba que se obsequiaría una paleta de hielo al contestar una encuesta. Al acercarse la persona se le brindó a detalle el fin del estudio y si aceptaba a participar se le tomaba peso y estatura en ese momento. Se le

daba la opción al participante de contestar las evaluaciones por sí mismo o si prefería que se le ayudara leyéndolo para agilizarlo. Se utilizaron dos formatos para los cuestionarios: 1) físico, en hojas de papel y con tabla clips, y 2) digital, a través de Google Forms utilizando una tableta electrónica o el celular. Se llevó a cabo este mismo procedimiento en todos los lugares, a excepción del centro de salud, donde se invitaba a participar a las personas durante la espera de su consulta médica y obsequiando un bote de agua o una paleta al terminar los cuestionarios. Se aplicaron las encuestas a 361 personas en un lapso aproximado de 2 meses.

### *Análisis estadísticos*

Para el análisis de la información se recurrió al programa estadístico SPSS 21. Las pruebas estadísticas se realizaron en relación con los objetivos planteados.

Objetivo 1 (determinar el nivel de IMC, afecto negativo y positivo, alexitimia e ingesta emocional en los participantes del estudio). Se realizaron análisis descriptivos de frecuencias en cada una de las variables así como medidas de tendencia central y variabilidad.

Objetivo 2 (establecer las diferencias entre los grupos de sexo y de peso de las variables psicológicas). Se realizó el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney para comparar entre grupos.

Objetivo 3 (analizar la relación de las variables psicológicas afecto negativo y positivo, alexitimia e ingesta emocional con el IMC y el sexo en la muestra seleccionada). Se realizaron análisis de correlación de Spearman entre las variables psicológicas de estudio con el sexo y el IMC.

## **Aspectos éticos**

En el presente estudio se tomaron en cuenta las recomendaciones hechas por la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2010) y de la Asociación Americana de Psicología (APA) sobre los aspectos éticos para la investigación con seres humanos (APA, 2017).

En virtud de ello, se dio a los participantes la información referente a los propósitos generales del estudio, garantizando la confidencialidad de la información que se genere en el proceso.

Se solicitó la participación voluntaria, y una vez que la persona aceptó y aseguró comprender la importancia del estudio y de la necesidad de veracidad al aportar información, se proporcionó el cuestionario, en donde se solicitaba la firma de consentimiento para utilizar la información derivada del estudio con fines de investigación. Toda la información fue tratada de forma respetuosa y confidencial, manteniendo el anonimato de los datos.

## CAPÍTULO IV

### *Resultados*

Este apartado está dividido en correspondencia con los objetivos del estudio. Se inicia con la descripción de la muestra. Se continúa con los resultados de cada una de las variables revisadas. Se presentan los resultados de confiabilidad de las escalas utilizadas. Posteriormente se estudian las correlaciones con el puntaje total de las variables psicológicas con el IMC y las correlaciones por grupos de sexo y de IMC. Y por último se presentan las diferencias entre los grupos de peso y de sexo de las variables psicológicas estudiadas.

#### **Descripción de la muestra**

En la tabla 1 se detallan las características de la muestra estudiada y en la tabla 2 éstas mismas pero divididas por grupos de peso. Para la variable de nivel de educación se preguntó por el último grado de estudios completado y para la práctica de ejercicio se tomó en cuenta como realizar actividad física al menos 4 días a la semana.

Tabla 1. *Caracterización de la muestra*

Variables	Hombres (n=167)	Mujeres (n= 161)	Total (N= 328)
<b>Edad*</b>	33.42 (12.59)	35.68 (11.57)	34.53 (12.13)
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>) *</b>	26.84 (4.69)	27.84 (6.12)	27.33 (5.46)
<b>Categorías de IMC**</b>			
Normopeso	65 (38.9)	62 (38.5)	127 (38.7)
Sobrepeso	64 (38.3)	52 (32.3)	116 (35.4)
Obesidad	38 (22.8)	47 (29.2)	85 (25.9)
<b>Nivel de educación**</b>			
Primaria	4 (2.4)	31 (19.3)	35 (10.7)

Secundaria	25 (15)	48 (29.2)	72 (22)
Preparatoria	50 (29.9)	35 (21.7)	85 (25.9)
Licenciatura	63 (37.7)	37 (23)	100 (30.5)
Posgrado	25 (15)	11 (6.8)	36 (11)
<b>Nivel socioeconómico**</b>			
Bajo	27 (16.2)	79 (49.1)	106 (32.3)
Medio	140 (83.8)	82 (50.9)	222 (67.7)
<b>Hábitos nocivos**</b>			
Fumador	44 (26.3)	25 (15.5)	69 (21)
Ingesta de alcohol	118 (70.7)	49 (30.4)	167 (50.9)
<b>Práctica de ejercicio**</b>	114 (68.3)	62 (38.5)	176 (53.7)

Nota: \*Celdas representan medias y desviaciones típicas

\*\* Celdas representan frecuencias y porcentajes respecto del mismo grupo

Tabla 2. Caracterización de la muestra dividida por grupos de peso

Variables	Normopeso		Sobrepeso		Obesidad	
	H	M	H	M	H	M
<b>Edad*</b>	32.5 (13.6)	34.6 (12.6)	34.6 (12.5)	36.2 (10.4)	32.9 (11)	36.5 (11.5)
<b>Nivel de educación**</b>						
Primaria	2 (3.1)	9 (14.5)	2 (3.1)	10 (19)		12 (25)
Secundaria	16 (25)	14 (23)	5 (7.8)	19 (37)	4 (10.5)	14 (30)
Preparatoria	20 (31)	16 (26)	14 (22)	10 (19)	16 (42)	9 (19)
Licenciatura	29 (29)	18 (29)	31 (48)	11 (21)	13 (34)	8 (17)
Posgrado	8 (12)	5 (8.1)	12 (19)	2 (3.8)	5 (13)	4 (8.5)
<b>Nivel socioeconómico**</b>						
Bajo	11 (17)	23 (37)	11 (17)	29 (56)	5 (13)	27 (57)
Medio	54 (83)	39 (63)	53 (83)	23 (44)	33 (87)	20 (43)
<b>Hábitos nocivos**</b>						
Fumador	17 (26)	7 (11)	18 (28)	6 (11)	9 (23)	12 (25)

Ingesta de alcohol	39 (60)	19 (31)	48 (75)	16 (31)	31 (82)	14 (30)
<b>Práctica de ejercicio**</b>	46 (71)	29 (47)	48 (75)	19 (37)	20 (53)	14 (30)

*Nota:* H= hombre, M= mujer. \*Celdas representan medias y desviaciones típicas

\*\* Celdas representan frecuencias y porcentajes respecto del mismo grupo

## **Análisis de confiabilidad**

Para estimar la fiabilidad de la consistencia interna de los instrumentos se utilizó el Alfa de Cronbach. En la tabla 3 se presentan los estadísticos de fiabilidad correspondientes a los instrumentos. Los tres instrumentos utilizados presentan un alfa mayor a .75, lo que se considera aceptable (Campo-Arias & Oviedo, 2008). Sin embargo, las subescalas de la TAS-20 DES y PEO presentaron índices bajos.

