



Hospital General de Zona No. 1, Aguascalientes
Centro de Ciencias de la Salud

ALIMENTACIÓN EMOCIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO
NUTRICIO EN PACIENTES DE 18 A 35 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 1, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
AGUASCALIENTES

TESIS

PRESENTADA POR

Vania Rodríguez Ortiz

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA

Doctora Jannett Padilla López

CO – ASESORA

Maestra en Ciencias Carolina Quiñones Villalobos

Aguascalientes, Ags., Octubre del 2025

Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 02/02/2026

NOMBRE: RODRIGUEZ ORTIZ VANIA **ID** 538419

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR **LGAC (del posgrado):** ENFERMEDADES NO TRASMITIBLES

TIPO DE TRABAJO: (☒) Tesis (☐) Trabajo práctico

SEDE HOSPITALARIA: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TÍTULO: ALIMENTACION EMOCIONAL Y SU ASOCIACION CON EL ESTADO NUTRICIO EN PACIENTES DE 18 A 35 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): LA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PSICOEDUCATIVA Y CONDUCTUAL PARA FORTALECER LA AUTOEFICACIA Y LA CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO EN LA ALIMENTACION EMOCIONAL

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

SI	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
SI	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene el CVU de la SECIHTI actualizado
NA	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí ☒
 No ☐

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 136 Fracción II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado, que a la letra señala: autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Ciencias de la Salud

Aguascalientes, Ags. a 30 de Octubre del 2025

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

Dra. Jannett Padilla López
Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

Dra. Vania Rodríguez Ortiz

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

Alimentación Emocional y su Asociación con el Estado Nutricio en pacientes de 18 a 35 años de la Unidad De Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes.

Número de Registro: **R - 2024 - 101 - 113** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **Tesis.**

El **Dra. Vania Rodríguez Ortiz** asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE


Dra. Jannett Padilla López
Directora de Tesis


Dra. Carolina Quiñones Villalobos
Co - Asesora

Aguascalientes, Ags. a 30 de Octubre del 2025

Dr. Sergio Ramírez González

Decano del Centro de Ciencias de la Salud

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

Dra. Vania Rodríguez Ortiz

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

Alimentación Emocional y su Asociación con el Estado Nutricio en pacientes de 18 a 35 años de la Unidad De Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes.

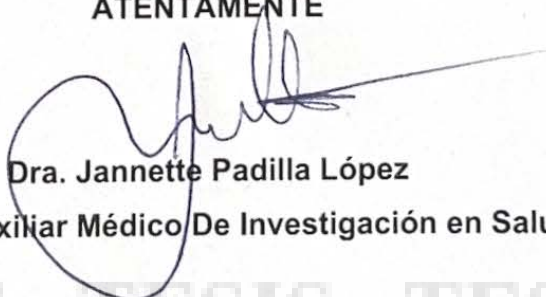
Número de Registro: **R - 2024 - 101 - 113** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **Tesis.**

El **Dra. Vania Rodríguez Ortiz**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE


Dra. Jannette Padilla López

Coordinador Auxiliar Médico De Investigación en Salud



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Martes, 17 de septiembre de 2024**

Doctor (a) Jannett Padilla López

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Alimentación emocional y su asociación con el estado nutricional en pacientes de 18 a 25 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) **AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA**
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Imprimir



**Dictamen de Aprobado**Comité Local de Investigación en Salud **101**.
H GRAL ZONA NUM 1Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082**FECHA **Lunes, 30 de septiembre de 2024****Doctor (a) Jannett Padilla López****P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Alimentación emocional y su asociación con el estado nutricional en pacientes de 18 a 25 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2024-101-113

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir



ScholarOne Manuscripts™

Vania Rodríguez ▾

Switch to a different account

NEJM Author Center Help

Help

Log

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Home

Author

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *New England Journal of Medicine*.

If you do not receive an acknowledgement e-mail, there is a problem with the e-mail address on your account. Please check your account or contact the editorial office.

Submitted to	New England Journal of Medicine
Manuscript ID	25-15834
Title	Emotional Eating. Do our emotions influence our eating habits?
Authors	Rodríguez, Vania
Date Submitted	30-Oct-2025

Author Dashbo

AGRADECIMIENTOS Y/RECONOCIMIENTOS

A la Dra. Janette y Maestra en Ciencias Carolina, por tener los conocimientos, la disponibilidad y la ambilidad, de apoyarme en este proyecto.

