



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

---

---

Evaluación de una intervención para reducir la ansiedad y la sobreingesta  
alimentaria en adolescentes con exceso de peso

**TESIS**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA Y SALUD**

**PRESENTA**

Gloria Edith Ayala Dávila

**Directora:** Dra. Elvira Ivone González Jaimes

**Codirectora:** Dra. María Del Consuelo Escoto Ponce De León

**Tutora:** Dra. Georgina Contreras Landgrave

**Ecatepec de Morelos, Estado de México, noviembre 2023**





**Universidad Autónoma del Estado de México**  
**Centro Universitario UAEM Ecatepec**  
**Maestría en Psicología y Salud**

Evaluación de una intervención para reducir la ansiedad y la sobreingesta alimentaria en  
adolescentes con exceso de peso

**PRESENTA**

Gloria Edith Ayala Dávila

**Comité Tutorial**

**Directora**

Dra. Elvira Ivone González Jaimes

**Codirectora**

Dra. María Del Consuelo Escoto Ponce De León

**Tutora**

Dra. Georgina Contreras Landgrave

**Ecatepec de Morelos, Estado de México, noviembre 2023**



## Índice

Resumen.....	9
Abstract .....	10
Introducción .....	11
Capítulo I. Fundamentación .....	12
Definiciones .....	12
Ansiedad.....	12
Clasificación de ansiedad según Spielberger (1975). .....	12
Alimentación .....	12
Conducta alimentaria .....	13
Sobreingesta alimentaria .....	13
Ansiedad y sobreingesta alimentaria .....	13
La ansiedad como estilo de afrontamiento de la alimentación .....	13
La ansiedad como predictora de la sobreingesta alimentaria.....	14
Combinación de la ansiedad y la amenaza de la identidad en la sobreingesta alimentaria .	14
Hambre y saciedad .....	15
Adolescencia (grupo de riesgo) .....	16
Terapia Cognitivo Conductual para la sobreingesta alimentaria .....	17
Tratamiento transdiagnóstico.....	18
Validez del modelo transdiagnóstico.....	19
Procesos transdiagnósticos en los TCA.....	19
Capítulo II. Planteamiento del problema .....	21
Pregunta de investigación .....	24
Justificación .....	24
Objetivos.....	25
Objetivo general.....	25
Objetivos particulares .....	25
Hipótesis .....	25
Hipótesis de investigación .....	25
Hipótesis nulas.....	25
Hipótesis teóricas.....	26

Variables .....	26
Variable dependiente .....	26
Variable independiente .....	26
Capítulo III. ....	30
Estudio I .....	30
Consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, distribución de los participantes de acuerdo a IMC, relación entre variables (ansiedad y sobreingesta alimentaria) y comparación de sobreingesta y ansiedad, por sexo .....	30
Objetivo.....	30
Participantes .....	30
Instrumentos y medidas.....	31
Talla.....	31
Peso .....	31
IMC .....	31
Cuestionario de datos generales .....	32
Cuestionario de Sobreingesta alimentaria (OQ) .....	33
Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (IDARE) .....	33
Procedimiento .....	34
Plan de análisis .....	34
Resultados .....	35
Consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria .....	35
Distribución del IMC, por sexo .....	36
Comparación de las escalas de sobreingesta y de la ansiedad, por sexo .....	36
Comparación de las subescalas del Cuestionario de Sobreingesta alimentaria, por sexo ....	37
Comparación de las subescalas del Inventario de Ansiedad, por sexo .....	38
Comparación de la ansiedad, de acuerdo al IMC .....	39
Relación entre las escalas de sobreingesta y ansiedad.....	39
Relación entre el IMC y las subescalas de los cuestionarios de sobreingesta y ansiedad ...	39
Estudio II .....	42
Evaluación de la intervención .....	42
Objetivos .....	42

Tipo de estudio .....	42
Diseño de la investigación.....	42
Variable independiente.....	43
Participantes .....	45
Instrumentos y medidas.....	48
Sobreingesta alimentaria .....	48
Ansiedad.....	48
Evaluación del programa.....	48
Procedimiento.....	48
Operacionalización de la investigación en población objetivo .....	49
Plan de análisis .....	51
Aspectos éticos.....	51
Consentimiento informado.....	52
Asentimiento informado .....	52
Resultados .....	53
Evaluación del programa.....	54
Limitaciones del estudio .....	54
Capítulo IV. Discusión y conclusiones.....	55
Referencias .....	59
Anexos .....	65
Anexo I. Registro de seguimiento.....	65
Anexo II. Consentimiento informado .....	66
Anexo III. Asentimiento informado.....	69
Anexo IV. Autorización de los directivos escolares.....	71
Anexo VI. Cuestionario para evaluar el programa de intervención.....	73
Anexo VI. Carta descriptiva del programa de intervención (Fairburn, 1998).....	77
Anexo VII. Productos del trabajo de tesis .....	87

## Figuras

Figura 1 Modelo cognitivo-conductual Transdiagnóstico .....19

Figura 2 Proceso de tamizaje para la selección de los participantes.....46

## Tablas

Tabla 1 Matriz de variables de investigación .....28

Tabla 2 Distribución de los participantes, por sexo .....31

Tabla 3 IMC para la edad, de adolescentes hombres de 14 a 18 años (OMS,2017) .....32

Tabla 4 IMC para la edad, de adolescentes mujeres de 14 a 18 años (OMS,2017) .....32

Tabla 5 Consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria .....35

Tabla 6 Distribución del IMC, por sexo .....36

Tabla 7 Comparación de la escala de sobreingesta y la de ansiedad, por sexo .....37

Tabla 8 Comparación de las subescalas del Cuestionario de Sobreingesta, por sexo .....38

Tabla 9 Comparación de las subescalas del Inventario de Ansiedad, por sexo .....38

Tabla 10 Comparación de medias en adolescentes con normopeso y exceso de peso en la variable de ansiedad. ....39

Tabla 11 Relación entre las escalas de sobreingesta y ansiedad.....39

Tabla 12 Correlación de Pearson de la variable IMC con las subescalas de ansiedad y sobreingesta alimentaria en hombres y mujeres adolescentes .....40

Tabla 13 Contenido del programa de intervención.....44

Tabla 14 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes .....47

Tabla 15 Estadístico de prueba de Wilcoxon de dos muestras relacionadas (variables: ansiedad y sobreingesta alimentaria.....53

## Resumen

El sobrepeso y la obesidad en adolescentes incrementó dramáticamente en los últimos años, afectando a 38 de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años de edad (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2018). El objetivo principal de la investigación fue evaluar la eficacia de un programa intervención dirigido a adolescentes con exceso de peso, en la reducción de la ansiedad y la sobreingesta alimentaria, en comparación con un grupo control en lista de espera. La muestra fue no probabilística y comprendió 606 participantes, los cuales contestaron dos instrumentos: Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ, O'Donnell & Warren, 2007) y el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE, Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975). Es importante mencionar que los participantes con puntuaciones altas en sobreingesta y ansiedad fueron invitados a participar en una intervención para revertir la sobreingesta y reducir la ansiedad ( $n = 6$ ). Se obtuvo consentimiento de los padres de familia y asentimiento de los participantes. El diseño fue experimental con prepueba, posprueba y grupo control. Realizando un análisis estadístico con la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, cuyos resultados después de la intervención arrojaron, disminución de la ansiedad, pero no de la sobreingesta alimentaria. La explicación de no hallar cambios en la variable de sobreingesta alimentaria después de la implementación del programa de intervención es debido a que existen otros factores predisponentes que pueden influir en la sobreingesta alimentaria como; la alimentación emocional, hábitos alimenticios, estilos de vida, las dietas, la moderación de alimentos poco saludables, la identificación natural e interna de las señales de saciedad y hambre que dicen cuándo, qué y cuánto comer.

Por otro lado, se comparó la ansiedad y la sobreingesta, por sexo; y también la ansiedad, entre quienes tenían exceso de peso y peso normal. Además, se correlacionaron las variables de sobreingesta alimentaria y ansiedad. Las mujeres puntuaron más alto en sobreingesta y ansiedad, en comparación con los hombres. Globalmente, la sobreingesta correlacionó positivamente, moderada y significativamente con la ansiedad.

### **Abstract**

Overweight and obesity in adolescents have increased dramatically in recent years, affecting 38 out of every 100 adolescents between 12 and 19 years of age (National Health and Nutrition Survey, 2018). The main objective of the research was to evaluate the effectiveness of an intervention program aimed at adolescents with excess weight, in reducing anxiety and food overeating, in comparison with a control group on a waiting list. The sample was non-probabilistic and included 606 participants, who answered two instruments: Food Overeating Questionnaire (OQ, O'Donnell & Warren, 2007) and the State-Trait Anxiety Inventory (IDARE, Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975). It is important to mention that participants with high scores on overeating and anxiety were invited to participate in an intervention to reverse overeating and reduce anxiety ( $n = 6$ ). Consent was obtained from the parents and assent from the participants. The design was experimental with pretest, posttest and control group. Performing a statistical analysis with the non-parametric Wilcoxon test for related samples, the results after the intervention showed a decrease in anxiety, but not in food overeating. The explanation for not finding changes in the food overeating variable after the implementation of the intervention program is because there are other predisposing factors that can influence food overeating such as; emotional eating, eating habits, lifestyles, diets, moderation of unhealthy foods, natural and internal identification of satiety and hunger signals that tell when, what and how much to eat.

On the other hand, anxiety and overeating were compared by sex; and also anxiety, among those who were overweight and normal weight. In addition, the variables of food overeating and anxiety were correlated. Women scored higher on overeating and anxiety, compared to men. Overall, overeating correlated positively, moderately and significantly with anxiety.

## Introducción

El exceso de peso es un problema de salud pública que ha ido incrementado, cobrando cada vez mayor protagonismo en la sociedad actual, principalmente debido a los cambios en los estilos de vida y, sobre todo, al crecientemente desarrollo económico suscitado a partir de la segunda mitad del siglo XX, con el consiguiente incremento de diversas enfermedades crónicas. Tanto es así, que durante esta década se le ha venido considerando a la obesidad una epidemia global del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

El sobrepeso y la obesidad afectan a cada vez más mexicanos. De la población de 12 a 19 años, el 38.5% presenta algún grado de sobrepeso u obesidad, cifra que casi se duplica para los adultos, el 75.5% de los habitantes de 20 años o más se encuentra en esta condición, de acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018) levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Es de suma importancia conocer las variables que están asociadas al exceso de peso, ya que de esta manera se puede prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes y el cáncer.

En nuestro País Mexicano, se han implementado políticas de atención, que han sido elaboradas y distribuidas por la OMS desde 2004, en el que delinean las acciones y estrategias para prevenir, controlar y revertir este problema. Entre éstos destacan, por su importancia, la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (OMS 2004).

Sin embargo, el incremento de los niveles de actividad física y el cambio de hábitos alimenticios no han tenido resultados propicios, ya que la personas que presentan obesidad y sobrepeso no adquieren estos hábitos de manera permanente, teniendo como consecuencias las recaídas y la cronicidad de la enfermedad. Algunas causas del por qué las personas en condición de sobrepeso y obesidad no adquieren hábitos saludables, es porque se dejan de lado factores psicosociales y personales que mantienen esta condición, olvidando el trabajo multidisciplinar.

## **Capítulo I**

### **Fundamentación**

#### **Definiciones**

##### ***Ansiedad***

La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez (Sierra et al., 2003).

#### **Clasificación de ansiedad según Spielberger (1975).**

- a) Ansiedad-Estado: reacción emocional temporal, transitoria que tiene una duración limitada y que se evoca cuando el individuo percibe una situación específica como amenazante, sin importar si existe algún peligro presente.
- b) Ansiedad-Rasgo: reacción ansiosa permanente que se mantiene a lo largo del tiempo y que se ha convertido en la preferente manera de reaccionar, entendida como una característica relativamente estable.

##### ***Alimentación.***

Domínguez et al. (2008) refieren que la alimentación es un fenómeno complejo, que está basado en las siguientes premisas: a) Es una necesidad biológica que impulsa la búsqueda de alimento en respuesta a un conjunto de señales hormonales periféricas reguladas por el sistema nervioso central; b) Es una fuente de placer que orienta la selección de alimentos y su consumo según sus características organolépticas; c) Está basada en pautas socioculturales que determinan el patrón de consumo de alimentos superponiéndose a los impulsos fisiológicos; d) Es un hecho social que funciona como medio de relación e interacción entre las personas dentro de la cultura; e) Es producto del entorno social y constituye un rasgo característico de la cultura local; f) Es una interacción de influencias ambientales, cognitivas, fisiológicas y socioculturales.

### ***Conducta alimentaria***

La conducta alimentaria es un constructo multidimensional que incluye tres componentes: conductual, cognitivo y afectivo (Herman & Polivy, 1984). El modelo de regulación del alimento se basa en estos tres elementos, de acuerdo con este, la ingestión de alimentos se encuentra regulada por dos límites: a) límite fisiológico de hambre y saciedad y b) límite psicológico o cognitivo, llamado zona de indiferencia biológica, que no es controlada por parámetros fisiológicos sino por factores de índole psicosocial (Herman & Polivy, 1984; Polivy & Herman, 2002). Para ahondar en este último punto, Domínguez et al. (2008) hacen hincapié en que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales.

### ***Sobreingesta alimentaria***

Es un problema de alimentación, en donde las personas canalizan la ansiedad mediante la comida, tienen sobrepeso debido a que comen en gran cantidad o con mucha ansiedad. La sobreingesta de alimentos es comer en grandes cantidades y perder el control en lo que se ingiere. La sobreingesta se le define como la tendencia a seguir comiendo, aún después de haber saciado el hambre (O'Donnell & Warren, 2007).

### **Ansiedad y sobreingesta alimentaria.**

#### ***La ansiedad como estilo de afrontamiento de la alimentación.***

La sobrealimentación se puede relacionar con un estilo de afrontamiento poco adaptativo centrado en la emoción (Koff & Sangani, 1997) y en la evitación (Lee et al., 2007), debido a que los problemas son percibidos por las personas que padecen TCA con mayor intensidad y amenaza, lo que ocasiona usar en menor medida estrategias centradas en el problema, así como tampoco tienen la confianza en su capacidad para resolverlos con éxito (Crowther et al., 2001).

Valdés y Arroyo (2002), relacionaron las estrategias de afrontamiento con las dimensiones de ansiedad (estado/rasgo), en donde manifiestan vinculación entre la huida-evitación y la ansiedad rasgo, es decir, a mayor nivel de ansiedad más elevado es el uso de estrategias evitativas.

Una de las razones del por qué se relaciona la sobrealimentación y la ansiedad lo explica la Teoría Psicosomática (Bruch, 1961; Kaplan & Kaplan, 1957), sostenía que las personas obesas

eran incapaces de distinguir entre ansiedad y hambre. De esta manera, algunos sujetos tenderían a responder frente a la ansiedad como si experimentaran hambre, esto es, comiendo. Por otro lado, Schachter y sus colaboradores (1968), los precursores de la Teoría Externa/Interna de la obesidad, sostienen que determinadas contracciones gástricas se etiquetan, a través de aprendizaje asociativo, como “hambre”. Sin embargo, las personas obesas no habrían desarrollado dicho aprendizaje, utilizando claves externas (estímulos ambientales) y no internas (contracciones gástricas), para controlar su conducta alimentaria. Este comportamiento llevaría a estos sujetos al sobrepeso y la obesidad.

### ***La ansiedad como predictora de la sobreingesta alimentaria***

La literatura señala que los afectos negativos como la ansiedad y la depresión pueden desencadenar la sobreingesta alimentaria, ya que se ha reportado que el estado de ánimo ocasiona un bajo control sobre el alimento, lo que genera el inicio de la sobreingesta alimentaria. De este modo, el alimento tiene un efecto de modulación sobre los estados afectivos, ya que la influencia de la emoción sobre la alimentación incluye la desinhibición o restricción alimenticia.

Gibson (2006) menciona que los estados emocionales podían influir en la conducta alimenticia y por otro lado podían modificar los estados de ánimo y las emociones.

Según Macht (2008), la participación de las emociones en la alimentación puede entenderse a partir de las siguientes hipótesis: a) el control de la elección de alimentos depende de emociones inducidas por el alimento; b) las emociones modulan la alimentación en congruencia con la experiencia emocional en curso; c) las emociones desagradables inducen la alimentación para regular dichas emociones; d) las emociones intensas suprimen la ingesta de alimento; e) las emociones agradables y desagradables dificultan el control cognoscitivo de la conducta alimentaria.

### ***Combinación de la ansiedad y la amenaza de la identidad en la sobreingesta alimentaria***

Existen algunos hallazgos de que los estados de ánimo por si solos no generan la sobreingesta alimentaria. Es decir, la ansiedad es un importante inductor de la sobreingesta alimentaria, siempre y cuando sea relevante para el autoconcepto del individuo (Heatherton et al., 1998).