Tabla 3. *Estadísticos de fiabilidad de las escalas para medición de las variables*

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
PANAS	.763	20
AP	.861	10
AN	.813	10
TAS-20	.791	20
DES	.429	5
DIS	.841	7
PEO	.570	8
EEQ	.840	10

## **Pruebas de bondad de ajuste**

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors para verificar si las distribuciones de las variables examinadas cumplían con las pautas de normalidad, en las tablas 4 y 5 se presentan los estadísticos. Cabe señalar que se

decidió hacer los análisis únicamente con dos grupos de peso: normopeso y los de sobrepeso y obesidad como uno solo.

Tabla 4. *Pruebas de normalidad con los factores de grupos de sexo*

	K-S		<i>p</i>	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Afecto Positivo	.079	.087	<b>.013</b>	<b>.004</b>
Afecto Negativo	.101	.098	<b>.000</b>	<b>.001</b>
Alexitimia	.058	.051	.200	.200
DES	.107	.105	<b>.000</b>	<b>.000</b>
DIS	.140	.109	<b>.000</b>	<b>.000</b>
PEO	.120	.081	<b>.000</b>	<b>.000</b>
Comedor Emocional	.156	.122	<b>.000</b>	<b>.012</b>

*Nota:* K-S= Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Tabla 5. *Pruebas de normalidad con los factores de grupos de peso*

	Normopeso		Sobrepeso y Obesidad	
	K-S	<i>p</i>	K-S	<i>p</i>
Afecto Positivo	.072	.173	.099	<b>.000</b>
Afecto Negativo	.100	<b>.003</b>	.095	<b>.000</b>
Alexitimia	.080	<b>.043</b>	.055	.200
DES	.090	<b>.014</b>	.085	<b>.001</b>
DIS	.116	<b>.000</b>	.132	<b>.000</b>
PEO	.087	<b>.019</b>	.103	<b>.000</b>
Comedor Emocional	.123	<b>.000</b>	.146	<b>.000</b>

*Nota:* K-S= Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Debido a que la mayoría de las variables analizadas no se ajustan a una distribución normal, se decide utilizar pruebas no paramétricas para los análisis de contraste y de relación (Landeró & González, 2006).

## Variables

En relación al objetivo 1 se analizaron las variables psicológicas de: afecto positivo, afecto negativo, alexitimia e ingesta emocional, las cuales se pueden puntuar en diferentes grados o factores. En las tablas 6 y 7 se muestran los valores encontrados en los participantes.

Tabla 6. *Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables psicológicas*

Variables	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Afecto Positivo Bajo	136	41.5	55	32.9	81	50.3
Afecto Positivo Alto	192	58.5	112	67.1	80	49.7
Afecto Negativo Bajo	181	55.2	97	58.1	84	52.2
Afecto Negativo Alto	147	44.8	70	41.9	77	47.8
Alexitimia Baja	70	21.3	42	25.1	28	17.4
Alexitimia Intermedia	235	71.6	116	69.5	119	73.9
Alexitimia Alta	23	7.0	9	5.4	14	8.7
Comedor Emocional						
Bajo	232	70.7	130	77.8	102	63.4
Comedor Emocional						
Alto	96	29.3	37	22.2	59	36.6

Tabla 7. *Medias y desviaciones estándar de las variables psicológicas*

Variables	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	DE	<i>M</i>	DE	<i>M</i>	DE
Afecto Positivo	33.4	7.0	34.8	6.7	31.9	7.1
Afecto Negativo	19.4	6.2	18.9	5.9	19.9	6.5
Alexitimia	95.6	13.8	93.6	12.6	97.7	14.7
DES	6.9	3.5	6.8	3.3	7.0	3.6
DIS	14.1	5.9	13.0	5.4	15.2	6.2



PEO	.48	5.0	.04	4.8	.94	5.3
Comedor Emocional	8.5	5.9	7.6	5.6	9.3	6.2

*Nota:* DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado.

Al dividir las variables psicológicas por grupos de peso y sexo, se encontró que en la variable de afecto positivo, hombres y mujeres del grupo de sobrepeso y obesidad salieron altos. Para la variable de alexitimia, predominó en el rango intermedio en ambos grupos de peso. En cuanto a la ingesta emocional, prevalecieron los niveles bajos, sin embargo se puede resaltar que en el nivel alto de ésta las mujeres sobresalieron (ver tablas 8 y 9).

Tabla 8. *Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables psicológicas por grupos de peso y sexo*

Variables	Normopeso		Sobrepeso y Obesidad	
	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)
AP Bajo	25 (38.5)	31 (50)	30 (29.4)	50 (50.5)
AP Alto	40 (61.5)	31 (50)	72 (70.6)	49.5 (49.5)
AN Bajo	36 (55.4)	33 (53.2)	61 (59.8)	51 (51.5)
AN Alto	29 (44.6)	29 (46.8)	41 (40.8)	48 (48.5)
AL Baja	15 (23.1)	16 (25.8)	27 (26.5)	12 (12.1)
AL Int	44 (67.7)	41 (66.1)	72 (70.6)	78 (78.8)
AL Alta	6 (9.2)	5 (8.1)	3 (2.9)	9 (9.1)
CE Bajo	56 (86.2)	41 (66.1)	74 (72.5)	61 (61.6)
CE Alto	9 (13.8)	21 (33.8)	28 (27.5)	38 (38.4)

*Nota:* AP= Afecto Positivo, AN= Afecto Negativo, AL= Alexitimia, CE= Comedor Emocional

Tabla 9. *Medias y desviaciones estándar de las variables psicológicas por grupos de peso y sexo*

Variables	Normopeso		Sobrepeso y Obesidad	
	Hombres M (DE)	Mujeres M (DE)	Hombres M (DE)	Mujeres M (DE)
Afecto Positivo	34.4 (7.6)	32.7 (7.2)	35.1 (6.1)	31.4 (7.0)
Afecto Negativo	19.4 (6.5)	17.3 (4.6)	18.6 (5.5)	19.9 (6.5)
Alexitimia	94.8 (13.9)	96.2 (14.0)	92.9 (11.6)	98.7 (15.1)
DES	7.3 (3.5)	6.7 (3.2)	6.5 (3.2)	7.3 (3.9)
DIS	13.9 (6.0)	14.5 (6.0)	12.6 (4.9)	15.6 (6.3)
PEO	-.28 (5.2)	.66 (5.1)	.25 (4.5)	1.1 (5.4)
Comedor				
Emocional	6.6 (4.5)	8.4 (5.7)	8.3 (6.1)	9.9 (6.4)

*Nota:* DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado.

### Diferencias entre grupos

Para responder al objetivo 2 y establecer las diferencias entre los grupos de peso y de sexo con las variables psicológicas revisadas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. En el contraste de grupos de peso se pudo observar diferencia significativa en la variable del comedor emocional (ver tabla 10).

Tabla 10. *Prueba U de muestras independientes de las variables psicológicas en los grupos de peso*

	U Mann-Whitney	Z	p
Afecto Positivo	12593.5	-.203	.839
Afecto Negativo	12404	-.430	.667
Alexitimia	12420	-.411	.681
DES	12479	-.411	.733

DIS	1261.5	-.173	.863
PEO	11810	-1.143	.253
Comedor Emocional	11073.5	-2.024	<b>.043</b>

*Nota:* DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado.

En el contraste de grupos de sexo se encontró diferencia en las variables de afecto positivo, alexitimia y del comedor emocional (ver tabla 11).

Tabla 11. *Prueba U de muestras independientes de las variables psicológicas en los grupos de sexo*

	U Mann-Whitney	Z	p
Afecto Positivo	10323	-3.639	<b>.000</b>
Afecto Negativo	12394	-1.224	.221
Alexitimia	11167	-2.653	<b>.008</b>
DES	12907.5	-.627	.531
DIS	10714.5	-3.187	<b>.001</b>
PEO	12429	-1.185	.236
Comedor Emocional	11188	-2.633	<b>.008</b>

*Nota:* DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado.