A la Dra. Evelyn por siempre tener la empatía para conmigo.

A mis compañeros.



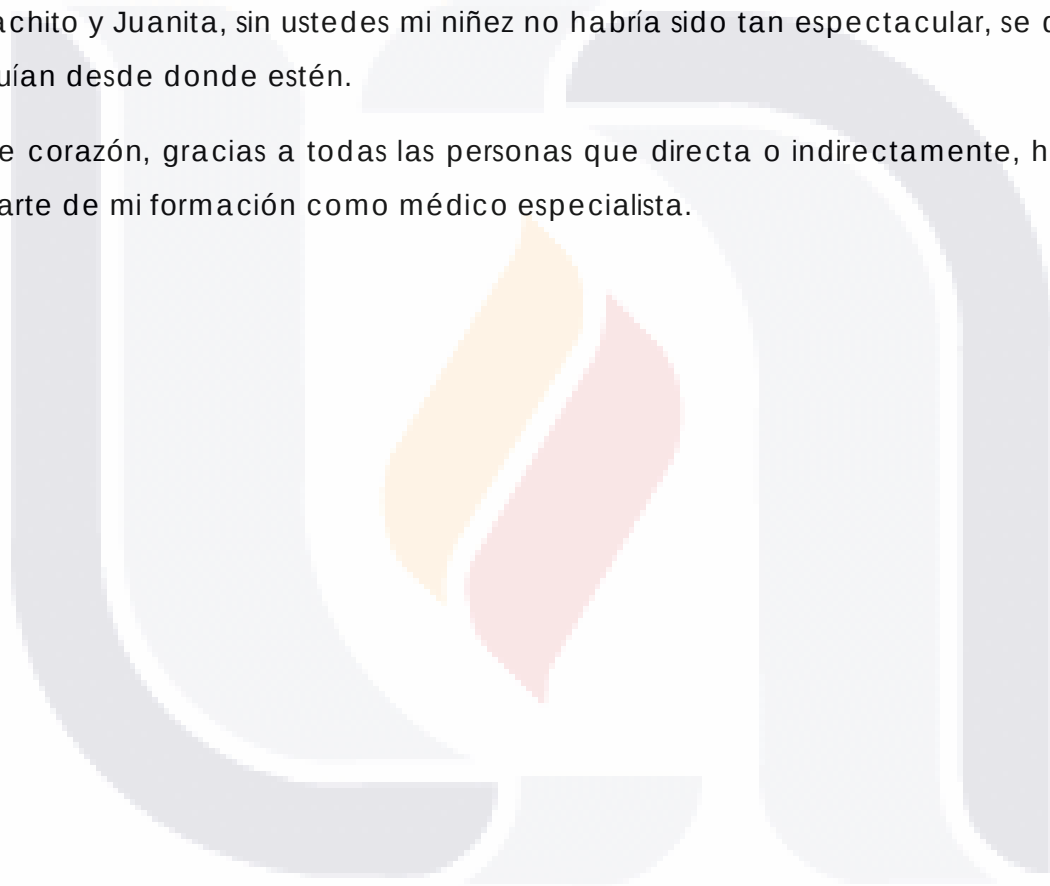
DEDICATORIA

A mi madre, padre y hermano, que siempre han estado para mí, sin importar la distancia o las circunstancias. Sin ustedes nada de esto habría sido posible, los amo.

Betito, sin duda alguna eres un ejemplo a seguir, siempre estás presente en mi vida.

Tachito y Juanita, sin ustedes mi niñez no habría sido tan espectacular, se que me guían desde donde estén.