Los estudios de Heatherton y sus colaboradores (1991) confirmaron el rol de la amenaza de la identidad personal, en la sobrealimentación. Realizaron un diseño experimental en el que

sometieron a los participantes a tres condiciones experimentales; 1) una condición de amenaza física, donde a los sujetos se les explicó que por cada falla en una tarea recibirían un pequeño choque eléctrico; 2) una condición de fracaso, donde los sujetos debían resolver una tarea imposible y, finalmente; 3) una condición de amenaza anticipada de la autoimagen, donde los participantes recibieron instrucciones de prepararse para dar un discurso público en el cual serían evaluados en su fluidez y articulación verbal. Los datos observados muestran que sólo en condiciones de amenaza de la autoimagen (condiciones 2 y 3) incrementan significativamente sus niveles de ingesta. De manera específica la sobreingesta alimentaria sucede cuando los sujetos perciben una amenaza de su autoimagen, especialmente cuando experimentan niveles disminuidos de autoestima. Dicha observación es congruente con estudios previos del mismo grupo de investigación (Polivy et al., 1988), donde en una situación experimental que favorece la sobrealimentación (en este caso el consumo de comida prohibida) se observa que el patrón alimenticio alterado se exagera en condiciones de baja autoestima.

Por otro lado, la sobrealimentación también se puede relacionar con un estilo de afrontamiento centrado en la emoción (Koff & Sangani, 1997) y en la evitación (Lee et al., 2007).

La Teoría Psicósomática (Bruch, 1961; Kaplan & Kaplan, 1957), sostenía que las personas obesas eran incapaces de distinguir entre ansiedad y hambre. De esta manera, algunos sujetos tenderían a responder frente a la ansiedad como si experimentaran hambre, esto es, comiendo. Por otro lado, Schachter y sus colaboradores (e.g. Schachter, Goldman y Gordon, 1968), los precursores de la Teoría Externa/Interna de la obesidad, sostienen que determinadas contracciones gástricas se etiquetan, a través de aprendizaje asociativo, como “hambre”. Sin embargo, las personas obesas no habrían desarrollado dicho aprendizaje, utilizando claves externas (estímulos ambientales) y no internas (contracciones gástricas), para controlar su conducta alimenticia. Este comportamiento llevaría a estos sujetos al sobrepeso y la obesidad.

### ***Hambre y saciedad***

Oyarce et al., (2016) mencionaban que los mecanismos de hambre y saciedad involucran a los sistemas homeostáticos (balance energético) y hedónicos (respuesta afectiva al alimento). Es importante recalcar que un individuo puede aumentar su ingesta de alimentos por cualquiera de estas dos vías. Es decir, si posee una señal de saciedad débil, posterior al consumo de una comida, entonces tiene alto riesgo de sobreconsumo (vía homeostática); o si disfruta mucho los alimentos

y responde positivamente a estímulos asociados con estos, también tiene alto riesgo de sobreconsumo (vía hedónica), sin embargo, la alimentación normal ocurre dentro de los límites fisiológicos de hambre y saciedad. Además, es importante considerar que para poder evaluar la conducta alimentaria es importante considerar: a) el inicio y el término, relacionado con la búsqueda, apetito, motivación por comer, respuesta hedónica a los alimentos, y refuerzo alimentario; y b) término de la alimentación, relacionados con saciedad, plenitud, o estímulos externos que llevan a finalizar la ingesta (Oyarce et al., 2016).

Además, es importante mencionar el concepto de interocepción, que comprende sentir la condición fisiológica del cuerpo (Craig, 2002) así como la representación del estado interno (Craig, 2009) en el contexto de las actividades en curso, y está estrechamente asociado con la acción motivada para regular homeostáticamente el estado interno (Craig, 2007).

### **Adolescencia (grupo de riesgo)**

La adolescencia ha sido definida como un período de transición durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que involucra importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales (Papalia et al., 2005), que no tiene una duración determinada, pues varía según las distintas culturas y personalidades. Dentro de lo que se conoce como adolescencia existe una etapa temprana, conocida como preadolescencia, que abarca desde los 12 hasta los 14 años y que marca la transición real entre la niñez y la adolescencia misma. Esta etapa generalmente está marcada por el desarrollo de la pubertad, entendida como el proceso mediante el cual se alcanza la madurez sexual y capacidad para reproducirse. Desde los 15 a los 21 años aproximadamente, se consolida la etapa de la adolescencia, tanto desde el punto de vista del desarrollo sexual como cognitivo (razonamiento hipotético-deductivo; Papalia et al., 2005).

Según Erikson, la tarea principal de la adolescencia es lograr la identidad personal, entendiendo esta como un proceso de constante construcción (Márquez, 2004). “Según este proceso, el individuo se juzga a sí mismo a la luz de lo que percibe como la manera en que los otros los juzgan a él comparándolo con ellos” (Erikson, 1968, p. 19, en Márquez, 2004, p. 97). La adolescencia vendría a ser el período en que los sujetos alcanzarían su identidad individual coherente, siempre y cuando logren resolver adecuadamente la crisis “identidad versus confusión de identidad” que plantea el autor (Márquez, 2004).

Dentro de la elaboración de la identidad, el adolescente debe vivir diversos procesos de gran relevancia para su formación, como lo es el desarrollo de la autoestima, del ámbito afectivo relacional, entre otros. En estos procesos se torna de gran importancia el tema del autoconocimiento y la valoración personal, dentro de los cuales se encuentra como uno de los ejes articuladores la identidad corporal. Es precisamente durante la adolescencia que se produce el desarrollo puberal, en donde se comienza a manifestar una asimétrica distribución de las grasas corporales y consecuentemente una diferencia en la estructura corporal para hombres y mujeres. En este contexto, el cuerpo y su valoración tienen un gran peso en la formación de la identidad personal, ya que se sobrevalora el cuerpo y se establecen cánones estrictos de belleza que son reforzados por la sociedad y los medios de comunicación (Lameiras et al., 2005). Los jóvenes que se encuentran fuera de estos cánones comienzan a vivir una situación de discriminación generalizada. “Con la edad, el rechazo por parte de sus pares y la incapacidad de rendir físicamente repercute en la autoestima, la que suele ser normal en los niños pequeños, pero está disminuida en los niños mayores y en los adolescentes” (Burrows, 2000, en Albala et al., 2000, p. 151).

### **Terapia Cognitivo Conductual para la sobreingesta alimentaria**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es apropiada para el tratamiento de los problemas de ingesta alimentaria porque aborda los aspectos cognitivos de estos problemas, la sobrevaloración del peso, la apariencia, las reglas dietéticas y el pensamiento de «todo o nada», a la vez que sus componentes conductuales afrontan los hábitos alimentarios perturbados (Fairburn, 1998).

La TCC aborda el problema de ingesta de forma sistemática, utilizando una secuencia cuidadosamente planificada de intervenciones diseñadas para ajustarse a las necesidades del individuo. Empieza con la aplicación de técnicas conductuales y educativas que ayudan a que la persona recupere el control de su alimentación: un elemento clave es establecer un patrón de alimentación regular, aspecto esencial, porque tiende a sustituir la sobreingesta alimentaria. Sin embargo, para que estos cambios sean permanentes se debe afrontar la tendencia a hacer dieta y el recurso de sobreingesta como medio para asumir acontecimientos y estados anímicos adversos, minimizando el riesgo de recaída.

### **Tratamiento transdiagnóstico**

Uno de los motivos para generar la propuesta del modelo transdiagnóstico surge como una alternativa a los tratamientos de los TCA, ya que comparten las manifestaciones psicopatológicas de esta manera deja de lado el tratamiento propio para cada trastorno.

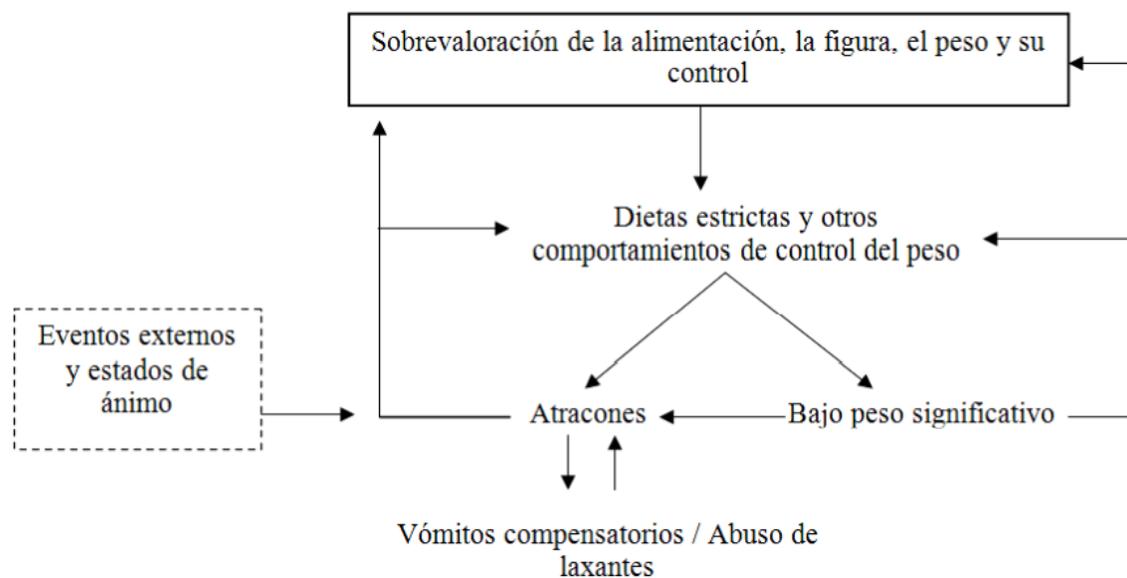
Es importante mencionar que el tratamiento transdiagnóstico es un concepto relativamente joven. Transdiagnóstico es un término que comunica la eficacia de un mismo tratamiento dirigido a procesos básicos que comparten sintomatologías clasificadas bajo diferentes diagnósticos.

Fairburn, Cooper y Shafran (2003) han sido pioneros en la propuesta transdiagnóstica. Su teoría del transdiagnóstico ha sugerido una dimensión de psicopatología alimentaria central compuesta por indicadores de preocupación excesiva por el peso, por la figura corporal y por comer, el cual está presente en todos los problemas alimentarios. A su vez, estos autores señalan que son cuatro elementos más generales los responsables del mantenimiento de la psicopatología alimentaria central, siendo: 1) perfeccionismo severo, 2) baja autoestima, 3) dificultades en el afrontamiento de emociones o intolerancia a los estados de ánimo, y 4) dificultades interpersonales, principalmente en la familia.

En términos generales, el enfoque de la terapia transdiagnóstica está diseñada para aprender a regular emociones, por ejemplo, una persona que sufre ansiedad aprenderá a identificar ante qué situaciones, pensamientos o reacciones físicas se disparan sus reacciones de ansiedad.

**Figura 1.**

*Modelo cognitivo-conductual Transdiagnóstico (tomado de Fairburn et al., 2008)*



### ***Validez del modelo transdiagnóstico***

La propuesta esencial del modelo transdiagnóstico, es que las características comunes de los pacientes con TCA son más importantes que las diferencias en el peso o en las conductas, pero esto no quiere decir que se debe ignorar el peso o los aspectos conductuales, más bien no son imprescindibles para categorizar o planificar tratamiento que se brinda a los pacientes (Fairburn et al., 2003).

Algunos hallazgos de investigación acerca de la forma en que se adhieren grupos de síntomas han sido escasos, algunos de ellos han arrojado resultados contradictorios respecto a la relación de las variables.

### **Procesos transdiagnósticos en los TCA**

Un proceso psicopatológico actúa como factor de riesgo en los diferentes trastornos, es decir que el rol que desempeña es relevante en su etiología, ya que contribuye a la génesis y/o al mantenimiento de dichos cuadros (Aldao, 2012; Egan et al., 2012).

Fairburn et al. (2003) propusieron la existencia de cuatro mecanismos transdiagnósticos en todos los TCA: perfeccionismo clínico, intolerancia emocional, baja autoestima y dificultades interpersonales.

- a) Perfeccionismo clínico. El perfeccionismo clínico hace alusión a las personas que tienen estándares personales muy exigentes, lo que las lleva a realizar grandes esfuerzos para lograrlos e ignorar las consecuencias adversas. En este sistema disfuncional la valía de las personas con un TCA depende, en gran medida, de los esfuerzos y el logro de objetivos, ya que de no ser así aumenta la preocupación e intolerancia generando distorsiones cognitivas a través de pensamientos de fracaso.
- b) Dificultades interpersonales. Existe un vínculo entre la psicopatología alimentaria y los problemas interpersonales en el desarrollo, mantenimiento, prevención e intervención de los TCA. Fairburn et al. (2003) identifican cuatro ejemplos característicos de relaciones disfuncionales en pacientes con TCA: 1) conflictos familiares pueden intensificar la resistencia a comer en pacientes jóvenes; 2) ciertos ambientes sociales tienden a magnificar el control de la alimentación y el peso; 3) adversidades en la esfera interpersonal pueden precipitar atracones; y 4) problemas en las relaciones sociales suelen dañar la autoestima e incrementar el esfuerzo por alcanzar metas relacionadas con la estética.
- c) Baja autoestima. Está relacionada con el perfeccionismo, debido a que cuando no se consigue alcanzar los estándares impuestos por las personas mismas surgen pensamientos negativos hacia uno mismo.
- d) Intolerancia emocional. La intolerancia emocional es una incapacidad que se tiene para afrontar adaptativamente determinados estados emocionales y al no disponer de herramientas de afrontamiento se desarrollan comportamientos disfuncionales como pueden ser las autolesiones, atracones o purgas.

## Capítulo II

### Planteamiento del problema

Actualmente, el exceso de peso es un problema de salud pública altamente prevalente a nivel mundial, presentándose en niños, adolescentes y adultos. De acuerdo a proyecciones realizadas con base a información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que para el año 2030 más del 40% de la población del planeta tendrá sobrepeso y más de la quinta parte será obesa (Malo, 2017).

La obesidad y el sobrepeso afectan a cada vez más mexicanos. De la población de 12 a 19 años 38.5% presenta algún grado de sobrepeso u obesidad, cifra que casi se duplica para los adultos, 75.5% de los habitantes de 20 años o más se encuentra en esta condición, de acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018) levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

La obesidad y el sobrepeso son un problema de salud tanto física como mental que afecta la calidad de vida de las personas que lo padecen, sin embargo, se ha hecho muy poco al respecto, ya que la obesidad y el sobrepeso están cobrando cada vez mayor protagonismo en la sociedad actual, esto es debido a los cambios en los estilos de vida y, sobre todo, al crecientemente desarrollo económico suscitado a partir de la segunda mitad del siglo XX, con el consiguiente incremento de diversas enfermedades crónicas. Tanto es así, que durante esta década se le ha venido considerando a la obesidad una epidemia global del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

En México, se han implementado políticas que atienden a las sugerencias que han sido elaboradas y distribuidas por la OMS desde 2004, en el que delinean las acciones y estrategias para prevenir, controlar y revertir este problema. Entre estos, destaca por su importancia, la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (OMS 2004); un marco para la promoción del consumo de frutas y verduras a nivel nacional.

Es importante mencionar que los enfoques basados en el aumento de los niveles de actividad física y el cambio de hábitos alimentarios, no han tenido resultados favorables a largo plazo, ya que la personas que presentan obesidad y sobrepeso no adquieren estos hábitos de manera permanente, lo que provoca que recuperen el peso perdido.

El sobrepeso y la obesidad son un problema de índole individual y público que lleva varias décadas siendo un foco principal de investigación en el área de la salud médica y psicológica.

Guzmán, et al. (2010) mencionan que, en la aparición y desarrollo de la obesidad, existe una relación entre los cambios en el estilo de vida, las modificaciones en los hábitos alimentarios, la ingesta de comida con alto valor energético, los factores culturales, socioeconómicos y ambientales, todo esto aunado al sedentarismo. Por tal razón la obesidad se perfila como un problema de salud de connotación biológica, psicológica, social y ambiental.

De acuerdo a esta diversidad de factores que involucran el problema del sobrepeso y obesidad es importante dirigir la mirada en dos líneas específicas: la ingesta alimentaria enfocada en la cantidad y tipo de alimentos de la dieta y la conducta alimentaria orientada a la relación habitual del individuo con los alimentos, llámese: a) desregulación emocional, b) estilos de afrontamiento centrado en la emoción (Koff y Sangani, 1997) y evitación (Lee et al., 2007, c) desinhibición (Meule, 2011).

Las emociones, tanto positivas como negativas, siempre han sido necesarias, ya que permiten adaptarnos a las diferentes circunstancias de la vida diaria. Estas pueden ser positivas, como la alegría o el amor, o negativas, como el miedo o la ansiedad y cuando estas últimas son muy intensas o se prolongan en el tiempo pueden afectar a nuestra salud, haciéndonos más vulnerables contra las enfermedades (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid [COPM], 2014).