## Correlaciones

Para dar respuesta al objetivo 3, se utilizó el estadístico de correlación de Spearman entre las variables psicológicas de estudio para analizar su relación con el sexo y el índice de masa corporal (IMC). Se optó por esta prueba estadística debido a que no se encontró normalidad en las variables de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov (ver tablas 4 y 5).

Se encontraron correlaciones significativas entre la variable de sexo con afecto positivo, alexitimia, el factor de dificultad para identificar sentimientos y el comedor emocional, así como también correlación significativa entre IMC y el comedor emocional (ver tabla 12).

Tabla 12. *Coefficiente de correlación del total de la muestra (N= 328)*

	Sexo	IMC
	$r_s$	$r_s$
Afecto Positivo	<b>-.201**</b>	-.054
Afecto Negativo	.068	.048
Alexitimia (puntaje T)	<b>.147**</b>	.075
F. Dificultad para Expresar Sentimientos	.035	.047
F. Dificultad para Identificar Sentimientos	<b>.176**</b>	.053
F. Pensamiento Externamente Orientado	.066	.046
Comedor Emocional	<b>.146**</b>	<b>.193**</b>

Nota: \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 13 se puede observar que las variables psicológicas analizadas presentaron relación entre ellas. El afecto negativo muestra relación significativa con el afecto positivo, la alexitimia y el comedor emocional. La alexitimia se relaciona con el afecto negativo y el comedor emocional, y el comedor emocional a su vez se relaciona con el afecto negativo y la alexitimia.

Tabla 13. *Coefficiente de correlación de las variables psicológicas*

	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Alexitimia	Comedor Emocional
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
Afecto Positivo	1.000			
Afecto Negativo	<b>-.109*</b>	1.000		
Alexitimia	-.064	<b>.358**</b>	1.000	

Comedor Emocional	-0.055	<b>.234**</b>	<b>.176**</b>	1.000
-------------------	--------	---------------	---------------	-------

Nota: \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En el grupo de los hombres se encontró relación significativa del afecto positivo con el factor DIS de forma negativa, también del afecto negativo con la alexitimia (y todos sus factores) y con el comedor emocional, el factor DIS con todas las variables excepto con la de PEO, así como también el comedor emocional con el factor DIS (ver tabla 14).

Tabla 14. *Correlación de las variables psicológicas en hombres (n=167)*

	AP	AN	AL	DES	DIS	PEO	CE
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
AP	1.000						
AN	-.115	1.000					
AL	-.063	<b>.330**</b>	1.000				
DES	-.029	<b>.267**</b>	<b>.835**</b>	1.000			
DIS	<b>-.260**</b>	<b>.318**</b>	<b>.753**</b>	<b>.602**</b>	1.000		
PEO	.144	<b>.165*</b>	<b>.614**</b>	<b>.348**</b>	.078	1.000	
CE	-.070	<b>.207**</b>	.124	.106	<b>.202**</b>	-.016	1.000

Nota: AP= Afecto Positivo, AN= Afecto Negativo, AL= Alexitimia, DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado, CE= Comedor Emocional, \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En el grupo de las mujeres también se encontró relación significativa del afecto positivo con el factor DIS de forma negativa, además con el factor PEO. Así también el afecto negativo con la alexitimia (y sus factores DES y DIS) y el comedor emocional, además de relación de la alexitimia, con todos sus factores y con el comedor emocional. El factor DES mostró relación con todas las variables excepto con el AP y el factor DIS con todas las variables a excepción del comedor emocional (ver tabla 15).

Tabla 15. *Correlación de las variables psicológicas en mujeres (n=161)*

	AP	AN	AL	DES	DIS	PEO	CE
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
AP	1.000						
AN	-.074	1.000					
AL	-.009	<b>.379**</b>	1.000				
DES	.008	<b>.295**</b>	<b>.767**</b>	1.000			
DIS	<b>-.188*</b>	<b>.478**</b>	<b>.802**</b>	<b>.523**</b>	1.000		
PEO	<b>.200*</b>	.078	<b>.693**</b>	<b>.370**</b>	<b>.266**</b>	1.000	
CE	.022	<b>.236**</b>	<b>.163*</b>	<b>.211*</b>	.119	.041	1.000

*Nota:* AP= Afecto Positivo, AN= Afecto Negativo, AL= Alexitimia, DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado, CE= Comedor Emocional, \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Del grupo de personas con normopeso se encontró relación del afecto positivo con el factor DIS de forma negativa y con el factor PEO. El afecto negativo tuvo relación con la alexitimia (y todos sus factores) y con el comedor emocional. El factor DES no tuvo relación significativa con el AP y con el CE. Y los factores DIS y PEO mostraron relación con todas las variables a excepción de con el comedor emocional (ver tabla 16).

Tabla 16. *Correlación de las variables psicológicas en el grupo de normopeso (n= 127)*

	AP	AN	AL	DES	DIS	PEO	CE
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
AP	1.000						
AN	-.104	1.000					
AL	.033	<b>.407**</b>	1.000				
DES	.018	<b>.284**</b>	<b>.794**</b>	1.000			
DIS	<b>-.238**</b>	<b>.450**</b>	<b>.770**</b>	<b>.525**</b>	1.000		

PEO	<b>.282**</b>	<b>.192*</b>	<b>.700**</b>	<b>.418**</b>	<b>.225*</b>	1.000	
CE	.017	<b>.275**</b>	.079	.050	.102	.016	1.000

*Nota:* AP= Afecto Positivo, AN= Afecto Negativo, AL= Alexitimia, DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado, CE= Comedor Emocional, \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En el grupo de personas con sobrepeso y obesidad el afecto positivo presentó relación negativa con el factor DIS. El afecto negativo tuvo relación con la alexitimia (y los factores DES y DIS) y con el comedor emocional. El factor DES con todas las variables a excepción del AP, y el factor DIS con todas las variables (ver tabla 17).

Tabla 17. *Correlación de las variables psicológicas en el grupo de sobrepeso y obesidad (n= 201)*

	AP	AN	AL	DES	DIS	PEO	CE
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
AP	1.000						
AN	-.104	1.000					
AL	-.132	<b>.325**</b>	1.000				
DES	-.037	<b>.284**</b>	<b>.797**</b>	1.000			
DIS	<b>-.275**</b>	<b>.368**</b>	<b>.795**</b>	<b>.576**</b>	1.000		
PEO	.079	.082	<b>.620**</b>	<b>.327**</b>	<b>.152*</b>	1.000	
CE	-.094	<b>.216**</b>	<b>.231**</b>	<b>.250**</b>	<b>.243**</b>	.025	1.000

*Nota:* AP= Afecto Positivo, AN= Afecto Negativo, AL= Alexitimia, DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado, CE= Comedor Emocional, \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Al dividir por sexo los grupos de peso se puede ver que existe relación en el grupo de los hombres con normopeso en el afecto positivo con el factor DIS de manera negativa y con el factor de PEO, también del afecto negativo con la alexitimia (y todos

sus factores) y el comedor emocional, y el factor DES con el factor DIS y PEO (ver tabla 18).