Sánchez y Pontes (2012) mencionan que, en realidad, lo que nos afecta no son las emociones en sí mismas, sino la forma de afrontarlas. Y cuando la persona no es capaz de llevar a cabo estrategias de afrontamiento adecuadas surgen problemas que afectan, entre otros, a los hábitos alimentarios.

Algunas personas confunden la ansiedad con el hambre y, por tanto, se ha reportado que algunas de ellas al sentirse ansiosas tratan de mitigar esta ansiedad con comida, lo cual puede llevarlas a desarrollar obesidad (Bruch, 1973). Estudios más recientes puntualizan que la falta de conciencia interoceptiva puede generar dificultades para discriminar entre el hambre y la saciedad (Fassino et al., 2004; Garfinkel & Critchley, 2013; Paulus & Stein, 2010). Por tal razón, la ansiedad debe ser atendida, ya que es detonadora de la sobreingesta alimentaria, provocando así, sobrepeso y obesidad.

Es importante mencionar que en los adolescentes con obesidad hay una alta prevalencia de trastornos por ansiedad, así como otras manifestaciones emocionales (Vila et al., 2004).

Los ajustes psicológicos que representa la adolescencia, aunados a los cambios corporales, más la presión social en torno al estándar de lo que culturalmente se define como un cuerpo bello

o deseable, hacen que sean mayores los niveles de estrés y de ansiedad en algunos adolescentes con obesidad (Small & Aplasca, 2016).

La intervención debe ir dirigida a afrontar los estados de ansiedad desencadenantes de la sobreingesta alimentaria. Si bien, existen escasas intervenciones para reducir la ansiedad y la sobreingesta alimentaria en adolescentes. Las intervenciones que se han realizado están enfocadas en la atención plena (Morillo et al., 2019; Zervos et al., 2021), en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Guerrini et al., 2021) e intervenciones de exposición de señales (Pla-Sanjuanelo et al., 2017; Schyns et al., 2017; Weinbach et al., 2020), la mayoría dirigidos a población adulta y joven y solo un estudio dirigido a los adolescentes.

Por tal razón se deben diseñar programas intervención preventivos y/o psico-educacionales para adolescentes, a través de desarrollar habilidades que permitan el control y regulación de la ansiedad para modular la sobreingesta alimentaria y combatir un problema mayor, que es el índice de sobrepeso y obesidad.

Es importante recalcar que el problema de sobrepeso y obesidad debe ser abordado y atendido desde lo multidisciplinar para garantizar la eficacia y mantenimiento de los resultados a largo plazo, considerando; lo biológico, metabólico, social, conductual, hábitos de salud (dieta, práctica del deporte) y psicológico; como la ansiedad, la depresión y sobreingesta.

El rol de los psicólogos en la intervención del sobrepeso y obesidad ha sido tradicionalmente el tratamiento de alteraciones comórbidas. En lo referente a la comorbilidad psicopatológica más prevalente parece estar relacionada con los trastornos del estado del ánimo, la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria (Chinchilla, 2005).

En la presente investigación se atenderá la problemática de la ansiedad y sobreingesta alimentaria en adolescentes con exceso de peso, dando respuesta a este problema tan complejo en psicología de la salud, ya que afecta la respuesta de la ingesta de alimentos, tanto en la elección, calidad y cantidad de la ingesta alimentaria lo que conlleva al aumento del peso corporal.

Además, la aportación que se dará con la investigación al área de la salud, es reconocer la eficacia de la intervención, ya que regularmente a las personas que padecen exceso de peso son remitidas al nutriólogo o endocrinólogo, reconociendo que este modelo de prevención y tratamiento no es eficaz debido al alto índice de esta problemática y que ha ido en aumento en los últimos años.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál será la eficacia de un programa intervención dirigido a adolescentes con exceso de peso, en la reducción de la ansiedad y la sobreingesta alimentaria, en comparación con un grupo control en lista de espera?

### **Justificación**

Una de las razones de la presente investigación, es por la situación nutricional de las y los adolescentes con obesidad y sobrepeso, y que afecta a 38 de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años. En estas edades, el consumo cotidiano de bebidas no lácteas endulzadas es bastante alto (86 por ciento), incluso más que el agua (79.3%), como reporta la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018).

Es importante mencionar que son diversas emociones que influyen en el aumento de la ingesta como; ira, apatía, frustración, estrés, miedo, pena, ansiedad, inquietud, soledad y el aburrimiento. Sin embargo, solo nos centraremos en la ansiedad como estado y rasgo, ya que la alimentación se ha utilizado como recurso para disminuir la ansiedad y si se presenta de manera habitual con el tiempo la obesidad se mantiene a lo largo de la vida, estableciendo en algunas personas un *círculo vicioso*, en donde la ansiedad se reduce comiendo y, por ende, engordando. Y dado que este aumento de peso constituye un motivo de alarma y preocupación, nuevamente aparece la ansiedad y, una vez más, se come como mecanismo compensador (Pompa, 2011).

Por tal razón, a través de la implementación de un programa de Terapia Cognitiva Conductual con enfoque transdiagnóstico, se pretende controlar la ansiedad de los adolescentes, de tal manera que puedan afrontarla y no recurran necesariamente a la sobreingesta alimentaria compulsiva.

Las actividades que se implementarán en el programa de intervención para disminución de la ansiedad y sobreingesta pretenden revertir hábitos poco saludables a través de mantener hábitos regulares y manejo de ansiedad para poner freno a la alimentación emocional. El programa está basado en experiencia clínica, en el que se realizará una adaptación de la superación de los atracones de comida: cómo recuperar el control de Christopher Fairburn (1998) en la traducción de Antonio Francisco Rodríguez Esteban (2017).

## **Objetivos**

### ***Objetivo general:***

Evaluar la eficacia de un programa de intervención dirigido a adolescentes con exceso de peso, en la reducción de la ansiedad y la sobreingesta alimentaria, en comparación con un grupo control en lista de espera.

### ***Objetivos particulares:***

- Obtener la consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) y de sus subescalas
- Conocer la distribución del IMC, por sexo
- Comparar la ansiedad y sobreingesta alimentaria, por sexo.
- Comparación de las subescalas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria y del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado
- Analizar la relación de ansiedad y sobreingesta alimentaria por grupos con IMC diferentes (normopeso, sobrepeso y obesidad)
- Adecuación del programa de intervención “La superación de los atracones de comida: Cómo recuperar el control” (Fairburn, 1998)
- Comparar la ansiedad y la sobreingesta alimentaria antes y después de la intervención.

## **Hipótesis**

### ***Hipótesis de investigación***

**Hi:** Existen diferencias estadísticamente significativas después de la intervención, en la ansiedad y la sobreingesta alimentaria.

**Hi:** Después de impartir la intervención, el grupo experimental tendrá menos ansiedad y sobreingesta alimentaria.

### ***Hipótesis Nulas***

**Ho:** No existen diferencias estadísticamente significativas después de la intervención, en la ansiedad.

**H<sub>0</sub>:** No existen diferencias estadísticamente significativas después de la intervención, en la sobreingesta alimentaria.

### ***Hipótesis teórica***

- ✓ La terapia cognitivo conductual mejorada con un enfoque trasdiagnóstico está basada en la experiencia clínica que ha logrado revertir hábitos poco saludables en las personas con sobreingesta, por lo que se espera que los participantes con exceso de peso disminuyan la sobreingesta y la ansiedad.

### **Variables**

#### ***Variable independiente***

- Programa de intervención de Terapia Cognitivo Conductual desde el enfoque trasdiagnóstico para disminuir la ansiedad y la sobreingesta alimentaria.

#### ***Variables dependientes***

- Ansiedad.
- Sobreingesta alimentaria.

**Tabla 1.***Matriz de variables de investigación*

Objetivo	Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumentos
Evaluar la eficacia de un programa intervención, en la disminución de la ansiedad y la sobreingesta alimentaria, dirigido a adolescentes con obesidad y sobrepeso.	Técnicas cognitivo-conductuales desde el enfoque transdiagnóstico.	Independiente	Modelos de intervención. Operará sobre las conductas, pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales del participante.	Número de sesiones 14 sesiones/ 50 min. / semanalmente	“La superación de los atracones de comida: Cómo recuperar el control” (Fairburn, 1998) Traducción (Rodríguez, 2017). Adaptación de las actividades propuestas en la guía.
	Edad (15-18 años)	Control	Tiempo de existencia desde su nacimiento.	Selección de la muestra Diferencia entre la fecha que inicia el programa menos la fecha de nacimiento.	Métrica (15-18 años)
	IMC (Exceso de peso)	Control y dependiente. (Criterios de inclusión de la muestra)	El Índice de Masa Corporal (IMC) se define, según la OMS, como un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m <sup>2</sup> ) (Organización Mundial de la salud [OMS],2021)	Peso y talla	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intelligent scale: báscula digital Bluetooth, de bioimpedancia.</li> <li>Estadímetro Seca.</li> <li>Tablas del IMC en niños de 5 a 18 años (OMS, 2007).</li> </ul>
	Ansiedad	Dependiente	Ansiedad Clasificación realizada por Spielberger Ansiedad-Estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetiva conscientemente	Medición antes y después de la intervención. Comparación de las mediciones intra e intergrupales. (Puntaje obtenido)	<b>IDARE</b> (1975) Inventario de Ansiedad: Rasgo -Estado versión en español del STAI (State-Trait- Anxiety Inventory) Medición de dos distintas dimensiones de la ansiedad.

			<p>percibidos, y por el aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.</p> <p>La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad Ansiedad-Estado.</p>		
	Sobreingesta alimentaria.	Dependiente	<p>-Cantidad consumida se considera excesiva.</p> <p>-Sensación de perder el control</p>	<p>Medición antes y después de la intervención.</p> <p>Comparación de las mediciones intra e intergrupales (Puntaje obtenido)</p>	<p>Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell/Warren (2007)</p>

## Capítulo III

### Estudio I

**Consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, distribución de los participantes de acuerdo a IMC, relación entre variables (ansiedad y sobreingesta alimentaria) y comparación de sobreingesta y ansiedad, por sexo**

#### Objetivo

Estimar la consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. Adicionalmente, conocer la distribución de los participantes de acuerdo IMC, comparar la sobreingesta y la ansiedad, por sexo y correlacionar la sobreingesta alimentaria con la ansiedad.

#### Participantes

Participaron 606 estudiantes, hombres ( $n = 243$ ; 40.1%) y mujeres ( $n = 363$ ; 59.9%), estudiantes de educación media superior, con un rango de 14 a 18 años de edad. En la tabla 2, se observa la distribución de los participantes, por sexo.

**Tabla 2**

*Distribución de los participantes, por sexo*

Edad	Mujeres ( $n = 363$ )		Hombres ( $n = 243$ )		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia total
<b>14</b>	14	3.9 %	7	2.9 %	21
<b>15</b>	129	35.5 %	69	28.4 %	198
<b>16</b>	134	36.9 %	92	37.9 %	226
<b>17</b>	80	22.0 %	70	28.8 %	150
<b>18</b>	6	1.7 %	5	2.1 %	11
<b>Total</b>	363	100 %	243	100 %	606

## Instrumentos y medidas

### *Talla.*

Se utilizó un estadiómetro portátil marca seca, lo cual permitió estimar la talla durante la medición, lo cual aseguró la precisión de los resultados hasta una talla de 205 cm.

### *Peso.*

El peso se obtuvo con una báscula digital, marca **Intelligent scale**, Bluetooth, de bioimpedancia (Composición corporal a través de corriente eléctrica de bajísima intensidad). Requiere de un dispositivo electrónico (celular) para instalar la APP OKOK International desde la APP Store/Google. La información que brinda es: 1) peso, 2) porcentaje de grasa corporal, 3) la métrica de IMC para diagnosticar sobrepeso u obesidad.

### *IMC.*

El Índice de Masa Corporal (IMC) se define, según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2021), como un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Para la clasificación del IMC se utilizaron las tablas propuestas por la OMS (2007) correspondientes a niños (Tabla 3) y niñas (Tabla 4) de 5 a 19 años de acuerdo a la edad y el sexo. En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera: 1) el sobrepeso es el IMC para la edad, con más de una desviación típica, por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y 2) la obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. El percentil de IMC según la edad se determina comparando el peso del adolescente con el de otros adolescentes de la misma edad y sexo.

**Tabla 3**

*IMC para la edad, de adolescentes hombres de 14 a 18 años (OMS,2017)*

<b>Edad</b>	<b>Desnutrición severa</b>	<b>Desnutrición moderada</b>	<b>Normal</b>	<b>Sobrepeso</b>	<b>Obesidad</b>
<b>14.0</b>	Menos de 14.3	14.3-15.4	15.5-21.8	21.9-25.9	26.0 o más
<b>14.6</b>	Menos de 14.5	14.5-15.6	15.7-22.2	22.3-26.5	26.6 o más

<b>15.0</b>	Menos de 14.7	14.7-15.9	16.0-22.7	22.8-27.0	27.1 o más
<b>15.6</b>	Menos de 14.9	14.9-16.2	16.3-23.1	23.2-27.4	27.5 o más
<b>16.0</b>	Menos de 15.1	15.1-16.4	16.5-23.5	23.6-27.9	28.0 o más
<b>16.6</b>	Menos de 15.3	15.3-16.6	16.7-23.9	24.0-28.3	28.4 o más
<b>17.0</b>	Menos de 15.4	15.4-16.8	16.9-24.3	24.4-28.6	28.7 o más
<b>17.6</b>	Menos de 15.6	15.6-17.0	17.1-24.6	24.7-29.0	29.1 o más
<b>18.0</b>	Menos de 15.7	15.7-17.2	17.3-24.9	25.0-29.2	29.3 o más

*Nota:* Tabla adaptada de la original estipulada por la OMS “IMC para la edad, de niños de 5 a 18 años.

**Tabla 4**

*IMC para la edad, de adolescentes mujeres de 14 a 18 años (OMS,2017)*

<b>Edad</b>	<b>Desnutrición severa</b>	<b>Desnutrición moderada</b>	<b>Normal</b>	<b>Sobrepeso</b>	<b>Obesidad</b>
<b>14.0</b>	Menos de 14.0	14.0-15.3	15.4-22.7	22.8-27.3	27.4 o más
<b>14.6</b>	Menos de 14.2	14.2-15.6	15.7-23.1	23.2-27.8	27.9 o más
<b>15.0</b>	Menos de 14.4	14.4-15.8	15.9-23.5	23.6-28.2	28.3 o más
<b>15.6</b>	Menos de 14.5	14.5.-15.9	16.0-23.8	23.9-28.6	28.7 o más
<b>16.0</b>	Menos de 14.6	14.6-16.1	16.2-24.1	24.2-28.9	29.0 o más
<b>16.6</b>	Menos de 14.7	14.7-16.2	16.3-24.3	24.4-29.1	29.2 o más
<b>17.0</b>	Menos de 14.7	14.7-16.3	16.4-24.5	24.6-29.3	29.4 o más
<b>17.6</b>	Menos de 14.7	14.7-16.3	16.4-24.6	24.7-29.4	29.5 o más
<b>18.0</b>	Menos de 14.7	14.7-16.3	16.4-24.8	24.9-29.5	29.6 o más

*Nota:* Tabla adaptada de la original estipulada por la OMS “IMC para la edad, de niñas de 5 a 18 años.

### ***Cuestionario de datos generales***

Elaboramos un cuestionario, en donde se solicitó información sociodemográfica de los participantes: sexo, edad, número de integrantes en la familia, lugar que ocupa entre sus hermanos, nivel de estudios de los padres, ingreso familiar mensual, padecimientos y tratamientos actuales.

### ***Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria***

El cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ; O'Donnell/Warren, 2007). Es un inventario de autoinforme que consta de 80 reactivos, en los que se pide a la persona que indique el grado de acuerdo con cada reactivo, en una escala de 0 a 4, donde 0 = Para nada, 1 = Un poco, 2 Moderadamente, 3 = Bastante y 4 = Muchísimo. El cuestionario está dividido en 12 escalas: dos de validez, seis de actitudes y hábitos relacionados con el comer (Sobreingesta alimentaria; Antojos alimentarios; Expectativas relacionadas con comer, racionalizaciones, Motivación para bajar de peso) y cuatro escalas más que se relacionan con hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial (Hábitos de salud, Imagen corporal, Aislamiento social y Alteración afectiva). Las escalas incluidas en el instrumento son de gran importancia pues se fundamentan en la investigación que ha mostrado que la obesidad parece estar consistentemente relacionada con la satisfacción global en cuanto a la vida y las relaciones interpersonales, así como con problemas cognitivos y conductuales específicos como los atracones, la distorsión de la imagen corporal, la falta de confianza y los sentimientos generales de aislamiento y humillación.