Tabla 18. *Correlación de las variables psicológicas en hombres en el grupo de normopeso (n=65)*

	AP	AN	AL	DES	DIS	PEO	CE
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
AP	1.000						
AN	-.075	1.000					
AL	.037	<b>.441**</b>	1.000				
DES	.009	<b>.290**</b>	<b>.820**</b>	1.000			
DIS	<b>-.283*</b>	<b>.388**</b>	<b>.745**</b>	<b>.533**</b>	1.000		
PEO	<b>.286*</b>	<b>.306*</b>	<b>.675**</b>	<b>.432**</b>	.161	1.000	
CE	.089	<b>.278*</b>	.096	.096	.130	.020	1.000

*Nota:* AP= Afecto Positivo, AN= Afecto Negativo, AL= Alexitimia, DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado, CE= Comedor Emocional, \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En el grupo de las mujeres con normopeso se encontró relación significativa entre el afecto positivo con el factor PEO, el afecto negativo con la alexitimia y los factores DES y DIS, y con el comedor emocional. Los factores DES y DIS no mostraron relación con el AP y ni con el CE (ver tabla 19).

Tabla 19. *Correlación de las variables psicológicas en mujeres en el grupo de normopeso (n=62)*

	AP	AN	AL	DES	DIS	PEO	CE
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
AP	1.000						
AN	-.130	1.000					
AL	.062	<b>.378**</b>	1.000				



DES	-.015	<b>.272*</b>	<b>.780**</b>	1.000			
DIS	-.138	<b>.523**</b>	<b>.796**</b>	<b>.549**</b>	1.000		
PEO	<b>.292*</b>	.075	<b>.724**</b>	<b>.411**</b>	<b>.300*</b>	1.000	
CE	-.046	<b>.267*</b>	.039	.009	.036	-.011	1.000

*Nota:* AP= Afecto Positivo, AN= Afecto Negativo, AL= Alexitimia, DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado, CE= Comedor Emocional, \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En el grupo de hombres con sobrepeso y obesidad se encontró relación negativa del afecto positivo con el factor DIS, también hay relación del afecto negativo con la alexitimia y con los factores DES y DIS. El factor DIS se relacionó con todas las variables, excepto con el factor PEO (ver tabla 20).

Tabla 20. *Correlación de las variables psicológicas en hombres en el grupo de sobrepeso y obesidad (n=102)*

	AP	AN	AL	DES	DIS	PEO	CE
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
AP	1.000						
AN	-.134	1.000					
AL	-.153	<b>.245*</b>	1.000				
DES	-.060	<b>.249*</b>	<b>.846**</b>	1.000			
DIS	<b>-.242*</b>	<b>.261**</b>	<b>.761**</b>	<b>.646**</b>	1.000		
PEO	.023	.061	<b>.576**</b>	<b>.303**</b>	.034	1.000	
CE	-.179	.186	.135	.127	<b>.249*</b>	-.044	1.000

*Nota:* AP= Afecto Positivo, AN= Afecto Negativo, AL= Alexitimia, DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado, CE= Comedor Emocional, \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En el grupo de las mujeres con sobrepeso y obesidad se encontró relación negativa del afecto positivo con el factor DIS, el afecto negativo se relacionó con la

alexitimia, los factores DES y DIS y con el comedor emocional. El factor DIS tuvo relación con todas las variables, y el factor DES solo no presentó relación significativa con el AP (ver tabla 21).

Tabla 21. *Correlación de las variables psicológicas en mujeres en el grupo de sobrepeso y obesidad (n=99)*

	AP	AN	AL	DES	DIS	PEO	CE
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
AP	1.000						
AN	-.042	1.000					
AL	-.048	<b>.372**</b>	1.000				
DES	.034	<b>.299**</b>	<b>.755**</b>	1.000			
DIS	<b>-.218*</b>	<b>.461**</b>	<b>.799**</b>	<b>.501**</b>	1.000		
PEO	.156	.078	<b>.657**</b>	<b>.339**</b>	<b>.225*</b>	1.000	
CE	.079	<b>.206*</b>	<b>.211*</b>	<b>.314*</b>	.153	.045	1.000

*Nota:* AP= Afecto Positivo, AN= Afecto Negativo, AL= Alexitimia, DES= Factor Dificultad para Expresar Sentimientos, DIS= Factor Dificultad para Identificar Sentimientos, PEO= Factor Pensamiento Externamente Orientado, CE= Comedor Emocional, \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), \*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

## **CAPÍTULO V**

### ***Discusión y Conclusiones***

Este estudio se realizó para explorar la presencia y la relación del afecto positivo y negativo, la alexitimia y la ingesta emocional con diferentes grados de peso en personas del área metropolitana de Monterrey. Los resultados de esta investigación permiten formular conclusiones sobre los datos presentados los cuales se describen a continuación en el orden de los objetivos planteados.

Con referencia a los objetivos 1 y 2, se pudo observar que las variables de afecto positivo alto y afecto negativo bajo predominan en la muestra, esto quiere decir que los participantes de forma general presentan una emocionalidad positiva y placentera. Además en el contraste de grupos por sexo se encontró que los hombres presentan mayor afecto positivo alto, y las mujeres un mayor afecto positivo bajo. Esto es similar a lo encontrado por van Strien et al. (2016), donde se ha asociado en mujeres el afecto positivo bajo con la ingesta emocional. Con respecto al afecto negativo, no se encontraron niveles significativos como para caracterizar a la muestra, incluso en la comparativa por grupos de peso. Esto difiere de algunas investigaciones, pues se ha encontrado mayor afecto negativo en las personas con obesidad al compararse con las de normopeso (Carr, Friedman & Jaffe, 2007; Jansen et al., 2008; Pasco et al., 2013).

La variable alexitimia predominó en un nivel intermedio en hombres y mujeres, sin embargo se mostró con niveles más altos en las mujeres, incluyendo el factor de dificultad para identificar sentimientos. Esto difiere de algunas investigaciones pues se han encontrado características más alexitímicas en los hombres, principalmente el pensamiento externamente orientado (Larsen et al., 2006; Moral, 2005; Perry & Hayaki, 2014), esto es que tienen tendencia a enfocar la atención externamente, con falta de

introspección y de análisis psicológico de los hechos, de los propios sentimientos y de su comportamiento. Además, en el contraste por grupos de peso no se encontró diferencia, lo cual también difiere con algunas investigaciones donde se ha encontrado que las personas obesas tienen menor conciencia de sus emociones que las personas con normopeso (Rommel et al., 2012).

Con respecto a la ingesta emocional, en la muestra predominaron los niveles bajos, incluso en la división por sexo y por grupos de peso. Esto difiere de algunas investigaciones (Dressler & Smith, 2013; Geliebter & Aversa, 2003; Lazarevich et al., 2016; Rommel et al., 2012; van Strien et al., 2016) que han reportado alta presencia de ingesta emocional en obesos, especialmente en mujeres. Sin embargo, a pesar de estos bajos resultados, en el contraste por sexo sí existe diferencia significativa, con niveles más altos en las mujeres, y es similar a los hallazgos de Ramos-Rosales, González-Alcántara y Silva (2016). Así como también en el contraste por grupos de peso fue esta variable la única que presentó diferencia, siendo más altos los niveles en el grupo de sobrepeso y obesidad, siendo esto como lo previamente mencionado que se ha encontrado en la literatura y en múltiples investigaciones: las personas con obesidad son más propensas a la ingesta emocional.