### ***Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado de Spielberger (IDARE)***

Para medir la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE, versión en español del STAI [State-Trait-Anxiety Inventory], 1975); está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de ansiedad: 1) la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y 2) la denominada Ansiedad-Estado (A-Estado). La escala de A-Rasgo del inventario consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se siente generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir como se sienten en un momento dado. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose a ellos mismos en una escala Likert de cuatro puntos y se evalúa según la frecuencia para A-Estado (1= No en absoluto, 2= Un poco, 3=Bastante y 4= Mucho). Las categorías para A-Rasgo (1 = Casi nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Frecuentemente y 4 = Casi siempre). La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80. Algunos de los reactivos del IDARE por ejemplo “estoy tenso se han formulado de tal manera que su valoración (4) indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos por ejemplo “me siento bien” se formularon de tal manera que una valoración alta indica muy poca ansiedad. (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975). Dicho instrumento ha mostrado un buen funcionamiento en

la población general y en pacientes con diferentes patologías físicas y psicológicas (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

### **Procedimiento**

Se gestionó ante la institución educativa el permiso para realizar la aplicación de los cuestionarios de Sobreingesta Alimentaria (OQ, por sus siglas en inglés; 2007) y de ansiedad de Spielberger (1975). Además, todos los participantes fueron pesados y medidos, previo consentimiento de los padres de familia o tutor y asentimiento de los participantes. Se pesó y midió a los estudiantes para estimar el IMC; se utilizó la fórmula:  $\text{peso (kg)} / [\text{estatura (m)}]^2$ , ya que se calculó el IMC se procedió a consultar las tablas referidas por la OMS (2007).

### **Plan de análisis**

Para el análisis de datos se utilizó el software SPSS. Se calculó la confiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach para la escala y las subescalas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. Se utilizó la técnica estadística de comparación de medias, a través de la Prueba *t* para muestras independientes (distribución *t* de student), con un nivel de significancia de .05 (5%). Hernández *et al.* (2008) plantean que la prueba *t* “es una prueba estadística, para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias”. Asociado a ello, los autores también explican que esta prueba presenta hipótesis de diferencias entre grupos. La hipótesis nula fórmula que los grupos no difieren significativamente y la hipótesis de investigación (o alternativa) propone que los grupos difieren significativamente entre sí. Así, se comparó la ansiedad y la sobreingesta por sexo (hombres y mujeres). También se realizó una comparación entre adolescentes con exceso de peso y normopeso en la variable de ansiedad.

Asimismo, se realizó la correlación de Pearson (*r*) para saber si se relacionaba la variable de IMC con las subescalas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ); Defensividad (DEF), Sobreingesta Alimentaria (SOB), Subingesta Alimentaria, (SUB) Antojos Alimentarios (ANT), Expectativas Relacionadas con Comer (EXP), Racionalizaciones (RAC), Motivación para Bajar de Peso (MOT), Hábitos de Salud (SAL), Imagen Corporal (COR), Aislamiento Social (AIS), Alteración Afectiva (AFE).

## Resultados

### Consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria

Usando el coeficiente alfa de Cronbach, evaluamos la consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria y de sus subescalas, en población adolescente. Los resultados indicaron consistencia interna fue adecuada (Tabla 5), tanto para la escala ( $\alpha = .899$ ) como para sus subescalas.

**Tabla 5**

*Consistencia interna del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria*

<b>Dimensiones</b>	<b>Subescalas</b>	<b>Consistencia Interna (<math>\alpha</math>)</b>
<b>Validez en la respuesta</b>	Defensividad ( <b>DEF</b> )	.869
	<b>Hábitos y actitudes relacionadas con la conducta alimentaria</b>	
	Sobreingesta alimentaria ( <b>SOB</b> )	.882
	Subingesta alimentaria ( <b>SUB</b> )	.881
	Antojos alimentarios ( <b>ANT</b> )	.873
	Expectativas relacionadas con el comer ( <b>EXP</b> )	.863
	Racionalizaciones ( <b>RAC</b> )	.867
	Motivación para bajar de peso ( <b>MOT</b> )	.873
<b>Hábitos generales de salud</b>	Hábitos de salud ( <b>SAL</b> )	.873
	Imagen corporal ( <b>COR</b> )	.890
	Aislamiento social ( <b>AIS</b> )	.872
	Alteración afectiva ( <b>AFE</b> )	.873

### Distribución del IMC, por sexo

Respecto a la condición de peso, de acuerdo a las categorías estipuladas por la OMS, los datos encontrados en los adolescentes de nivel medio superior de la Escuela Preparatoria Oficial (Tabla 6), indican que el 15.8 % de la población presentan sobrepeso, hombres ( $n = 43$ ; 7.09%) y mujeres ( $n = 53$ ; 8.74%) y 5.9% tienen obesidad, hombres ( $n = 20$ ; 3.30%) y mujeres ( $n = 16$ ; 2.54%).

**Tabla 6**

*Distribución del IMC, por sexo*

Condición de peso/sexo	Mujeres		Hombres		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Desnutrición severa</b>	0	0%	3	1.2	3	.5%
<b>Desnutrición moderada</b>	2	.6%	15	6.2	17	2.8%
<b>Normopeso</b>	292	80.4%	162	66.7	454	74.9%
<b>Sobrepeso</b>	53	14.6%	43	17.7	96	15.8%
<b>Obesidad</b>	16	4.4%	20	8.2	36	5.9%
<b>Total</b>	363	100%	243	100%	606	100%

### Comparación de las escalas de sobreingesta y la de ansiedad, por sexo

En la Tabla 7 se presentan los resultados de la comparación por sexo, usando la prueba  $t$  de Student para muestras independientes, tanto de la Escala de ansiedad (IDARE), como del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. Para la ansiedad se observaron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres ( $t = 5.847$ ;  $p = .000$ ). Fueron las mujeres ( $M = 98.13$ ) quienes puntuaron

más alto, que los hombres ( $M = 92.71$ ). En cambio, no se observaron diferencias significativas para la sobreingesta ( $t = 1.076$ ;  $p = 0.282$ ), entre los hombres (162.3498) y las mujeres (164.9587).

**Tabla 7**

*Comparación de la escala de sobreingesta y la de ansiedad, por sexo*

	Mujeres	Hombres	Prueba $t$ para la igualdad de medias	
	$M$	$M$	$t$	Sig. (bilateral)
<b>IDARE</b>	98.1322	92.7078	5.847	.0001
<b>OQ</b>	164.9587	162.3498	1.076	.282

Nota: IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) y OQ (Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria).

### **Comparación de las subescalas del Cuestionario de Sobreingesta, por sexo**

Cuando comparamos a los hombres y a las mujeres en las subescalas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (Tabla 8), se encontraron diferencias significativas en las subescalas Sobreingesta Alimentaria (SOB), Subingesta alimentaria (SUB), Antojos alimentarios (ANT), Motivación para bajar de peso (MOT), Imagen corporal (COR) y Alteración afectiva (AFE).

Existiendo mayor Sobreingesta en los hombres ( $M = 10.47$ ) en comparación con las mujeres ( $M = 9.14$ ), Subingesta mayor en hombres ( $M = 10.92$ ) que en mujeres ( $M = 10.36$ ), Antojos alimentarios mayor en mujeres ( $M = 9.12$ ) que en hombres ( $M = 8.55$ ), Motivación para bajar de peso mayormente en mujeres ( $M = 76.47$ ) que en los hombres ( $M = 75.65$ ), Imagen corporal mayor en hombres ( $M = 8.00$ ) que en mujeres ( $M = 6.77$ ) y Alteración afectiva mayor en mujeres ( $M = 9.41$ ) que en hombres ( $M = 6.34$ ).

**Tabla 8**

*Comparación de las subescalas del Cuestionario de Sobreingesta, por sexo*

Subescala	Sexo		$t$	Sig. (bilateral)
	Mujeres ( $n=363$ )	Hombres ( $n=243$ )		
<b>Defensividad (DEF)</b>	8.84	8.90	-0.193	0.847
<b>Sobreingesta Alimentaria (SOB)</b>	9.14	10.47	-3.907	<b>0.000</b>

<b>Subingesta Alimentaria (SUB)</b>	10.36	10.92	-2.006	<b>0.045</b>
<b>Antojos Alimentarios (ANT)</b>	9.12	8.55	2.060	<b>0.040</b>
<b>Expectativas Relacionadas con el Comer (EXP)</b>	8.39	7.74	1.922	0.055
<b>Racionalizaciones (RAC)</b>	6.60	5.92	1.854	0.064
<b>Motivación para Bajar de Peso (MOT)</b>	76.47	75.65	3.065	<b>0.002</b>
<b>Hábitos de Salud (SAL)</b>	10.17	9.74	1.432	0.153
<b>Imagen Corporal (COR)</b>	6.77	8.00	-5.245	<b>0.000</b>
<b>Aislamiento Social (AIS)</b>	9.69	10.12	-1.461	0.145
<b>Alteración Afectiva (AFE)</b>	9.41	6.34	6.878	<b>0.000</b>

### Comparación de las subescalas del Inventario de Ansiedad, por sexo

Al comparar las subescalas del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, por sexo. Existen diferencias significativas en las dos escalas, tanto en A- Estado como en A- Rasgo en hombres y mujeres (Tabla 9)

**Tabla 9**

*Comparación de las subescalas del Inventario de Ansiedad, por sexo.*

Subescala	Sexo		<i>t</i>	Sig. (bilateral)
	Mujeres ( <i>n</i> = 363)	Hombres ( <i>n</i> = 243)		
<b>Ansiedad Estado</b>	50.08	47.21	4.242	0.000
<b>Ansiedad Rasgo</b>	48.06	45.50	5.165	0.000

### Comparación de la ansiedad, de acuerdo al IMC

Con relación a la comparación de los adolescentes con normopeso y exceso de peso corporal en la variable de ansiedad (Tabla 10) no existen diferencias significativas debido a que  $t_{(584)} = -0.045$  corresponde a una significancia de 0.964 ( $p > 0.05$ )

**Tabla 10**

*Comparación de adolescentes con normopeso y exceso de peso en la variable de ansiedad*

Variable	Normopeso ( $n=454$ )	Exceso de peso ( $n=132$ )	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i> ( <i>DE</i> )	<i>M</i> ( <i>DE</i> )		
Ansiedad	95.98 (11.36)	96.03 (12.065)	-0.045	.964

### Relación entre las escalas de sobreingesta y ansiedad

En la tabla 11, se observa la correlación de Pearson la sobreingesta alimentaria y la ansiedad. Podemos observar que la relación fue moderada (Cohen, 1992), con un valor de  $r_{(604)} = .437$ , con un nivel de significancia de .0001 ( $p < .05$ ).

**Tabla 11**

*Relación entre las escalas de sobreingesta y ansiedad*

Correlación de Pearson	Sobreingesta alimentaria
Ansiedad	Correlación de Pearson .437**
	Sig. (bilateral) .000
	<i>N</i> 606

### Relación entre el IMC y las subescalas de los cuestionarios de sobreingesta y ansiedad

#### Hombres

En cuanto a los resultados de la correlación entre el IMC y las subescalas de IDARE y OQ en hombres adolescentes (Tabla 12), solamente se correlacionaron las subescalas de SOB (pequeña,

$r_{(241)} = .141$ ), ANT (pequeña,  $r_{(241)} = .214$ ), EXP (moderada,  $r_{(241)} = .303$ ), RAC (moderada,  $r_{(241)} = .313$ ), MOT (pequeña,  $r_{(241)} = .272$ ), AFE (pequeña,  $r_{(241)} = .298$ ) con un nivel de significancia de .000 ( $p < .05$ ) y valor crítico de .087 (Cooliacan, 2004). El valor de significancia se presenta en la Tabla 12. de cada una de las subescalas.

### Mujeres

Respecto a los resultados de la correlación entre el IMC y las subescalas de IDARE y OQ en mujeres adolescentes, solamente se correlacionaron las subescalas de ANT (pequeña,  $r_{(361)} = .139$ ), EXP (moderada,  $r_{(361)} = .196$ ), RAC (moderada,  $r_{(361)} = .318$ ), MOT (pequeña,  $r_{(361)} = .272$ ), AFE (pequeña,  $r_{(361)} = .171$ ) con un nivel de significancia de .000 ( $p < .05$ ) y valor crítico de .087 (Cooliacan, 2004). El valor de significancia se presenta en la Tabla 12. de cada una de las subescalas.

**Tabla 12**

*Correlación de Pearson de la variable IMC con las subescalas de ansiedad y sobreingesta alimentaria en hombres y mujeres adolescentes.*

Variable	IMC	
	Hombres	Mujeres
	( $n= 243$ )	( $n= 363$ )
	<i>r</i>	<i>r</i>
<b>Ansiedad Estado</b>	0.054	0.063
<b>Ansiedad Rasgo</b>	-0.096	-0.055
<b>Defensividad (DEF)</b>	0.1	0.049
<b>Sobreingesta alimentaria (SOB)</b>	.141*	0.085
<b>Subingesta alimentaria (SUB)</b>	0.073	0.057
<b>Antojos alimentarios (ANT)</b>	.214**	.139**
<b>Expectativas relacionadas con el comer (EXP)</b>	.303**	.196**
<b>Racionalizaciones (RAC)</b>	.313**	.318**
<b>Motivación para bajar de peso (MOT)</b>	.272**	.182**
<b>Hábitos de salud (SAL)</b>	0.037	-0.008

<b>Imagen corporal (COR)</b>	0.023	0.100
<b>Aislamiento social (AIS)</b>	0.022	0.038
<b>Alteración afectiva (AFE)</b>	<b>.298**</b>	<b>.171**</b>

---

*Nota:* \*\* La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral), \* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

## Estudio II

### Evaluación de la intervención

#### *Objetivos*

- 1) Adecuar, para población mexicana, el programa de intervención “La superación de los atracones de comida: Cómo recuperar el control” (Fairburn, 1998).
- 2) El objetivo central de la investigación fue evaluar el efecto del programa en dos grupos: uno con intervención y otro control en lista de espera.

#### **Tipo de estudio**

En cuanto al alcance de la investigación, fue longitudinal prospectiva, debido a que se recogerán datos del grupo experimental antes y después de la intervención (Hernández-Sampieri et al., 2010). El enfoque de la investigación fue cuantitativo, ya que el estudio y análisis fue a través de diferentes procedimientos basados en la medición.

#### **Diseño de la investigación**

- Es diseño fue experimental, ya que hubo manipulación intencional de la variable independiente (programa de intervención). Este diseño incorpora la administración de prepruebas a los grupos que componen el experimento. Los participantes fueron asignados al azar a los grupos (con intervención y control en lista de espera). Después a estos, los participantes respondieron el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria y el de Ansiedad. El grupo experimental recibió el tratamiento (presencia de la variable independiente) y el grupo de control en lista de espera, no lo recibió (ausencia de la variable independiente). Finalmente, los participantes volvieron a responder los cuestionarios antes descritos (posprueba).
- Además, los participantes fueron medidos en dos momentos: antes e inmediatamente después de la intervención; entonces el diseño fue experimental con preprueba posprueba y grupo control.

RG <sub>1</sub>	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
RG <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	-	O <sub>4</sub>

**Dónde:**

- 3) **R** = Asignación al azar o aleatoria; **G<sub>1</sub>** = Grupo 1; **G<sub>2</sub>** = Grupo 2; **O** = Medición de los sujetos (previa y posterior al tratamiento); **X** = Tratamiento TCC-M, Uso del programa “La superación de los atracones de comida: Cómo recuperar el control” (Fairburn, 1998).

**Variable independiente*****Programa***

El programa “La superación de los atracones de comida: Cómo recuperar el control”, fue desarrollado por Christopher Fairburn (1998) y traducido al español por Francisco Rodríguez Esteban (2017). El tratamiento incorpora importantes avances en la comprensión y el tratamiento de los trastornos alimentarios. Incluye una cobertura extensa de los asuntos relacionados con la imagen corporal y estrategias mejoradas para lograr y mantener una relación transformada con la alimentación y con el cuerpo.

Es importante mencionar que se adecuaron las sesiones del programa original, reduciéndose el número a seis sesiones. La duración de cada sesión fue de 50 minutos (está en función de la edad de los adolescentes, la atención y la dinámica que ellos viven de acuerdo con sus características).

Las características del programa de intervención se dividen en seis módulos (Anexo VI):

***Módulos***

- Módulo I. Presentación del programa y autoseguimiento.
- Módulo II. Comer con regularidad (Establecer un patrón de alimentación regular [Anexo I])
- Módulo III. Alternativas a la sobreingesta y la ansiedad
- Módulo IV. Pautas para la resolución de problemas y combatir las dietas estrictas
- Módulo V. Imagen corporal
- Módulo VI. Atender las recaídas, cierre y evaluación del programa a través de un cuestionario que los participantes deberán responder.

En la tabla 13 se observa el contenido del programa utilizado para la intervención.

Tabla 13

## Contenido del programa

<b>Modulo I. Presentación del programa</b>	-Dar a conocer los lineamientos generales del programa de intervención
¿Por qué cambiar?	-Reconocer los beneficios del cambio, la severidad con la que
¿Qué ocurrirá con mi peso?	la sobreingesta afecta la calidad de vida y la falta de control emocional.
<b>Un buen inicio (auto seguimiento)</b>	<p>-Proporcionar información importante sobre el problema alimentario para que exista conciencia del problema.</p> <p>-El seguimiento permitirá generar cambios a través de un registro minucioso de alimentación.</p> <p><b>Nota:</b> Se debe considerar el momento en que se produce las conductas (sobreingesta y ansiedad) aparentemente automáticas.</p> <p>-El registro debe convertirse en un hábito durante todo el programa</p>
<b>Modulo II. Comer con regularidad</b>	-Establecer un patrón de alimentación regular.
<b>Modulo III. Alternativas a la ansiedad y sobreingesta alimentaria</b>	<p>-Reconocer las respuestas de la ansiedad (cognitiva, conductual y fisiológica)</p> <p>-Aprendizaje de técnicas de respiración y relajación</p> <p>-Pensar en actividades que puedan ayudar a resistir el impulso de comer.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una caminata rápida o un paseo en bicicleta.</li> <li>• Telefonar o visitar a amigos o familiares.</li> <li>• Hacer ejercicio</li> </ul>
<b>Modulo IV. Resolución de problemas</b> <b>Hacer el balance</b>	<p>-Ofrecer pautas para solucionar problemas (Seis pasos)</p> <p>1. -Identificar si el programa de intervención ha sido beneficioso a través de la reflexión de lo realizado.</p>

A) <b>Combatir la dieta estricta</b>	2. Patrón de alimentación regular
B) <b>Conciencia interoceptiva (hambre y saciedad)</b>	3. La realización de actividades alternativas (resistir el impulso de comer compulsivamente) 4. La resolución de problemas (afrontamiento de las dificultades cotidianas que tienden a desencadenar la sobreingesta)
	-Afrontar los procesos que vulneran la ingesta compulsiva. -Determinar si se realizan dietas estrictas (retrasar, restringir y evitar ciertos alimentos)
	-Reconocer las señales internas y externas del cuerpo para diferenciar entre hambre, saciedad y ansiedad.
<b>Modulo V. Imagen corporal</b>	-Evaluar el grado de preocupación con el peso y la apariencia. -Realización de ejercicios frente al espejo.
<b>Modulo VI. Un buen final</b>	-Continuar aplicando los elementos del programa que hayan
a) <b>Mantener el progreso</b>	sido útiles
b) <b>Atender las recaídas</b>	-Reconocer que las recaídas son inevitables y que es importante
<b>Cierre y evaluación del programa</b>	saber su causa para hacerles frente. -Evaluar los resultados del programa a través de la aplicación de los instrumentos.

### **Variables dependientes**

Se evaluó la sobreingesta y la ansiedad antes y después de la intervención. Los instrumentos utilizados fueron medidas con el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE), descritos en el estudio I.

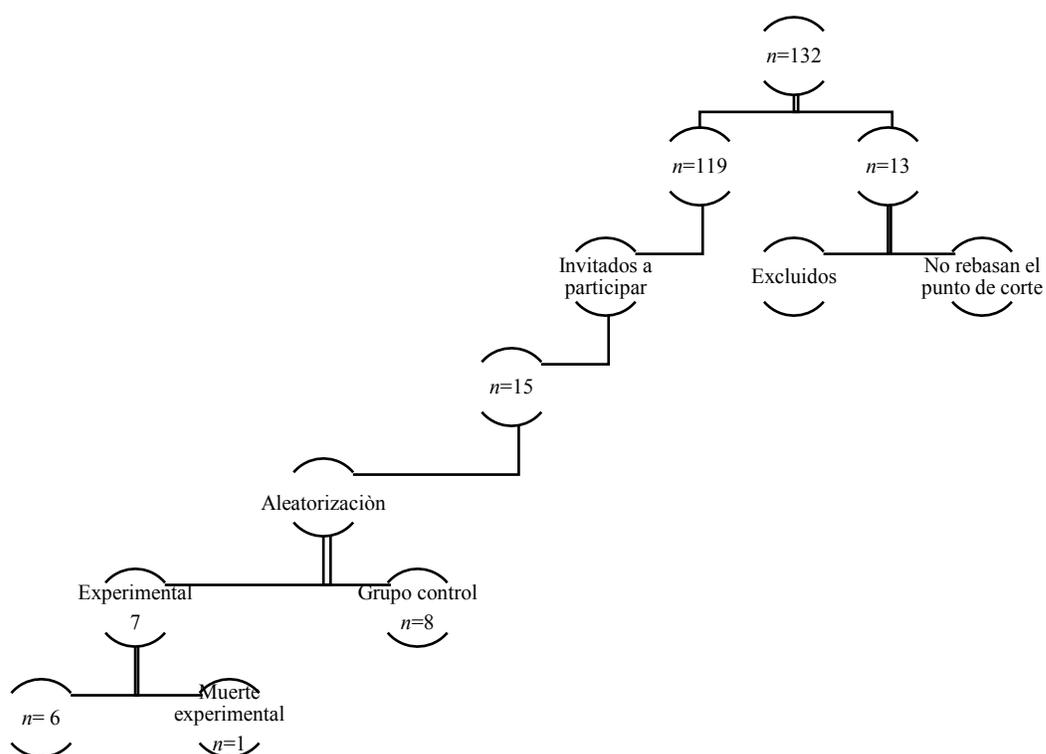
### **Participantes**

A partir del tamizaje realizado en el estudio I (Figura 2), solamente 132 de 606 estudiantes, presentaron la condición de exceso de peso corporal, de los cuales 13 fueron excluidos porque no rebasaron el punto de corte del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ). De los 119 estudiantes restantes se les invitó a participar en el programa de intervención, de los cuales

aceptaron participar 15 estudiantes que más tarde formaron los grupos control y experimental aleatoriamente.

## Figura 2

*Proceso del tamizaje para la selección de los participantes*



Los criterios de selección de los participantes se muestran en la Tabla 14.

**Tabla 14**

*Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>	<b>Criterios de eliminación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ser estudiantes de la Escuela Preparatoria Oficial ubicada en el Valle de México, turno vespertino.</b></li> <li>▪ <b>Edad oscile entre 14 y 18 años.</b></li> <li>▪ <b>Hombres y mujeres</b></li> <li>▪ <b>Condición de exceso de peso según el IMC de acuerdo con los parámetros estipulados en adolescentes de acuerdo con los criterios de clasificación de la OMS.</b></li> <li>▪ <b>Dispuestos y capaces de dar su autorización por escrito para participar en la investigación.</b></li> <li>▪ <b>Firmar asentimiento y consentimiento informado.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No ser estudiante de la Escuela Preparatoria del Valle de México.</li> <li>▪ No tener la condición de exceso de peso de acuerdo con la clasificación de la OMS.</li> <li>▪ Menores de 15 y mayores de 18.</li> <li>▪ Tener enfermedades asociadas al exceso de peso.</li> <li>▪ Adolescentes que no cuenten con la disponibilidad para participar y no hayan firmado el asentimiento (adolescentes) y consentimiento (padres) informado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acudir menos del 80% a las sesiones programadas para la intervención.</li> <li>▪ No responder en su totalidad a los instrumentos de medida de las variables ansiedad y sobreingesta alimentaria.</li> </ul>

Notas: IMC, índice de masa corporal.

## **Instrumentos y medidas**

A la población de estudio que formó parte de la investigación se le estimó el índice de masa corporal, a través de la medición del peso y la altura y posteriormente se procedió a consultar las tablas referidas por OMS (2007) para proceder a la clasificación de la condición de peso de los adolescentes que formaron parte de la muestra como se describió en el estudio I.

### ***Sobreingesta alimentaria***

Para medir la sobreingesta alimentaria se utilizó el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell/Warren (2007), descrito anteriormente en el estudio I.

### ***Ansiedad***

Para medir la variable de ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE, versión en español del STAI [State-Trait-Anxiety Inventory]), descrito anteriormente en el estudio I.

### ***Evaluación del programa***

Se diseñó un instrumento para evaluar los resultados del programa, considerando el cumplimiento de las expectativas, el logro de controlar y afrontar los estados de ansiedad ante la sobreingesta alimentaria (Anexo V).

## **Procedimiento**

Inicialmente, se realizaron ajustes al programa de intervención “La superación de los atracones de comida: Cómo recuperar el control” (Fairburn, 1998). Las adecuaciones se consideraron con base en la participación activa de los adolescentes, es decir a través de la retroalimentación que los mismos adolescentes expresaron acerca de la factibilidad de los contenidos, técnicas empleadas, materiales didácticos, número de sesiones y tiempos asignados. Asimismo, se atendieron las limitaciones contextuales propias de la institución como espacios físicos, consentimiento de los padres, actividades escolares y extraescolares de los estudiantes, vacaciones y días de asueto.

Se pesó y midió a los estudiantes para estimar el IMC. Seguidamente se utilizó la fórmula: peso (kg) / [estatura (m)]<sup>2</sup>, ya que se calculó el IMC se procedió a consultar las tablas referidas

por la OMS (2007) para proceder a la clasificación de los adolescentes que formaron parte de la muestra.

Después de identificar a los adolescentes que presentaban exceso de peso corporal a través de obtener el índice de masa corporal (IMC) se invitó a los estudiantes a participar en el programa de intervención. Posteriormente se realizó una muestra selectiva en dos grupos de manera aleatoria para ubicar a los participantes en el grupo control en lista de espera y grupo experimental. La conformación de los dos grupos se designó de acuerdo con una tabla aleatoria que fue acorde a su número de cuenta institucional.

Además, se les pidió firmar a los padres de los estudiantes el consentimiento informado por escrito (Anexo II) y asentamiento informado (Anexo III) firmado por parte de los adolescentes para ser parte de la investigación, aclarando que será de carácter voluntario y confidencial. Una vez autorizado el consentimiento y asentamiento informado se procedió a la aplicación del Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE, versión en español del STAI [State-Trait-Anxiety Inventory]) y el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell/Warren.

A partir del tamizaje realizado solamente 132 de 606 estudiantes, presentaron la condición de exceso de peso corporal, de los cuales 13 fueron excluidos porque no rebasaron el punto de corte del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ). De los 119 restantes se les invitó a participar en el programa de intervención de los cuales aceptaron participar 15 estudiantes. Más tarde se formaron los grupos control y experimental aleatoriamente.

Tras haber formado los dos grupos (experimental y control) se aplicaron los instrumentos para recolectar los resultados de la preprueba. Luego se implementó el programa de intervención con la población objetivo. Es importante mencionar que durante la intervención desertó un estudiante. Finalmente, después de la implementación del programa se aplicaron los instrumentos (postprueba) con ambos grupos para proceder en el análisis de la información.

## **Operacionalización de la investigación en la población objetivo**

### **Etapa I**

Variable control y dependiente (IMC) para seleccionar a la muestra objetivo.

- a. Externar los objetivos del proyecto a los directivos de la institución, los cuales emitieron su consentimiento de que se llevara a cabo la investigación en la institución.

- b. Los directivos proporcionaron listas de asistencia, y horarios de la asignatura de Salud Integral del Adolescente, ya que es el tiempo que se ha destinado para obtener medidas antropométricas.
- c. Listas de asistencia con fechas de nacimiento de cada estudiante.
- d. Plenaria con los docentes que imparten la asignatura de Salud Integral del Adolescente con la finalidad de puntualizar el objetivo de la investigación y el protocolo que se lleva a cabo para las medidas antropométricas de los estudiantes.
- e. Se les indicó que los estudiantes tenían que dirigirse al cubículo de tutorías que es un espacio privado para que los estudiantes no manifiesten pena alguna por retirarse los calcetines.
- f. Los estudiantes salieron de 10 en 10 para ser pesados y medidos
- g. Los orientadores monitorearon la actividad fomentando la organización para no estropear y ser objetivos en las mediciones.
- h. Inicialmente los orientadores midieron la estatura con el estadiómetro seca y anotaron la medida en la lista de asistencia para después ingresar la información a la app y de esta manera nos brinde el IMC la aplicación y determinar de manera directa si el adolescente tiene la condición de sobrepeso y obesidad.
- i. Ingresar la información con el código correspondiente y asignado para cada estudiante
- j. Ingresar el género, fecha de nacimiento y altura a la aplicación.
- k. Tomar captura de la información para vaciarla a la base de datos de Excel.

## **Etapas II**

### **Objetivos:**

- Identificar a los estudiantes que presentan la condición de sobrepeso y obesidad de acuerdo con las mediciones antropométricas.
- Aplicación de los instrumentos para la medición de las variables sobreingesta y ansiedad para seleccionar a los sujetos con puntuaciones altas y evitar el efecto piso.

Se realizó la evaluación pretest de las pruebas: 1) Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE, versión en español del STAI [State-Trait-Anxiety Inventory]) y el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell/Warren (2007), de forma colectiva en el aula virtual. Se encargó de la administración de las pruebas la investigadora responsable del proyecto y con apoyo de la orientadora psicopedagógica de la Escuela Preparatoria Oficial. Posteriormente los participantes

serán evaluados al final de la intervención con los mismos instrumentos y siguiendo el mismo procedimiento que en la evaluación inicial.

### **Plan de análisis estadístico.**

El análisis de los datos se llevó a cabo con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, v. 19, para Windows). Se realizó un análisis descriptivo para conocer las características generales de la muestra y se realizó un análisis estadístico con la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, con la finalidad de comparar las variables de ansiedad y sobreingesta alimentaria, antes y después de la intervención en un grupo control.

### **Aspectos éticos**

El presente estudio está apegado a pautas éticas nacionales e internacionales, ya que es de suma importancia considerar la integridad de los participantes, la autonomía de participar en la investigación y el respeto a sus derechos.

La investigación ha sido evaluada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Autónoma del Estado de México CU Nezahualcóyotl con la finalidad de contar con la autorización para llevar a cabo la investigación como lo menciona el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en el 2002. El comité de ética de investigación avaló el desarrollo del protocolo con el Dictamen del Proyecto CEIN/2024/004 a los nueve días del mes de agosto del 2022.

Antes de realizar la evaluación del programa, se informó a los participantes los objetivos, los riesgos y los beneficios del estudio; haciendo hincapié en que la participación era totalmente voluntaria y estrictamente confidencial, pues la información sería utilizada únicamente para fines estadísticos, tal como lo menciona CIOMS en la pauta número nueve en el que las personas tienen la capacidad de dar consentimiento de su participación en la investigación. Es importante mencionar que para fines de la investigación el consentimiento fue por parte de los padres de familia de los adolescentes (pauta 17).

**Consentimiento informado**

El cual tiene como propósito informar a los padres de familia: a) informar el objetivo y procedimiento del estudio, b) asegurar la privacidad y confidencialidad de los datos y c) informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación en el estudio (Anexo II).

**Asentimiento informado**

Tiene el propósito de: a) explicar a los adolescentes en que consiste el estudio y qué es lo que puede suceder en el transcurso de la intervención, b) confidencialidad y anonimato de su participación (Anexo III).

## Resultados

Con el fin de conocer si hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables de ansiedad y sobreingesta alimentaria después de la implementación del programa de intervención con enfoque transdiagnóstico, se realizó la prueba de Wilcoxon, que compara el rango medio de dos muestras relacionadas, y de esta manera se poder determinar si existen diferencias entre ellas. Para ello, se planteó las siguientes hipótesis:

- A) **H<sub>i</sub>**: existen diferencias estadísticamente significativas después de la intervención en las variables ansiedad y la sobreingesta alimentaria.
- B) **H<sub>o</sub>**: No existen diferencias estadísticamente significativas después de la intervención en las variables de ansiedad y sobreingesta alimentaria.

Basado en la prueba de Wilcoxon (Tabla 15), se puede concluir que en la variable de ansiedad hay diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre la preprueba y la posprueba después de la implementación del programa de intervención en los adolescentes, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Sin embargo, en lo que respecta a la variable de sobreingesta alimentaria se puede decir que no existen diferencias significativas en la preprueba y la posprueba, por lo que se acepta la hipótesis nula.

**Tabla 15**

*Estadístico de prueba de Wilcoxon de dos muestras relacionadas (variables: ansiedad y sobreingesta alimentaria)*

	<b>Ansiedad (pretest-postest)</b>	<b>Sobreingesta alimentaria (pretest-postest)</b>
<b>Z</b>	-2.207 <sup>b</sup>	-.420 <sup>b</sup>
<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>	0.027	0.674

## **Evaluación del programa**

Para evaluar la implementación del programa de intervención se aplicó un cuestionario para conocer la opinión de los adolescentes cuyos resultados se exponen a continuación.

En relación al cumplimiento de expectativas y satisfacción de necesidades el 83.3 % de los participantes mencionaron que fue bastante y el 16.6 % poco.