Acerca del objetivo 3, se encontró relación del sexo con las variables de alexitimia y de ingesta emocional, esto va de acuerdo con la literatura respecto a que las personas con dificultad para identificar o expresar emociones buscarán alguna forma de manejar la angustia emocional, y en este caso a través de la comida (Crockett et al., 2015; Perez-Luna, 2014). Y en cuanto a la ingesta emocional, diversas investigaciones han encontrado esta conducta en relación con la alexitimia en mujeres (Pinaquy et al., 2003; Rommel et al., 2012). También se encontró que el afecto positivo se relaciona con el sexo masculino, lo cual refleja que experimentan con facilidad sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, u otros estados positivos. El IMC correlacionó significativamente con la ingesta emocional, a pesar de que en las tablas de frecuencia no se mostró en la mayoría de la muestra, coincide con lo que la teoría y diversas investigaciones han encontrado, en donde a mayor IMC mayor nivel de

ingesta emocional (Dressler & Smith, 2013; Geliebter & Aversa, 2003; Lazarevich et al., 2016; Rommel et al., 2012; van Strien et al., 2016).

Asimismo tanto en hombres como en mujeres, la variable de afecto negativo correlacionó positivamente con la alexitimia y la ingesta emocional. Esto coincide con lo revisado por Vinai et al. (2015) donde la alexitimia se ha visto relacionada con la depresión y ansiedad, sugiriéndola como un constructo multidimensional que responde a factores estresantes situacionales. Así como también se ha visto la relación del afecto negativo con la ingesta emocional, pues ésta se caracteriza por comer en respuesta a emociones negativas para disminuirlas (van Strien et al., 2012). Sin embargo, solo en el grupo de las mujeres se encontró la relación de la alexitimia con la ingesta emocional, coincidiendo con la base de la teoría psicósomática, donde la ingesta emocional es consecuencia de la incapacidad para distinguir el hambre de otros estados internos aversivos (Konttinen et al., 2010).

Con respecto a los grupos de peso se decidió dividir solo entre dos grupos: normopeso y sobrepeso/obesidad. En ambos grupos se encontró correlación entre el afecto negativo con la alexitimia y la ingesta emocional, lo cual coincide con lo ya descrito anteriormente encontrado en otras investigaciones. No obstante, en el grupo de sobrepeso/obesidad se encontró correlación entre la alexitimia y la ingesta emocional, lo cual quiere decir que en este tipo de personas a mayores niveles de alexitimia mayor tendencia a la ingesta como respuesta a emociones negativas, similar a lo encontrado por Rommel et al. (2012) donde mujeres obesas presentaron rasgos alexitímicos y de ingesta emocional.

En la división por sexo de los grupos de peso, en el grupo de normopeso fueron las mismas correlaciones encontradas del afecto negativo con alexitimia e ingesta emocional en hombres y mujeres. Empero, es importante señalar que en el grupo de hombres con sobrepeso y obesidad no hubo relación significativa con la ingesta emocional, solo del afecto negativo con la alexitimia. Esto difiere de los hallazgos de Larsen et al. (2006) quienes examinaron diferencias entre hombres y mujeres con

obesidad, encontrando que las características de alexitimia están más fuertemente asociadas con la ingesta emocional en hombres que en las mujeres.

En conclusión, los participantes presentaron en general una emocionalidad positiva y placentera, mayormente reflejada por los hombres. Las características de alexitimia fueron más frecuentes en mujeres que en hombres. Y contrariamente a lo esperado, la ingesta emocional no fue un comportamiento sobresaliente en la muestra, sin embargo se presenta más en las mujeres con sobrepeso y obesidad. Como hipótesis se puede sugerir que debido al nivel socioeconómico de los participantes no es significativa la presencia de ingesta emocional, pues antes de recurrir a la comida como afrontamiento, quizás la población estudiada busca primero cubrir las necesidades alimentarias para subsistir, y los tipos de alimento de más fácil acceso para esto son de tipo hipercalórico por ser más “rendidores” y económicos, contribuyendo al aumento de peso.

A pesar de no presentarse con gran frecuencia en la muestra, se coincide con la teoría y literatura revisada de la relación entre el sexo, la ingesta emocional y la alexitimia, ya que ante la dificultad de expresar o distinguir las emociones se presenta la conducta de comer como respuesta a ellas y es más frecuente en mujeres. Además, en la relación encontrada entre el IMC y la ingesta emocional, esta conducta es más frecuente en personas con sobrepeso/obesidad. Algo a resaltar es que en los hombres se encontró mayor emocionalidad positiva y placentera, manifestada a través de motivación, energía, sentimientos de dominio, logro o éxito. Y en la relación de las variables con los grupos de sexo y peso, lo sobresaliente es que en el grupo de los hombres no se encontró relación con la ingesta emocional, por lo que se plantea como hipótesis que la ingesta de alcohol puede contribuir en el exceso de peso, pues igual al haber relación entre el afecto negativo y la alexitimia, en vez de ingerir alimento ante la activación emocional y no saber identificarlo o expresarlo, se tiende a la ingesta de alcohol. Finalmente, se concluye que los hombres presentaron mayor afectividad positiva que las mujeres, y éstas presentan mayores niveles de alexitimia y de ingesta emocional.

Los hallazgos de este trabajo de investigación permiten sugerir la influencia de características psicológicas en la sobreingesta alimentaria en la población con sobrepeso y obesidad. Sin embargo, puede haber otros factores no examinados en este estudio que también pudieran influir en el fenómeno del aumento de peso. Se recomienda para futuras investigaciones tomar en cuenta el factor de consumo de alcohol, pues a pesar de que se obtuvo este dato, no fue tan específico en cuanto al tipo, frecuencia y cantidad de ingesta, lo cual se conoce que contribuye al aumento de peso por su alto contenido calórico.

A la vez que este proyecto contó con una muestra equitativa por sexo y grupos de peso, se debe considerar que al tratarse de un limitado estrato socioeconómico, esto puede sesgar los resultados. Es por ello que se sugiere que en próximas investigaciones se amplíe el tamaño de la muestra e indagar en diferentes niveles socioeconómicos.

El tipo de metodología elegida, así como la naturaleza de la muestra y uno de los instrumentos de evaluación, impusieron limitaciones. La metodología utilizada para aplicar los instrumentos de auto reporte pudo haber influido con el factor de deseabilidad social, pues se tomaron datos de peso y talla y se evaluó con preguntas de hábitos alimentarios. Otro aspecto que también pudo haber influido es que al tratarse de personas con bajo nivel de educación –en su mayoría-, solicitaban que se les ayudara a leer y contestar el instrumento, sin dar espacio a una completa privacidad. Además debemos advertir que el instrumento de ingesta emocional elegido no es de los más utilizados para evaluar esta variable, por lo que se supone que esto puede haber diferido en los resultados encontrados incluso en otros estudios que abordan la misma variable.

A pesar de estas limitaciones, este estudio presenta hallazgos acerca de la ingesta emocional en la población regiomontana, un tema poco explorado en nuestro país, hasta donde se tiene conocimiento. Estos resultados pueden contribuir a la mejora de la intervención en obesidad, pues no hay que olvidar que este padecimiento

es de origen multifactorial, y como tal, es necesaria una intervención multidisciplinaria, donde la psicología juega un papel importante para la prevención y para el tratamiento del exceso de peso que está poniendo en riesgo la salud de la población.