Con respecto a las acciones del terapeuta el 66.6 % de los participantes hicieron referencia que la información fue comprensible y clara, mientras que el 33.3% dijeron que fue poco clara.

Los contenidos temáticos, materiales y ejercicios ejecutados en el programa fueron adecuados para los participantes, ya que el 83.3 % respondieron bastante y el 16.6 % poco.

En relación a las estrategias de afrontamiento que aprendieron los adolescentes para disminuir la ansiedad y la sobreingesta alimentaria son:

- Organización y administración de los tiempos para comer
- Incluir colaciones entre comidas
- Manejo del estrés y ansiedad
- Aprendizaje y utilización de ejercicios de respiración para la disminución de la ansiedad

## **Limitaciones del Estudio II**

Al realizar el estudio existieron limitaciones que es importante considerar para futuras intervenciones y para reflexionar el impacto que pueden tener en el análisis y conclusiones de este estudio. Algunas limitaciones que se pueden mencionar están relacionadas con el tamaño de la muestra, debido a que la edad de los participantes influyó de manera determinante, ya que no se obtuvo el consentimiento de todos los padres de familia para participar en el programa de intervención. Además, por el hecho de ser estudiantes, las actividades extraescolares no les permitieron tener disponibilidad de tiempo para asistir a todas las sesiones programadas en tiempo y forma. Así mismo los espacios y horarios de la institución también fueron una limitante para llevar a cabo todas las sesiones del programa original “La superación de los atracones de comida, Cómo recuperar el control”

## **Capítulo IV**

### **Discusión y conclusiones**

#### **Programa de intervención.**

En la presente investigación se atendió la problemática de la ansiedad y sobreingesta alimentaria en adolescentes con exceso de peso, dando respuesta a este problema tan complejo en psicología de la salud, ya que afecta la respuesta de la ingesta de alimentos, tanto en la elección, calidad y cantidad de la ingesta alimentaria, lo que conlleva al aumento del peso corporal.

El objetivo principal de la investigación fue evaluar la eficacia de un programa intervención dirigido a adolescentes con exceso de peso corporal en la reducción de la ansiedad y la sobreingesta alimentaria, en comparación con un grupo control en lista de espera. Con la implementación del programa se pretendió revertir hábitos poco saludables a través de mantener hábitos regulares alimentarios y manejo de la ansiedad.

Los resultados fueron estadísticamente significativos en la escala del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Es decir, los adolescentes que participaron en el programa de intervención “La superación de los atracones de comida, Cómo recuperar el control” disminuyeron significativamente en la variable de ansiedad, ya que los contenidos relacionados con esta variable estaban enfocados a la intolerancia emocional y a la práctica de la resolución de los problemas.

Sin embargo, en lo referente a la variable de sobreingesta alimentaria no hubo cambios significativos, probablemente debidos a las adecuaciones que se realizaron en el número de sesiones y contenidos al programa original.

Además, la explicación de no hallar cambios en la variable de sobreingesta alimentaria después de la implementación del programa, es debido a que existen otros factores predisponentes que pueden influir en la sobreingesta alimentaria como; la alimentación emocional, los hábitos alimenticios, los estilos de vida, las dietas, la moderación de alimentos poco saludables, la identificación natural e interna de las señales de saciedad y hambre que dicen cuándo, qué y cuánto comer.

### **Consistencia del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria.**

Después del análisis de los resultados obtenidos, concluimos que el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) es un instrumento útil, válido y fiable para evaluar las alteraciones disfuncionales en los hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria en la población de adolescentes mexicanos de 14 a 18 años de edad, ya que los datos arrojaron una consistencia de  $\alpha$  de Cronbach de 0.899, este resultado muestra que el instrumento presenta una buena confiabilidad en la prueba total y en cada una de las subescalas.

### **Comparación de la sobreingesta y la ansiedad, por sexo.**

De acuerdo con los resultados, es posible perfilar los hábitos y actitudes de la conducta alimentaria y problemas asociados de adolescentes diferentes en hombres y mujeres.

Respecto a las escalas de hábitos y actitudes sobre la conducta alimentaria y el funcionamiento psicosocial, se evidencia que los adolescentes (hombres) presentaron valores más altos en la Sobreingesta (SOB), Subingesta (SUB) y alteraciones en la Imagen corporal (COR). Es decir, que los hombres presentan mayor tendencia a seguir comiendo aun después de haber saciado su hambre (escala SOB) y al mismo tiempo optan por no comer lo suficiente; ello está relacionado con intentos por seguir una dieta poco adecuada (escala SUB). Esta información coincide con estudios realizados con poblaciones infantiles y adultas, en los que identificaron que los adolescentes entendían una dieta como sinónimo de privación de alimento (Cruz, Salaberria, Rodríguez & Echeburúa, 2013), lo cual conlleva peligros para la salud del adolescente que se encuentra en desarrollo, tales como experimentar anemia, desnutrición, entre otros.

Con relación a la apariencia personal (COR, puntuaciones altas en hombres) los resultados estipulan que los deseos por hacer dietas, no necesariamente tienen relación con el exceso de peso, más bien la atención de los jóvenes sobre la forma corporal masculina pareciera centrarse en características como la musculatura, la altura y la grasa corporal (Benford & Swamy, 2014; Blashill, 2010; Gila, Castro, Cesena & Toro, 2005).

Los disturbios en la imagen corporal entre los hombres son más complejos que lo que es entre las mujeres (Bergstrom & Neighbors, 2006). En los hombres existen mayores alteraciones y preocupación por la imagen corporal, un aspecto que había sido considerado por mucho tiempo como un problema principal y a veces exclusivo de mujeres. Algunos hallazgos refieren que la insatisfacción corporal de los hombres ha aumentado dramáticamente durante las últimas tres

décadas, de un 15% a un 43%, haciendo estas tasas casi comparables a aquellos encontrados en mujeres (Garner, 1998; Goldfield et al., 2006). Raich (2004) plantea:

"Un hombre...sino es alto, tiene espalda estrecha, las caderas algo anchas o pectorales desarrollados, especialmente en la adolescencia, puede considerarse muy poco masculino y sufrir las consecuencias" (p. 20).

Por otro lado, las mujeres tienen mayores puntuaciones en las escalas de Antojos alimentarios (ANT), Motivación para bajar de peso (MOT) y Alteraciones afectivas (AFE). Estos resultados indican que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más (Arenas & Puigcerver, 2009)

Existen hallazgos que reportan una estrecha relación entre la presencia de ansiedad, obesidad y la pérdida de control al comer en adolescentes; relación que se encuentra mediada por los estilos de afrontamiento al estrés y se presenta especialmente en el sexo femenino (Goossens, et al, 2009).

### **Relación entre la sobreingesta alimentaria y ansiedad.**

Otro de los objetivos fue evaluar la relación entre la Ansiedad Rasgo-Estado con la Sobreingesta alimentaria a través de la prueba de correlación de Pearson ( $r$ ) general y por grupos: por sexo y por niveles de IMC, cuyos resultados estipulan que existe una correlación positiva y moderada entre la variable ansiedad y sobreingesta alimentaria, encontrando diferencias de correlación en las subescalas en hombres y mujeres. Tal como se describe Gibson (2006), la relación entre emociones y alimentación no es simple: por un lado, los estados emocionales y de ánimo pueden influir la conducta alimentaria.

Por tal razón se puede decir que los resultados de este estudio permiten confirmar la relación previamente referida entre la sobreingesta alimentaria y la ansiedad (Jahrami et al., 2020; Wilkinson et al., 2018).

De acuerdo con los datos, la división por grupos de IMC es relevante su estudio para determinar la relación de la sobreingesta con la ansiedad, ya que los resultados no mostraron diferencias significativas en la variable de ansiedad en comparación con la condición de normo peso y exceso de peso, por lo que debería continuarse la investigación en esta línea para responder

a las nuevas interrogantes relacionadas con el papel de otras emociones respecto a la ingesta y la sobreingesta alimentaria.

Además, se deben plantear intervenciones preventivas que permitan trabajar con el manejo de las emociones con relación a la sobreingesta alimentaria, así como también abordar de manera exhaustiva y específica los pensamientos, hábitos y actitudes relacionados con este problema de salud mundial, ya que de esta manera se lograría prevenir el sobrepeso y obesidad (Magallanes & Morales, 2012).

De cara a futuros estudios, sería conveniente analizar este problema en diferentes muestras más representativas de la población objeto de estudio y la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas.

## Referencias

- Arenas, C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología* (Internet), 3(1), 20-29. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es).
- Benford, K. y Swamy, V. (2014). Body image and personality among British men: Association between the big five personality domains, drive for muscularity, and body appreciation. *Journal of Psychiatric Research*, 11(4), 454-457. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.004>
- Blashill, A. (2010). Elements of male body image: Prediction of depression, eating pathology and social sensitivity among gay men. *Body Image*, 7(4), 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.07.006>
- Bruch, H. (1961). Transformación de los impulsos orales en los trastornos alimentarios: una aproximación conceptual. *The Psychiatric Quarterly*, 35(3), 458-481. <https://doi.org/10.1007/BF01573614>
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Basic Books.
- Chinchilla A. (2005). *Obesidad y psiquiatría*. Masson.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Coolican, H. (2004). *Métodos de Investigación y estadística en psicología*, 3ª ed. El Manual Moderno.
- Crowther, H., Sanftner, J., Bonifazi, Z., & Shepherd, L. (2001). The role of daily hassles in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 449-454. <https://doi.org/10.1002/eat.1041>
- Cruz, M., Salaberria, K., Rodríguez, S., & Echeburúa, E. (2013). Imagen corporal y realización de dieta: Diferencias entre adolescentes españolas y latinoamericanas. *Universitas Psychologica*, 12(3), 699-708. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-3.icrd>
- Domínguez-Vásquez, P, Olivares, S, & Santos, JL. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222008000300006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300006&lng=es&tlng=es).

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. (2018). *Resultados nacionales*, INEGI/INSP/Secretaría de Salud, México. <https://bit.ly/2VBRTNu>
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida. Cómo superar el control*. Paidós.
- Fassino, S., Pieró, A., Gramaglia, C., Abbate, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive Awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, 37(4), 168-174.
- Gibson, E. (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89, 53-61.
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 17(1), 68–78. <https://doi.org/10.1002/erv.892>
- Guerrini, A., Cattivelli, R., Giusti, E., Vailati, F., Varallo, G., Pietrabissa, G., Mauro, G., Consoli, S., Bastoni, I., Granese, V., Volpi, C., Villa, V., Caretti, A., Bottacchi, M., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2020). The ACT your CHANGE study protocol: promoting a healthy lifestyle in patients with obesity with Acceptance and Commitment Therapy—a randomized controlled trial. *Trials* 22, 290. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05191-y>
- Heatherton, T, Herman, P. & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 138-143.
- Heatherton, T, Striepe, M. & Wittenberg, L. (1998). Emotional distress and disinhibited eating: The role of self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 301-313.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. (4ta ed.). Mc Graw Hill.
- Herman, P., & Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. In A. J. Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders* (pp. 141–156). New York: Raven Press.
- Jahrami, H., Saif, Z., AlHaddad, M., Hammad, L., & Ali, B. (2020). Assessing dietary and lifestyle risk behaviours and their associations with disease comorbidities among patients with depression: A case-control study from Bahrain. *Heliyon*, 6(6), e04323. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04323>
- Kaplan, H. & Kaplan, H. (1957). A psychosomatic concept. *American Journal of Psychotherapy*, 11, 16-38.

- Koff, E., & Sangani, P. (1997). Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 51-56
- Krauskopf, D. (1994). *Adolescencia y Educación*. Segunda edición. Editorial EUNED.
- Lee, J. M., Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). The moderating effect of avoidant coping on restrained eaters' risk for disinhibited eating: Implications for dietary relapse prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2334-2348.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.010>
- Lee, M., Greening, L. & Stoppelbein, L. (2007). The moderating effect of avoidant coping on restrained eaters' risk for disinhibited eating: implications for dietary relapse prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (23), 34-48.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.010>
- López-Aguilar, et al., (2011). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 24-32.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100003&lng=es&tlng=es).
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid [COPM]. (2014). *Emociones y Salud*.  
<https://goo.gl/6MzXt2>
- Magallares, A., & Morales, J. F. (2012). Eating behavior and obesity. Behavioral economic strategies for health professionals. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 131-133.
- Malo-Serrano M, Castillo N, Pajita D. (2017). La obesidad en el Mundo. *Anales Facultad de Medicina*, 78 (2), 67-72. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>.
- Meule, A. (2011). How Prevalent is Food Addiction?? *Frontiers in Psychiatry*, 2.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00061>
- Miller, R. L., Lucas-Thompson, R. G., Sanchez, N., Smith, A. D., Annameier, S. K., Casamassima, M., Verros, M., Melby, C., Johnson, S. A., & Shomaker, L. B. (2021). Effects of a mindfulness-induction on subjective and physiological stress response in adolescents at-risk for adult obesity. *Eating behaviors*, 40, 101467.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101467>

- Morillo Sarto, H., Barcelo-Soler, A., Herrera-Mercadal, P., Pantilie, B., Navarro-Gil, M., Garcia-Campayo, J., & Montero-Marin, J. (2019). Efficacy of a mindful-eating programme to reduce emotional eating in patients suffering from overweight or obesity in primary care settings: a cluster-randomised trial protocol. *BMJ Open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031327>
- O'Donnell, W. E., & Warren, W. (2007). *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)*. Manual Moderno
- Oliveira, E., Kim, H. S., Lacroix, E., de Fatima Vasques, M., Durante, C. R., Periera, D., Cabral, J. R., Bernstein, P. S., Garcia, X., Ritchie, E. V., & Tavares, H. (2020). The clinical utility of food addiction: Characteristics and psychosocial impairments in a treatment-seeking sample. *Nutrients*, 12(11). <http://doi.org/10.3390/nu12113388>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. [https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Obesidad y sobrepeso*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Oyarce Merino, Karina, Valladares Vega, Macarena, Elizondo-Vega, Roberto, & Obregón, Ana María. (2016). Conducta alimentaria en niños. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1461-1469. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.810>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 <http://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Interoception in anxiety and depression. *Brain Structure Function*. <http://dx.doi.org/10.1007/s00429-010-0258-9>
- Pi-Sunyer, X. (2009). The medical risks of obesity. *Postgraduate Medicine*, 121(6), 21-33. <https://doi.org/10.3810/pgm.2009.11.2074>
- Pla-Sanjuanelo, J., Ferrer-García, M., Vilalta-Abella, F., Riva, G., Dakanalis, A., Ribas-Sabaté, J., Andreu-Gracia, A., Fernandez-Aranda, F., Sanchez-Diaz, I., Escandón-Nagel, N., Gomez-

- Tricio, O., Tena, V., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2019). Testing virtual reality-based cue-exposure software: Which cue-elicited responses best discriminate between patients with eating disorders and healthy controls? *Eating and Weight Disorders*, 24(4), 757–765. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0419-4>
- Polivy, J., Heatherton, T. & Herman, P. (1988). Self-esteem, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 354-356.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. (2012). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada*. El Manual Moderno.
- Salvo, V., Kristeller, J., Montero Marin, J. *et al.* (2018). Mindfulness as a complementary intervention in the treatment of overweight and obesity in primary health care: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 19, 277. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2639-y>
- Sánchez, J. L., Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*. 27(6):2148-2150. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6061>
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating: internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science*, 161, 751-756.
- Schachter, S., Goldman, R. y Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10(2), 91-97.
- Schyns, G., Roefs, A., Smulders, F., & Jansen, A. (2018). Cue exposure therapy reduces overeating of exposed and non-exposed foods in obese adolescents. *Journal of Behavior, Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 68–77. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.09.002>
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, Ihab (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1),10 <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar Mindfulness*. Sello editorial.
- Small, L., Aplasca, A. (2016). Child obesity and mental health: A complex interaction. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25, 269-282. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.008>
- Stapleton, P., Lilley-Hale, E., Mackintosh, G., & Sparenburg, E. (2020). Online delivery of emotional freedom techniques for food cravings and weight management: 2-year follow-

- up. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(2), 98–106.  
<https://doi.org/10.1089/acm.2019.0309>
- Spielberger, C., & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado*. México: El manual moderno.
- Stunkard, A.J., & Messick, S. (1985). The Three-Factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition affect and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83
- Suárez, W; Sánchez, A. (2018). Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. Relación con la fuerza y la actividad física. *Nutrición Clínica en Medicina*. 12(3), 128-139. <https://doi.org/10.7400/NCM.2018.12.3.5067>
- Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. (2020). Systematic reviews of effectiveness. JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Valdés, M. & Arroyo, M. C. (2002). Coping strategies and anxiety: preliminary survey on a sample of women with eating disorders. *Ansiedad y Estrés*, 8, 1, 49-58.
- Vila, G., Zipper, E., Dabbas, M., Bertrand, C., Robert, J. J., Ricour, C., & Mouren-Siméoni, M. C. (2004). Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 387-394.
- Weinbach, N., Keha, E., Leib, H., & Kalanthroff, E. (2020). The Influence of Response Inhibition Training on Food Consumption and Implicit Attitudes toward Food among Female Restrained Eaters. *Nutrients*, 12(12), 3609. <https://doi.org/10.3390/nu12123609>
- Wilkinson, L. L., Rowe, A. C., Robinson, E., & Hardman, C. A. (2018). Explaining the relationship between attachment anxiety, eating behaviour and BMI. *Appetite*, 127, 214-222. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.029>
- Yepes, J., Urrútia, G., Romero, M., & Alonso, S. (2020). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

## Anexos

### Anexo I

#### Registro de seguimiento

Día:			Fecha:	
Hora	Comidas y bebidas consumidas	Lugar	*	Contexto y comentarios

**Instrucciones:** Intenta ser preciso y registrar todo en cuanto ocurra. En otras palabras, intenta tomar nota «en tiempo real». **Columna 1.** Anota la hora a la que comes y bebes cualquier cosa. **Columna 2.** Registra exactamente lo que comes y bebes, incluyendo el contenido de la sobreingesta. No omitas nada. No registres las calorías. Límitate a describir de forma simple lo que has comido y bebido, y hazlo tan pronto como sea posible, preferentemente de inmediato. Intentar recordar lo que ingeriste hace unas horas es poco fiable y no te ayudará a cambiar. Por ejemplo, si comes fuera de casa, es buena idea apuntarlo todo entre platos, tal vez abandonando la mesa por un instante, para disfrutar de cierta intimidad. Solo así el registro te ayudará a cambiar tu conducta. Identifica con corchetes los episodios alimentarios que consideras «comidas». No pongas entre corchetes los tentempiés y otros episodios alimentarios. **Columna 3.** Especifica el lugar en el que consumiste los alimentos o bebidas. Si estabas en casa, indica la habitación. **Columna 4.** Coloca un asterisco junto a la comida que consideras excesiva. Así, los atracones se distinguirán por una cadena de asteriscos. **Columna 5.** Emplea esta columna como un diario para anotar cualquier cosa que en tu opinión influya en tu alimentación. Por ejemplo, cada vez que en la columna 4 anotes un asterisco, en la columna 5 deberías registrar las circunstancias del momento, con el propósito de identificar los desencadenantes del episodio de alimentación «excesiva». Quizá has discutido con alguien y estás irritado. O tal vez has sufrido presión social para comer. Usa también la columna 5 para consignar tu peso cada vez que pases por la báscula

#### Registro de imagen corporal

Hora	Examen	Lugar	Contexto, pensamientos y sentimientos.

Instrucciones del registro de imagen corporal. **Columna 1.** Consigna la hora. **Columna 2.** Registra cada vez que examines o evites tu cuerpo, cada vez que seas especialmente consciente de él, cada vez que compares tu cuerpo con el de otros, cuando inspecciones el cuerpo de los demás o te sientas «gordo». En esos momentos apunta exactamente lo que has hecho y, entre paréntesis, el número de minutos que ha durado ese comportamiento o sensación. **Columna 3.** Registra el lugar en el que te encontrabas. **Columna 4.** Registra el contexto, los pensamientos y sensaciones que acompañaron la conducta o experiencia.



## Anexo II. Consentimiento informado

Institución encargada del desarrollo de la  
Investigación: Universidad Autónoma del Estado de  
México.



**Título del proyecto:** Evaluación de una intervención para reducir la ansiedad y sobreingesta alimentaria en adolescentes con exceso de peso.

**Investigador:** Ayala Dávila Gloria Edith

### Consentimiento informado

Este formulario de consentimiento informado se dirige a los adolescentes de 15 a 18 años que se encuentran inscritos en la Escuela Preparatoria Oficial Número 11, para que participen en el Programa de Intervención “Salud alimentaria” que tiene como objetivo revertir hábitos poco saludables a través del manejo de ansiedad y sobreingesta alimentaria.

#### Actividades que se realizarán durante la intervención

Se aplicarán tres cuestionarios (antes y al finalizar la intervención), el tiempo estimado para contestarlos será de 20 a 30 minutos aproximadamente cada uno. Así mismo, la intervención consistirá en 14 sesiones de 50 minutos con periodicidad semanal y en la cual se abordarán temas como: Comer con regularidad para establecer un patrón de alimentación regular, alternativas a la sobreingesta y la ansiedad, resolución de problemas e imagen corporal

La intervención conlleva un riesgo mínimo, ya que no se realizarán pruebas clínicas ni tratamientos médicos. El principal beneficio que obtendrán los participantes será la obtención de nuevos conocimientos para aplicarlos en su vida cotidiana. Así mismo, no se dará ninguna compensación económica por participar.

#### Trascendencia de su participación

El que su hijo participe en la investigación ayudará a evaluar el programa de intervención para reconocer su eficacia y el diseño de nuevas actividades que permitan revertir el problema

#### Confidencialidad y participación:

Durante la implementación de este programa sus datos serán estrictamente confidenciales y solo serán utilizados con fines académicos y de investigación, la participación es voluntaria y tienen el derecho a retirarse del programa en cualquier momento sin consecuencia alguna.

### **Datos de contacto**

#### **Comité de ética**

En caso de que considere que sus derechos han sido vulnerados por este proyecto de investigación, está enterado de que tiene la opción de comunicarlo al presidente de la comisión de ética de la Universidad Autónoma del Estado de México campus Nezahualcoyot

#### **Responsable del proyecto**

Si tiene alguna pregunta con respecto a la temática que se abordó, el tratamiento de sus datos está enterado de que puede expresarla comunicándose al correo electrónico ([yitapsic@gmail.com](mailto:yitapsic@gmail.com)) de la investigadora principal la Lic. Ayala Dávila Gloria Edith, estudiante de la Maestría en Psicología de la Salud.

Para más información, puede acudir a la Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEM Zumpango con la Dra. González Jaimes Elvira Ivonne ([ivonegj@hotmail.com](mailto:ivonegj@hotmail.com)), también puede dirigirse con el comité tutorial que está integrado por la Dra. Escoto Ponce de León María del Consuelo y la Dra. Contreras Landgrave Georgina en la Universidad Autónoma del Estado de México UAEM Ecatepec o puede llamar a los teléfonos 55 57 87 36 26 Ext. 181.

#### **Datos del comité de ética:**

...

Si desea participar, favor de llenar el siguiente apartado.

A través de la presente declaro que se me ha informado de manera clara y precisa el trabajo que se va a realizar con mi hijo (a) y satisfecho (a) con la información que me han brindado consiento su participación en el programa de intervención “Salud alimentaria”.

---

Firma del Padre o tutor



### Anexo III. Asentimiento informado

Institución encargada del desarrollo de la  
Investigación: Universidad Autónoma del Estado de  
México.



**Título del proyecto:** Evaluación de una intervención para reducir la ansiedad y sobreingesta alimentaria en adolescentes con exceso de peso.

**Investigador:** Ayala Dávila Gloria Edith

#### Asentimiento informado

A tus padres se les ha hecho llegar previamente los lineamientos y las características de tu participación en el proyecto, tus padres están enterados de la investigación y puedes hablar con ellos antes de tomar la decisión de participar.

Durante la intervención podrás realizar las preguntas que desees para comprender el estudio, ya que éstas serán resueltas en cualquier momento y se empleará el tiempo necesario para explicarlas. Es importante que sepas que la participación es voluntaria, si eliges participar o no en la investigación, la decisión tomada no conllevará consecuencias de ninguna índole, personal, social, familiar, emocional, moral o económica.

#### Procedimientos durante la intervención

Los procedimientos que se llevarán a cabo serán responder tres cuestionarios (antes y al finalizar la intervención), el tiempo estimado para contestarlos oscilará entre 20 a 30 minutos aproximadamente cada uno. En lo referente a la intervención consistirá en 14 sesiones de 50 minutos con periodicidad semanal y en la cual se abordarán temas como: Comer con regularidad para establecer un patrón de alimentación regular, alternativas a la sobreingesta y ansiedad, resolución de problemas e imagen corporal.

#### Confidencialidad

La confidencialidad es la garantía de que la información personal será protegida para que no sea divulgada sin consentimiento de tu persona, ya que cada individuo tiene derecho a proteger su información personal. Para asegurar la confidencialidad se utilizarán códigos especiales de

identificación, es decir en lugar de utilizar el nombre y apellidos reales, o incluso el registro de la institución, se asignan otros códigos para su identificación.

### **Responsable del proyecto**

Si tiene alguna pregunta con respecto a la temática que se abordó, el tratamiento de sus datos está enterado de que puede expresarla comunicándose al correo electrónico ([yitapsic@gmail.com](mailto:yitapsic@gmail.com)) de la investigadora principal la Lic. Ayala Dávila Gloria Edith, estudiante de la Maestría en Psicología de la Salud.

Para más información, puede acudir a la Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEM Zumpango con la Dra. González Jaimes Elvira Ivonne ([ivonegj@hotmail.com](mailto:ivonegj@hotmail.com)), también puede dirigirse con el comité tutorial que está integrado por la Dra. Escoto Ponce de León María del Consuelo y la Dra. Contreras Landgrave Georgina en la Universidad Autónoma del Estado de México UAEM Ecatepec o puede llamar a los teléfonos 55 57 87 36 26 Ext. 181.

### **Datos del comité de ética:**

Si deseas participar, favor de llenar el siguiente apartado

A través de la presente declaro que se me ha informado de manera clara y precisa el trabajo que voy a realizar (a) y satisfecho (a) con la información que me han brindado asiendo mi participación en el programa de intervención “Salud alimentaria”.

---

Nombre del alumno

## Anexo IV. Autorización directivos de la institución



**Institución encargada del desarrollo de la Investigación:** Universidad Autónoma del Estado de México.

**Título del proyecto:** Evaluación de una intervención para reducir la ansiedad y sobreingesta alimentaria en adolescentes con exceso de peso.

**Investigador:** Ayala Dávila Gloria Edith

### Autorización directivos de la institución

Por medio de la presente se solicita autorización para llevar a cabo un estudio, en el que se pretende realizar un programa de intervención de “Salud alimentaria” dirigido a los adolescentes de 15 a 18 años que se encuentran inscritos en la Escuela Preparatoria Oficial del turno matutino, a través de revertir hábitos poco saludables por el hábitos regulares y manejo de ansiedad.

### Actividades que se realizarán durante la intervención

1. Se pesará y medirá a los estudiantes del turno matutino de la Escuela Preparatoria Oficial para estimar el IMC. Seguidamente se utilizará la fórmula:  $\text{peso (kg)} / [\text{estatura (m)}]^2$ , ya que se haya calculado el IMC se procederá a consultar las tablas referidas por OMS (2007) para proceder a la clasificación de los adolescentes que formaran parte de la muestra.
2. Se realizará una lista de los alumnos que tengan sobrepeso y obesidad de acuerdo con los parámetros de la OMS.
3. Después de identificar a los adolescentes que presentan obesidad y sobrepeso a través de obtener el índice de masa corporal (IMC) se realizará una muestra selectiva en dos grupos de manera aleatoria para ubicar a los participantes en los grupos control y grupo experimental. La conformación de los grupos se designará de acuerdo con una tabla aleatoria que ira acorde a su número de cuenta institucional.
4. Al estar conformados los grupos se les aplicará dos cuestionarios (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [IDARE] y Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria [OQ])

5. Posteriormente, ya que han sido asignados al azar los estudiantes que participarán en el estudio se convocará a los padres de familia para explicarles las características y lineamientos del estudio. Asimismo, firmarán el consentimiento informado para la participación de sus hijos en la investigación.
6. Los alumnos firmarán el asentimiento informado para su participación.
7. Se comenzará con el programa de intervención el cual comprende 14 sesiones con una duración de 50 minutos y una periodicidad semanal.
8. Al concluir la intervención se aplicará nuevamente los dos cuestionarios (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [IDARE] y Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria [OQ]) para analizar los resultados y el impacto del programa.
9. Finalmente se dará a conocer los resultados de la intervención.

### **Confidencialidad**

Para asegurar la confidencialidad de los datos de los estudiantes se utilizarán códigos especiales de identificación, es decir en lugar de utilizar el nombre y apellidos reales, o incluso el registro de la institución, se asignan otros códigos para su identificación.

### **Responsable del proyecto**

Si tiene alguna pregunta con respecto a la temática que se abordó, el tratamiento de sus datos está enterado de que puede expresarla comunicándose al correo electrónico ([yitapsic@gmail.com](mailto:yitapsic@gmail.com)) de la investigadora principal la Lic. Ayala Dávila Gloria Edith, estudiante de la Maestría en Psicología de la Salud.

Para más información, puede acudir a la Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEM Zumpango con la Dra. González Jaimes Elvira Ivonne ([ivonegj@hotmail.com](mailto:ivonegj@hotmail.com)), también puede dirigirse con el comité tutorial que está integrado por la Dra. Escoto Ponce de León María del Consuelo y la Dra. Contreras Landgrave Georgina en la Universidad Autónoma del Estado de México UAEM Ecatepec o puede llamar a los teléfonos 55 57 87 36 26 Ext. 181.



## Anexo V. Cuestionario para la evaluación del programa de intervención

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.  
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC.**



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD Y  
SOBREINGESTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD Y  
SOBREPESO.**

**Objetivo:** Evaluación final del modelo de intervención “disminución de la ansiedad y sobreingesta alimentaria”

Agradecemos tu participación en el programa de intervención para disminuir la ansiedad y sobreingesta alimentaria. Es importante que nos brindes tu opinión, ya que para nosotros es de utilidad mejorar la organización y calidad de la intervención.

**Instrucciones:** Reflexiona y responde las siguientes preguntas, te llevará poco tiempo, recuerda que la información que nos brindas es confidencial y anónima.

Subraya la respuesta que consideres de acuerdo con tu opinión.

1. ¿Cómo calificarías la calidad del programa de intervención en el que has participado?
  - a) Excelente
  - b) Buena
  - c) Regular
  - d) Mala
  
2. ¿En qué medida el programa a satisfecho tus necesidades?
  - a) Mucho
  - b) Bastante
  - c) Poco
  - d) Nada

3. Si un amigo necesitara una ayuda similar ¿le recomendarías nuestro programa?
  - a) Si
  - b) No
  - c) Probablemente
  
4. ¿Te han ayudado las estrategias que has recibido a hacer frente de manera más eficazmente a la ansiedad y sobreingesta alimentaria?
  - a) Mucho
  - b) Bastante
  - c) Poco
  - d) Nada
  
5. ¿La información brindada por el terapeuta fue clara?
  - a) Mucho
  - b) Bastante
  - c) Poco
  - d) Nada
  
6. ¿Sientes que comprendiste la información brindada por el terapeuta?
  - a) Mucho
  - b) Bastante
  - c) Poco
  - d) Nada
  
7. ¿Los contenidos temáticos, materiales y ejercicios fueron adecuados?
  - a) Mucho
  - b) Bastante
  - c) Poco
  - d) Nada

8. ¿El terapeuta contaba con el profesionalismo y habilidades adecuadas para llevar a cabo el programa de intervención?
- a) Mucho
  - b) Bastante
  - c) Poco
  - d) Nada
9. ¿Recibiste conocimientos útiles para afrontar la ansiedad y controlar la sobreingesta alimentaria?
- a) Mucho
  - b) Bastante
  - c) Poco
  - d) Nada
10. ¿Con qué frecuencia utilizas las estrategias o ejercicios enseñados en las sesiones del programa?
- a) Mucho
  - b) Bastante
  - c) Poco
  - d) Nada
11. La percepción que tienes de los terapeutas es:
- a) Excelente
  - b) Buena
  - c) Regular
  - d) Mala
12. ¿Realizaste las tareas del programa para trabajar en casa?
- a) Siempre
  - b) Casi siempre
  - c) Algunas veces

d) Casi nunca

13. ¿Has podido utilizar los ejercicios y la información recibida en el programa de intervención para otras áreas de su vida diferentes a la ansiedad y sobreingesta alimentaria?

a) Mucho

b) Bastante

c) Poco

d) Nada

14. ¿El programa cumplió con tus expectativas iniciales?

a) Mucho

b) Bastante

c) Poco

d) Nada

15. En general, ¿en qué medida te sientes satisfecho con el programa de intervención?

a) Mucho

b) Bastante

c) Poco

d) Nada

16. Enumera las estrategias de afrontamiento y control que has adquirido y puesto en práctica durante y después de la intervención.