## Referencias

- Alcover, C. M., Moriano, J. A., Osca, A., & Topa, G. (2012). *Psicología del Trabajo*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=llQdG1UMldwC&pg=PT186&lpg=PT186&dq=afecto+como+estado+y+afecto+como+rasgo&source=bl&ots=7bvTRbyVsF&sig=0oxgus5600TXmM0550UnZHQ5kOI&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiimYC99r\\_TAhUJw1QKHePWDmAQ6AEIOTAC#v=onepage&q=afecto%20como%20estado%20y%20afecto%20como%20rasgo&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=llQdG1UMldwC&pg=PT186&lpg=PT186&dq=afecto+como+estado+y+afecto+como+rasgo&source=bl&ots=7bvTRbyVsF&sig=0oxgus5600TXmM0550UnZHQ5kOI&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiimYC99r_TAhUJw1QKHePWDmAQ6AEIOTAC#v=onepage&q=afecto%20como%20estado%20y%20afecto%20como%20rasgo&f=false)
- Amancio, O., Ortigoza, J. L., & Durante, I. (2007). *El ejercicio actual de la medicina: Obesidad*. Recuperado de [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/may\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html)
- American Psychological Association [APA] (2017). *Ethical principles of psychologist and code of conduct*. Recuperado de: <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Anger, V., & Katz, M. (2015). Relación entre IMC, emociones percibidas, estilo de ingesta y preferencias gustativas en una población de adultos. *Actualización en Nutrición*, 16(1), 31-36.
- Annesi, J. J., Marenco, N., & McEwen, K. (2016). Psychosocial predictors of emotional eating and their weight-loss treatment-induced changes in women with obesity. *Eating and Weight Disorders*, 21(2), 289-295. doi: 10.1007/s40519-015-0209-9
- Bagby, R. M., Quilty L. C., Taylor, G. J., Grabe, H. J., Luminet, O., Verissimo, R.,... Vanheule, S. (2009). Are there subtypes of alexithymia? *Personality and Individual Differences*, 47(5), 413-418. doi: 10.1016/j.paid.2009.04.012

- Balsa, M. P. (2014). Actitud hacia la ingesta y peso corporal. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 12(4), 181-188. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2014/am144b.pdf>
- Barrera-Cruz, A., Rodríguez-González, A., & Molina-Ayala, M. A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133k.pdf>
- Beccuti, G., & Pannain, S. (2011). Sleep and obesity. *Curr Opin Nutr Metab Care*, 14(4), 402-412. doi: 10.1097/MCO.0b13e3283479109
- Bennett, J., Greene, G., & Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60(1). doi: 10.1016/j.appet.2012.09.023
- Berger, S. S., Elliot, C., Ranzenhofer, L., Shomaker, L. B., Hannallah, L., Field, S. E.,... Tanofsky-Kraff, M. (2014). Interpersonal problem areas and alexithymia in adolescent girls with loss of control eating. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 170-178. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.005
- Bongers, P., & Jansen, A. (2016). Emotional eating is not what you think it is and emotional eating scales do not measure what you think they measure. *Frontiers in Psychology*, 7(1932), 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01932
- Bongers, P., Jansen, A., Havermans, R., Roefs, A., & Nederkoorn, C. (2013). Happy eating. The underestimated role of overeating in a positive mood. *Appetite*, 67, 74-80. doi:10.1016/j.appet.2013.03.017
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839. Recuperado de: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf)

- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioral Processes*, 60(2), 157-164. doi:10.1016/S0376-6357(02)00082-7
- Carbajal, A. (2013). *Manual de Nutrición y Dietética*. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/22755/1/Manual-nutricion-dietetica-CARBAJAL.pdf>
- Cardi, V., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behavior: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 57, 299-309. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.08.011
- Carr, D., Friedman, M. A., & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms. *Body Image*, 4, 165-177. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.02.004
- Crockett, A. C., Myhre, S. K., & Rokke, P. D. (2015). Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 670-680. doi:10.1177/1359105315573439
- Dressler, H., & Smith, C. (2013). Food choice, eating behavior, and food liking differs between lean/normal and overweight/obese, low-income women. *Appetite*, 65, 145-152. doi: 10.1016/j.appet.2013.01.013
- Evers, C., Adriaanse, M., de Ridder, D. T. D., & de Witt, J. C. (2013). Good mood food. Positive emotion as a neglected trigger for food intake. *Appetite*, 68, 1-7. doi:10.1016/j.appet.2013.04.007
- Flier, J. S., & Maratos-Flier, E. (2012). Biología de la obesidad. En D. L. Longo, D. L. Kasper, J. L. Jameson, A. S. Fauci, S.L. Hauser, & J. Loscalzo. (Eds), *Harrison principios de medicina interna* (622-628). Nueva York, Estados Unidos: Mc Graw Hill.
- Gardner, M. P., Wansink, B., Kim, J., & Park, S.-B. (2014). Better moods for better eating?: How mood influences food choice. *Journal of Consumer Psychology*, 24(3), 320-335. doi: 10.1016/j.jcps.2014.01.002

- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimera, G., Sánchez-Carracedo, D., & Corbalán-Tutau, M. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 645-651. doi:10.3305/nh.2012.27.2.5659
- Garaulet, M., & Gómez-Abellán, P. (2013). Chronobiology and obesity. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 114-120. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28s5/13articulo13.pdf>
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight and underweight individuals. *Eating Behaviors* 3, 341-347. doi:10.1016/S1471-0153(02)00100-9
- Gracia, M. (2010). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. *Gaceta Médica de México*, 146(6), 389-396. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm106f.pdf>
- Guzmán, M. E., Castillo, A., & García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. A. Morales (Ed.), *Obesidad Un enfoque multidisciplinario* (pp. 201-218). Pachuca, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Hemmingson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity reviews* 15, 769-779. doi: 10.1111/obr.12197
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [ENSANUT, 2012]. Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT, 2012]. Resultados por Entidad Federativa*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 [ENSANUT MC, 2016]. Informe final de resultados*. México: Instituto Nacional de Salud Pública
- Jansen, A., Vanreyten, A., van Balveren, T., Roefs, A., Nederkoorn, C., & Havermans, R. (2008). Negative affect and cue-induced overeating in non-eating disordered obesity. *Appetite*, *51*, 556-562. doi:10.1016/j.appet.2008.04.009
- Jáuregui-Lobera, I., García-Cruz, P., Carbonero-Carreño, R., Magallares, A., & Ruíz-Prieto, I. (2014) Psychometric Properties of Spanish Version of the Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (Rfeq-Sp) and Its Relationship with Some Eating- and Body Image-Related Variables. *Nutrients*, *6*(12), 5619-5635. doi: 10.3390/nu6125619
- Keller, C., & Siegrist, M. (2015). Ambivalence toward palatable food and emotional eating predict weight fluctuations. Results of a longitudinal study with four waves. *Appetite*, *85*, 138-145. doi: 10.1016/j.appet.2014.11.024
- Kobayashi, D., Takahashi, O., Deshpande, G. A., Shimbo, T., & Fukui, T. (2012). Association between weight gain, obesity, and sleep duration: a large-scale 3-year cohort study. *Sleep and Breathing*, *16*(3), 829-833. doi: 10.1007/s11325-011-0583-0
- Kontinnen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, *54*, 473-479. doi:10.1016/j.appet.2010.01.014
- Landero, R., & González, M. T. (Eds.) (2006). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México: Trillas.
- Larrañaga, A., & García-Mayor, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina Clínica (Barc)*, *129*(10), 387-391. Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13110213&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=2&ty=156&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v129n10a13110213pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13110213&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=156&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v129n10a13110213pdf001.pdf)