---

---

---

---

---



## Anexo VI. Carta descriptiva del programa de intervención (Fairburn, 1998)

<i>Contenido temático</i>	Sesión	Objetivo	Actividades	Método	Técnica	Recursos y materiales	Duración
<i>Presentación del programa</i>	Día 1	Dar a conocer los lineamientos generales del programa de intervención.	Especificar el número de sesiones y lo que se requiere para trabajar en cada una de ellas.		Escucha activa.	Manual del programa de intervención para disminuir la ansiedad y la sobreingesta alimentaria.	10 minutos
<i>¿Por qué cambiar? ¿Qué ocurrirá con mi peso?</i>		Reconocer los beneficios del cambio, la severidad con la que la sobreingesta afecta la calidad de vida y la falta de control emocional y en las cantidades de alimentación.	Elaborar una lista de las potenciales ventajas del cambio. Tratando de responder a las siguientes preguntas. 1. ¿Me sentiré mejor conmigo mismo? 2. ¿Mejorará mi calidad de vida? 3. ¿Mejorará mi salud física? 4. ¿Se beneficiarán los demás?	El participante deberá responder preguntas para orientar su reflexión a las ventajas que puede obtener si cambia las conductas que favorecen el sobrepeso.	Escritura	Hojas blancas	10 minutos
<i>Etapas 1. Un buen inicio Auto seguimiento</i>	Día 2	A través del auto seguimiento el participante obtendrá información importante sobre su problema alimentario, logrará ser más consciente	El auto seguimiento te permite responder a las siguientes preguntas: 1. ¿Qué cómo exactamente en mis sobreingestas alimentarias?	El participante deberá tomar nota «en tiempo real». 1. Anotará la hora en la que come y bebe.	Escritura	Formato del registro de seguimiento en blanco. (Anexo)	20 minutos

	<p>del problema y revelará gradualmente las conductas aparentemente automáticas y fuera de control.</p>	<p>2. ¿En qué se diferencia de otras comidas?</p> <p>3. ¿Las sobreingestas alimentarias se componen de alimentos que intento evitar?</p> <p>4. ¿Cuándo ocurren exactamente?</p> <p>5. ¿Hay un patrón predecible? Por ejemplo, ¿ocurren siempre de noche?</p> <p>6. ¿Hay diferencias entre los fines de semana y el resto de los días?</p> <p>7. ¿Qué desencadena la ingesta compulsiva?</p> <p>8. ¿Ocurre en ciertas circunstancias?</p> <p>9. ¿Tiene lugar cuando estoy aburrido, deprimido, solitario o ansioso?</p> <p>10. ¿Tiene alguna función? Por ejemplo, ¿alivia la sensación de tensión? ¿Es una forma de castigarme a mí mismo?</p>	<p>2. Registrará lo que come y bebe.</p> <p>3. Especificar el lugar en el que se consumen los alimentos o bebidas.</p> <p>4. Colocar un asterisco junto a la comida que se considera excesiva.</p> <p>5. Anotar cualquier cosa que influya en la alimentación.</p> <p>Por ejemplo, registrar las circunstancias del momento, con el propósito de identificar los desencadenantes del episodio de alimentación «excesiva». Quizá has discutido con alguien y estás irritado. O tal vez has sufrido presión social para comer.</p>			
<p><i>Etapa II Comer con regularidad</i></p>	<p>Establecer un patrón de alimentación regular.</p>	<p>Establecer un patrón de alimentación regular, es decir hacer tres comidas planificadas y dos o tres colaciones.</p>	<p>El participante deberá escribir un plan considerando tres comidas y tres colaciones.</p>	<p>Escrito</p>	<p>Hoja de registro</p>	<p>10 minutos</p>

		<p>Teniendo cuidado en tres aspectos</p> <p>1) Planificar al inicio de cada día (o la noche anterior), determinar las horas de las comidas y colaciones</p> <p>2) Tomar las comidas principales y las colaciones de forma planificada (sin saltarse ninguna comida)</p> <p>3) Esfuerzo para no picar entre las comidas y las colaciones.</p>	*Tiempos, tipos de alimentos y cantidades.				
<i>Etapa III. Alternativas a la ansiedad</i> <i>Ansiedad como emoción</i>	Día 3	Aprendizaje de técnicas para disminución de la ansiedad.	Reconocer la respuesta de la ansiedad en los aspectos; fisiológico, cognitivo y conductual. Práctica de técnicas para disminuir la ansiedad (relajación, respiración, etc.)	-Diferenciar y reconocer los estados de ansiedad. -Aprendizaje de técnicas para disminuir la ansiedad.	Técnicas de relajación Técnicas de respiración consciente.	Tapete Moneda Almohada	50 minutos
<i>Alternativas a la sobre ingesta</i>		Adoptar un patrón de alimentación regular Aprender a comer y no comer en los intervalos.	Introducir comidas y colaciones planificadas para evitar comer en intervalos.  Pensar actividades que puedan ayudar a resistirse a comer. Estas actividades que se van a enlistar deben cubrir por lo menos un tiempo de una hora.  Además, deben tener tres propiedades:	El participante pensara en las alternativas que tiene y las enlistará	Escritura	Material impreso.	50 minutos

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es activa (implica hacer algo) y no pasiva (como ver la televisión).</li> <li>2. Es amena (no parece un trabajo).</li> <li>3. Es realista (es algo que puedes hacer razonablemente).</li> </ol> <p>Después de realizar la lista se debe comenzar a sustituir las actividades.</p> <p>Evaluación</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿He confeccionado una lista de actividades alternativas?</li> <li>2. ¿Estoy registrando los impulsos de comer?</li> <li>4. Examina los registros de seguimiento que has completado desde que empezaste la etapa 3.</li> </ol> <p>¿Te ha asaltado el impulso de comer? ¿Lo has registrado cuando sucedió? Comer fuera de las comidas y tentempiés planificados sugiere que has sucumbido a estos impulsos.</p> <p>¿Utilizo mi lista de actividades alternativas</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		<p>cuando lo necesito?</p> <p>¿Puedo mejorar mi uso de las actividades alternativas? Si has intentado intervenir, ¿cómo ha ido?</p> <p>¿Has actuado en una fase temprana?</p> <p>¿Has recurrido a una o más de las actividades de tu lista?</p> <p>¿Qué actividades han funcionado y cuáles no? ¿Has modificado tu lista en función de esa experiencia</p>					
<i>Etapa IV. Resolución de problemas</i>	Día 4	<p>Practicar la resolución de problemas.</p> <p><b>Dar a conocer las pautas para resolver problemas en seis pasos.</b></p> <p><b>Paso 1.</b> Identificar el problema tan pronto como sea posible.</p> <p><b>Paso 2.</b> Definir el problema con precisión.</p> <p><b>Paso 3.</b> Considerar tantas soluciones como sea posible.</p> <p><b>Paso 4.</b> Pensar en las implicaciones de cada solución.</p> <p><b>Paso 5.</b> Elegir la mejor solución o combinación de soluciones.</p> <p><b>Paso 6.</b> Poner en práctica la solución</p>	<p>El participante reflexionara sobre un problema y llevara a cabo los seis pasos para su solución.</p>	<p>Reflexión y plenaria.</p>		50 minutos	
<i>Etapa V. Hacer el balance</i>		<p>Evaluar el progreso</p>	<p>Analizar los siguientes aspectos para reconocer el</p>	<p>Reflexión retrospectiva para saber que he</p>	<p>Participación en plenaria.</p>	<p>Materiales impresos</p>	15 minutos

a) *Combatir la dieta estricta*

		<p>progreso que se ha tenido a través de las actividades realizadas durante el programa de intervención.</p> <p>1. <b>Las cosas van bien.</b> Si la frecuencia de los episodios de sobreingesta han disminuido,  2. <b>Los cambios son limitados</b> (Es importante cuestionarse el compromiso con el cambio)  3. Los <b>cambios son escasos</b> pese a todos esfuerzos.</p>	realizado y qué no.			
	Afrontar los procesos que hacen vulnerable a la sobreingesta.	<p>Reconocer los orígenes de la sobreingesta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estrés</li> <li>-Comer en intervalos</li> <li>-Recurrir a actividades alternativas para frenar los impulsos y una eficaz resolución de problemas</li> <li>-Determinar si se hace dieta estricta</li> </ul> <p>A través de las siguientes preguntas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué se come entre la sobreingestas?</li> <li>2. ¿Estoy restringiendo lo que como?</li> </ol>	Reflexionar sobre las dietas estrictas	Escritura y participación en plenaria.	Materiales impresos.	35 minutos

		<p>3. ¿trato de seguir un régimen (o un objetivo) dietético específico?</p> <p>4. ¿Procuro no comer durante largos períodos de tiempo?</p> <p>5. ¿Intento limitar la cantidad total de comida ingerida, permaneciendo por debajo de un límite calórico previamente definido?</p> <p>6. ¿Estoy evitando algunos alimentos específicos, aquellos que en mi opinión engordan o pueden desencadenar una sobreingesta?</p> <p>7. ¿hago dieta con una actitud de «todo o nada», de modo que si la rompo tiendo a abandonar y a comer compulsivamente?</p> <p>8. ¿Cuáles son los</p>				
--	--	---	--	--	--	--

c) *Imagen corporal*

		<p>desencadenantes de la sobreingesta?</p> <p>9. ¿La sobreingesta surge al infringir las reglas de la dieta?</p> <p>10. ¿Ocurren si se come más de lo que se debiera?</p> <p>11. ¿Son el resultado de comer algún alimento prohibido?</p>				
Día 5	Identificar la obsesión por el peso y la apariencia.	<p>Gráfico circular de porciones</p> <p>-Enumerar las cosas importantes relacionadas con evaluar o juzgar como persona (Calidad de las relaciones sentimentales y de amistad, rendimiento escolar y nivel de forma física)</p> <p>-Dibujar el gráfico de porciones considerando (familia, escuela, amigos, deporte, música, apariencia, peso y alimentación)</p> <p>-Aumentar o reducir los ámbitos que afectan o están relacionados con el peso y la apariencia.</p>	El participante aprenderá la importancia de mirarse al espejo y aspectos en los que debe enfocarse para no evitar su cuerpo y adquirir conciencia de él.	Técnicas del espejo.	Espejo	50 minutos

		<p>-Identificar nuevas actividades potenciales.</p> <p>-Compromiso a realizar las actividades.</p> <p>-Realizar un registro de la imagen corporal.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando se examine o evite el cuerpo.</li> <li>2. Cada vez que se sea consciente del propio cuerpo.</li> <li>3. Al compararse con otros.</li> <li>4. Al inspeccionar el cuerpo de los demás.</li> </ol> <p>Examen de apariencia. Uso del espejo. Preguntas a responder: ¿Con qué frecuencia me miro en el espejo? ¿Cuánto tiempo paso observándome? ¿Qué hago exactamente cuando me miro? ¿Qué intento descubrir? (Esta es una interesante pregunta que merece cierta reflexión.) ¿Lo encontraré mirándome</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		<p>en el espejo?</p> <p>¿Cuántos espejos uso en casa?</p> <p>¿Cuáles son las «buenas razones» para mirarse en un espejo?</p> <p>¿Hay otras «buenas razones» para mirarse en el espejo?</p> <p>¿Cuántos espejos conviene tener en casa?</p> <p>¿Cómo puedo evitar la «magnificación» que procede del escrutinio?</p> <p>¿Debo mirarme desnudo en el espejo?</p> <p>¿Necesito un espejo para probarme la ropa, sobre todo si voy a salir?</p>					
<i>Etapa VI. Un buen final</i>	Día 6	Mantenimiento del progreso y afrontamiento de las recaídas.	Reconocer las causas de las recaídas.  Expectativas realistas.	Identificar las causas de las recaídas para afrontarlas con asertividad.	Reflexión escrita	Hojas blancas.	30 minutos
<i>C) Mantener el progreso</i>							
<i>D) Atender las recaídas</i>							
<i>Cierre y evaluación del programa</i>		Evaluar el programa de intervención.	Responder el cuestionario de la evaluación del programa.	Lo participantes responderán los instrumentos para el análisis de la evaluación del programa.	Responder un cuestionario para evaluar el programa de intervención.	Instrumentos de evaluación del programa de intervención.	20 minutos

## Anexo VII. Productos del trabajo de tesis



# Universidad Tecnocientífica del Pacífico

Editorial UTP

Tepic, Nayarit, México; a 12 de diciembre del 2022

Gloria Edith Ayala Dávila  
Ivone Elvira González Jaimes  
María del Consuelo Escoto Ponce de León  
Georgina Contreras Landgrave

**Presente:**

A través de la presente, me permito saludarle, y al mismo tiempo comunicar a Ud(s) que la Editorial UTP es una editorial indizada, comprometida con publicaciones de alta calidad por lo que su proyecto de investigación titulado **"Educación alimentaria y comportamientos saludables en la vida escolar: promoviendo la inclusión"** ha sido sometido a un riguroso proceso de arbitraje por pares académicos a doble ciego y ajustado de acuerdo a las recomendaciones emitidas por los mismos, con base en lo anterior mencionado se determinó que cumple con los criterios de evaluación del comité editorial de la Universidad Tecnocientífica del Pacífico S.C. por lo que ha sido:

**Aceptado para su publicación como Capítulo del libro titulado  
"Educación Inclusiva"**

con registro **ISBN 978-607-8759-35-4**, por lo que está disponible en la plataforma de la editorial UTP en el siguiente enlace:  
<https://libros-utp.com/index.php/editorialutp/catalog/book/117>

Agradecemos su preferencia. Enviamos una felicitación especial por ser parte del equipo de investigadores que está transformando con ciencias a Nayarit, México y el Mundo.

Atentamente





**Jesús Ernesto Caravantes Estrada**  
Director de la UTP





**EDUCATECONCIENCIA**  
ON

Revista EDUCATECONCIENCIA.  
Volumen 30, No.37  
ISSN: 2007-6347  
E-ISSN: 2683-2836  
Período: Octubre-diciembre 2022  
Tepic, Nayarit, México  
Pp. 227-248  
Doi: <https://doi.org/10.58299/edu.v30i37.579>

Recibido: 18 de agosto del 2022  
Aprobado: 20 de diciembre del 2022  
Publicado: 20 de diciembre del 2022

**Revisión sistemática: Intervenciones para Disminuir la Ansiedad y la Sobreingesta Alimentaria en Adolescentes.**

**Systematic review: Interventions to Reduce Anxiety and Food Overeating in Adolescents.**

**Gloria Edith Ayala Dívila**  
Universidad Autónoma del Estado de México, México.  
[gayalad002@alumno.uaemex.mx](mailto:gayalad002@alumno.uaemex.mx)  
<https://orcid.org/0000-0002-8725-0621>

**Ivone Elvira González Jaimes**  
Universidad Autónoma del Estado de México, México.  
[elgonzalezj@uaemex.mx](mailto:elgonzalezj@uaemex.mx)  
<https://orcid.org/0000-0002-5328-5586>

**Jessica García Frías**  
Universidad Autónoma del Estado de México, México.  
[jgarciaf021@alumno.uaemex.mx](mailto:jgarciaf021@alumno.uaemex.mx)

**María del Consuelo Escoto Ponce de León**  
Universidad Autónoma del Estado de México, México.  
[cescotop@uaemex.mx](mailto:cescotop@uaemex.mx)  
<https://orcid.org/0000-0003-4479-2209>

**Georgina Contreras Landgrave**  
Universidad Autónoma del Estado de México, México.  
[gcontreras@uaemex.mx](mailto:gcontreras@uaemex.mx)

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons 4.0 Atribución-No Comercial (CC BY-NC 4.0 Internacional)

This is an Open Access article distributed under the terms of the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)



Otorga la presente

## Constancia

a

**Lic. Gloria Edith Ayala Dávila**

Por haber impartido la Conferencia:  
Estrés, ansiedad y alimentación en tiempo de  
pandemia

En el Cuarto Foro de Psicología Educativa,  
"Modalidades educativas y su impacto en la  
educación", con motivo a la Comunicación de la  
experiencia del estrés académico en el cambio de  
modalidades educativas, en el Centro Universitario  
UAEM Zumpango.

Zumpango, México a 16 de marzo de 2022

*Patria, Ciencia y Trabajo*

"2022, Celebración de los 135 Años de la Apertura de las Clases en el Instituto Literario"

  
Mtro. Guillermo Palomón Hernández Baeza  
Enseñante del Diseño de la Dirección del  
Centro Universitario UAEM Zumpango



  
Dr. Jaime Espejel Mena  
Subdirector Académico del  
Centro Universitario UAEM Zumpango



Universidad Autónoma del Estado de México

Nezahualcóyotl, Estado de México a 9 de agosto de 2022  
Dictamen Proyecto CEIN/2022/004

**LIC. GLORIA EDITH AYALA DÁVILA**  
**MAESTRANDA EN PSICOLOGÍA Y SALUD**  
**PRESENTE**

Con relación al proyecto no **CEIN/2022/004** con el título *Evaluación de una intervención desde el enfoque transdiagnóstico para reducir la ansiedad y la sobreingesta alimentaria en adolescentes con exceso de peso corporal*, recibido el 31 de mayo de 2022, enviado por usted, hacemos de su conocimiento dado el resultado de la revisión realizada mediante el método de pares ciegos, este Comité de Ética de la Investigación **AVALA** el desarrollo del protocolo mencionado.