- Larsen, J., Van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of psychosomatic research*, 60, 237-243. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.07.006
- Lazarevich, I., Irigoyen, M. E., Velázquez-Alva, M. C., & Zepeda, M. (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, 107, 639-644. doi:10.1016/j.appet.2016.09.011
- Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M. E., Velázquez-Alva, M. C., & Salinas-Ávila, J. (2015). Psychometric characteristics of the Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire and obesity in Mexican university students. *Nutrición Hospitalaria*, 31(6), 2437-2444. doi: 10.3305/nh.2015.31.6.8960
- López, J., & Garcés de los Fayos, E. (2012). Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinaria. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1810-1816. doi: 10.3305/nh.2012.27.6.5882
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11. doi: 10.1016/j.appet.2007.07.002
- Mönckeberg, F., & Muzzo, S. (2015). La desconcertante epidemia de obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 96-102. doi: 10.4067/S0717-75182015000100013
- Moral, J. (2008). Propiedades Psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Reactivos en México. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 11(2), 97-114. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/18555/17613>
- Moral, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Ciencia Ergo Sum*, 18(2), 117-125. doi: 10.5294/dika.2016.25.1.2
- Morales, J. (Ed.) (2010). *Obesidad un enfoque multidisciplinario*. Pachuca, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- Moreno, M. (2012). Definición y Clasificación de la Obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70288-2.
- National Institute of Health [NIH] (2017). *Sobrepeso y Obesidad Causas*. Recuperado de: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/obe/causes>
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(21), 1-14. doi: 10.1186/2050-2974-1-21
- O'Connor, D. B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B., & Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology*, 27(1), 20-31. doi: doi: 10.1037/0278-6133.27.1.S20
- Oberst, U., & Lizeretti, N. P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 60(4), 5-22. Recuperado de <http://www.oberst.es/documentos/OberstLizeretti.pdf>
- Oda-Montecinos, C., Saldaña, C., & Andrés-Valle, A. (2015). Comportamientos alimentarios cotidianos y anómalos en una muestra comunitaria de adultos chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 32(2), 590-599. doi:10.3305/nh.2015.32.2.9171
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating. From healthy to disordered behavior*. Chichister, United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Olstad, S., Somen, S., Hjemdal, O., & Hagen, R. (2015). Metacognition in eating disorders: comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating Behaviors*, 16, 17-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.019>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Nota descriptiva N° 311: Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Temas de salud. Factores de riesgo*. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

- Organization for Economic Co-Operation and Development [OCDE] (2014). *Dataset: Non-Medical Determinants of Health: Body weight*. Recuperado de [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)
- Ortiz, R. M., Nava, G., Muñoz, S., & Veras, M. E. (2010). Epidemiología de la obesidad. En J. A. Morales (Ed.), *Obesidad Un enfoque multidisciplinario* (pp. 75-96). Pachuca, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Pasco, J. A., Williams, L. J., Jacka, F. N., Brennan, S. L., & Berk, M. (2013). Obesity and the relationship with positive and negative affect. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(5), 477-482. doi: 10.1177/0004867413483371
- Peña-Fernández, E., & Reidl-Martínez, L. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de Investigación Psicológica, 5*(3), 2182-2193. Recuperado de: [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas\\_ip/2015/articulos\\_c/Acta\\_Inv\\_Psicol\\_2015\\_5%283%29\\_2182\\_2193\\_Las\\_Emociones\\_y\\_la\\_Conducta\\_Alimentaria.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_c/Acta_Inv_Psicol_2015_5%283%29_2182_2193_Las_Emociones_y_la_Conducta_Alimentaria.pdf)
- Perez-Luna, P. (2014). *Alexitimia en trastornos alimenticios* (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5548>
- Perry, R. M., & Hayaki, J. (2014). Gender differences in the role of Alexithymia and emotional expressivity in disordered eating. *Personality and Individual Differences, 71*, 60-65. doi: 10.1016/j.paid.2014.07.029
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J-P., & Barbe, P. (2003). Emotional Eating, Alexithymia, and Bing-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research, 11*(2), 195-201. doi:10.1038/oby.2003.31
- Pontes, Y., García-Villaraco, A., Hernández, A., & Goñi, I. (2015). A strategy for weight loss based on healthy dietary habits and control of emotional response to food. *Nutrición Hospitalaria, 31*(6), 2392-2399. doi: 10.3305/nh.2015.31.6.8736



- Ramírez, R., & Agredo, R. A. (2012). El sedentarismo es un factor predictor de hipertrigliceridemia, obesidad central y sobrepeso. *Revista Colombiana de Cardiología*, 19(2), 75-79. doi: 10.1016/S0120-5633(12)70109-2
- Ramos-Rosales, J. H., González-Alcántara, K. E., & Silva, C. (2016). Efecto de la interacción entre el sexo y el peso sobre el comer emocional en adolescentes. *Psicología y Salud*, 26(1), 63-68. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1899>
- Reséndiz, A. M., Hernández, S. V., Sierra, M. A., & Torres, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 672-681. doi:10.3305/nh.2015.31.2.7692
- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam031h.pdf>
- Rodriguez, E. (2015). Los 10 estados más obesos de México. *El Financiero*. Recuperado de: <http://www.elfinanciero.com.mx/rankings/los-10-estados-con-las-mayores-tasas-de-obesidad.html>
- Rommel, D., Nandrino, J. L., Ducro, C., Andrieux, S., Delecourt, F., & Antoine, P. (2012). Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite*, 59(1), 21-26. doi: 10.1016/j.appet.2012.03.006
- Ruíz, I., Santiago, M. J., Bolaños, P., & Jáuregui, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 12, 1330-1348. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3734436>
- Sánchez, J., & Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150. doi: 10.3305/nh.2012.21.6.6061
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas panas de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia

transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/727/72711104.pdf>

Sandoval, E. M. (2010). Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico. En J. A. Morales (Ed.) *Obesidad, Un enfoque multidisciplinario* (pp. 145-158). Pachuca, México: Ciencia al día.

Schneider, K. L., Appelhans, B. N., Whited, M. C., Oleski, J., & Pagoto, S. L. (2010). Trait anxiety, but not trait anger, predisposes obese individuals to emotional eating. *Appetite*, 55(3), 701-706. doi: 10.1016/j.appet.2010.10.006

Schütz, E., Sailer, U., Nima, A. A., Rosenberg, P., Andersson-Arntén, A. C., Archer, T., & Garcia, D. (2013). The affective profiles in the USA: happiness, depression, life satisfaction and happiness-increasing strategies. *PeerJ*, 1-19. doi: 10.7717/peerj.156

Secretaría de Salud [SSA] (2013). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. México: IEPSA

Secretaría de Salud [SSA] (2012). *Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena*. México: CENETEC

Silencio, J. L. (2010). Enfermedades y fármacos que favorecen la obesidad. En J. A. Morales (Ed.), *Obesidad Un enfoque multidisciplinario* (pp. 125-144). Pachuca, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological Psychiatry*, 73(9), 827-835. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.01.032

Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. DF, México: Trillas.

Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376. doi: 10.1016/j.appet.2006.10.005

- Suverza, A., & Haua, K. (2010). *El ABCD de la evaluación del estado de nutrición*. México: McGraw-Hill
- Tamayo, D., & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21619/17807>
- Tan, C. C., & Chow, C. M. (2014). Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 66, 1-4. doi: 10.1016/j.paid.2014.02.033
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=DV6lZrQ6dqUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Taylor, V. H., Forhan, M., Vigod, S. N., McIntyre, R. S., & Morrison, K. M. (2013). The impact of obesity on quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27, 139-146. doi:10.1016/j.beem.2013.04.004
- Udo, T., Grilo, C. M., Brownell, K. D., Weinberger, A. H., DiLeone, R. J., & McKee, S. A. (2013). Modeling the effects of positive and negative mood on the ability to resist eating in obese and non-obese individuals. *Eating Behaviors*, 14(1), 40-46. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.10.010
- Van Strien, T., Cebolla, A., Ettchemendy, E., Gutierrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C., & Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20-25. doi:10.1016/j.appet.2013.02.016
- Van Strien, T., Donker, M. H., & Ouwens, M. A. (2016). Is desire to eat in response to positive emotions an 'obese' eating style: Is Kummerspeck for some people a misnomer? *Appetite*, 100, 225-235. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.035

- Van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D. J., Engels, R. C. M. E., & de Weerth, C. (2012). Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite, 58*, 277-284. doi:10.1016/j.appet.2011.10.005
- Van Strien, T., Herman C. P., & Verheijden, M. W., (2012). Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite, 59*(3). doi: 10.1016/j.appet.2012.08.009
- Van Strien, T., Konttinen, H., Homberg, J. R., Engels, R. C. M. E., & Winkens, L. H. H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite, 100*, 216-224. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.034
- Van Strien, T., & Ouwens, M. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors, 8*(2), 251-257. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17336795>
- Van Strien, T., Ouwens, M. A., Engel, C., & de Weerth, C. (2014). Hunger, inhibitory control and distress-induced emotional eating. *Appetite, 79*, 124-133. doi:10.1016/j.appet.2014.04.020
- Vinai, P., Provini, F., Antelmi, E., Marcatelli, M., Cardetti, S., Vinai, L.,... Allison, K. C. (2015). Alexithymia is not related to severity of night eating behavior: A useful distinction from other eating disorders. *Eating Behaviors, 17*, 94-98. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.01.012
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J. K., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 99*, 66-81. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.007

Zak-Golab, A., Tomalski, R., Bak-Sosnowska, M., Holecki, M., Kocelak, P., Olszanecka-Glinianowicz, M.,... Zahorska-Markiewicz, B. (2013). Alexithymia, depression, anxiety and binge eating in obese women. *The European Journal of Psychiatry*, 27(3), 149-159. doi:10.4321/S0213-61632013000300001

# ANEXOS

## **Anexo 1**

### **Consentimiento informado**

A continuación Usted encontrará una serie de preguntas en relación a diversos aspectos sobre su persona y algunas de sus emociones y conductas. Sus respuestas permitirán analizar algunos factores tanto psicológicos como sociales que se asocian al comportamiento alimentario. El fin es comprender mejor estos problemas, de modo que los diferentes profesionales de la salud se sirvan de esta información para ofrecer tratamientos que se adecúen a nuestro beneficio.

Le solicito que las respuestas que dé sean fieles a su realidad para que puedan contribuir al entendimiento de esta problemática y que en lo futuro pueda ayudar a diseñar mejores estrategias de intervención.

Aclaro que toda información que Usted proporcione será tratada con absoluta discreción y solo para fines de investigación, manteniendo el anonimato de su persona.

- Acepto participar en el estudio de forma voluntaria, autorizando el uso de esta información al investigador.
- No acepto.

Fecha\_\_\_\_\_

Si desea seguir participando en estudios en torno al tema de la Obesidad, por favor, proporcione un correo electrónico para contactarle en lo futuro:

\_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Datos sociodemográficos

A continuación se presentan unas preguntas para conocer un poco más de usted. Lea cada pregunta y conteste en forma sincera, llenando la información que se le solicita o marcando la respuesta con un círculo o una cruz. ¡Gracias!

Folio: \_\_\_\_\_ Sexo: H M Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Solter@	Casad@	Divorciad@	Viud@	Unión Libre
---------	--------	------------	-------	-------------

Municipio: \_\_\_\_\_

Nivel Socioeconómico (clase social) al que considera que pertenece:

Baja	Media Baja	Media	Media Alta	Alta
------	------------	-------	------------	------

Último año de educación completado:

<b>Primaria:</b>	Completa	Trunca	<b>Secundaria:</b>	Completa	Trunca
<b>Preparatoria:</b>	Completa	Trunca	<b>Licenciatura:</b>	Completa	Trunca
<b>Posgrado:</b>	Completa	Trunca			

¿Tiene hijos? No Sí ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿está embarazada? No Sí

¿Fuma? No Sí

¿Toma? No Sí

¿Practica ejercicio? No Sí

Ha sido diagnosticad@ con:

Hipertensión	Diabetes	Hiper-tiroidismo	Hipo-tiroidismo	Alto Colesterol	Síndrome Metabólico	Ninguno
--------------	----------	------------------	-----------------	-----------------	---------------------	---------

¿Está bajo algún tratamiento médico que requiera de consumir medicamentos?

No Sí Medicamento (s): \_\_\_\_\_



## Anexo 3

### PANAS 20

Watson, Clark and Tellegen (1988). Revisión de Robles y Páez (2003).

Instrucciones (PANAS):  Esta escala consiste de palabras que describen diferentes estados de ánimo y emociones. Lea cada una y seleccione la opción de respuesta que indique en qué medida se siente usted así en promedio.		5. Extremadamente.5.			
		4. Bastante.4.			5.
		3. Moderadamente.3.		4.	
		2. Un poco..2.	3.		
		1. Muy ligeramente o casi nada.1.			
1	1. Motivado/a				
2	2. Molesto/a (a disgusto)				
3	3. Emocionado/a				
4	4. De malas				
5	5. Firme				
6	6. Culpable				
7	7. Temeroso/a				
8	8. Agresivo				
9	9. Entusiasmado/a				
10	10. Orgullosa/a				
11	11. Irritable				
12	12. Alerta				
13	13. Avergonzado/a				
14	14. Inspirado /a				
15	15. Nervioso/a				
16	16. Decidido/a				
17	17. Atento/a				
18	18. Inquieto/a				
19	19. Activo/a				
20	20. Inseguro/a				

## Anexo 4

### Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos

Bagby, Parker y Taylor (1994). Revisión de Moral (2008).

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

## Anexo 5

### Cuestionario del Comedor Emocional

*Garaulet et al. (2012)*

Instrucciones Escala del Comedor Emocional:  Conteste de manera honesta la respuesta que más vaya con usted con respecto a su estilo de comer		Siempre			
		Generalmente			
		A veces			
		Nunca			
1	¿La báscula tiene un gran poder sobre ti? ¿Es capaz de cambiar tu estado de humor?				
2	¿Tienes antojos por ciertos alimentos específicos?				
3	¿Te cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?				
4	¿Tienes problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?				
5	¿Comes cuando estás estresado, enfadado o aburrido?				
6	¿Comes más de tus alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estás solo?				
7	¿Te sientes culpable cuando tomas alimentos "prohibidos", es decir, aquellos que crees que no deberías, como los dulces o snacks?				
8	Por la noche, cuando llegas cansado de trabajar ¿es cuando más descontrol sientes en tu alimentación?				
9	Estás a dieta, y por alguna razón comes más de la cuenta, entonces piensas que no vale la pena y ¿comes de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?				
10	¿Cuántas veces sientes que la comida te controla a ti en vez de tú a ella?				