De corazón, gracias a todas las personas que directa o indirectamente, han sido parte de mi formación como médico especialista.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE GRÁFICAS O FIGURAS	4
ACRÓNIMOS	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
MARCO TEÓRICO	9
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN (DIAGRAMA COCHRANE)	9
ANTECEDENTES	9
ANTECEDENTES GENERALES	13
ALIMENTACIÓN Y VALORACIÓN POR EMOCIONES Y ESTRÉS (EADES)	13
TEORÍA PSICOSOMÁTICA	14
ESTADO NUTRICIO	15
MARCO CONCEPTUAL.....	16
JUSTIFICACIÓN	17
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
OBJETIVOS.....	21
HIPOTESIS.....	22
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
MUESTREO	24
VARIABLES DE ESTUDIO	24
LOGÍSTICA	25
RECOLECCIÓN DE DATOS	26
PLAN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	27
ASPECTOS ÉTICOS.....	28
RECURSOS.....	30
PLAN PRESUPUESTAL.....	30

FACTIBILIDAD.....31

RESULTADOS 32

DISCUSIÓN..... 52

 IMPLICACIONES CLÍNICAS Y EDUCATIVAS55

 LIMITACIONES DEL ESTUDIO56

CONCLUSIÓN..... 57

GLOSARIO 60

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 61

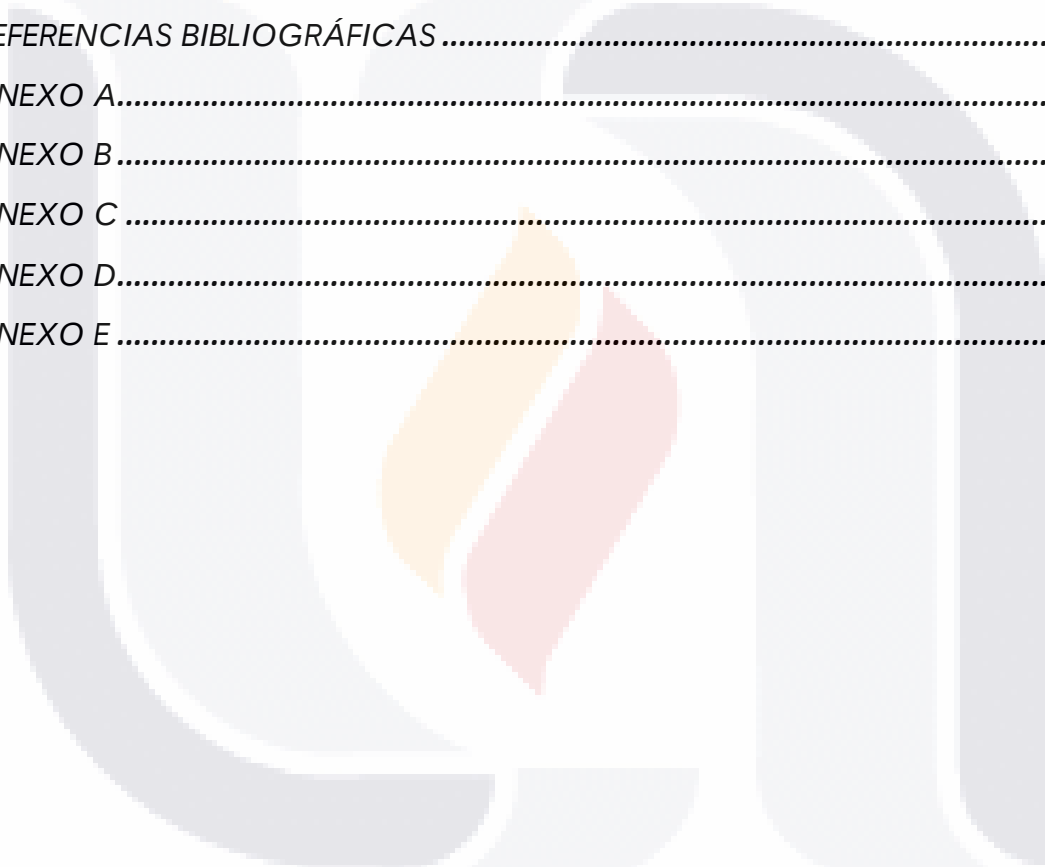
ANEXO A..... 63

ANEXO B..... 65

ANEXO C 70

ANEXO D..... 80

ANEXO E102



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las categorías del cuestionario EADES.	41
Tabla 2. Comparación de puntajes EADES según categorías de IMC (ANOVA y prueba post-hoc de Tukey).	43
Tabla 3. Resultados del modelo de regresión logística ordinal para la asociación entre el puntaje de alimentación emocional (EADES) y los grupos de índice de masa corporal (IMC).	45
Tabla 4. Análisis bivariado entre variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas con IMC y puntaje EADES. (NaN = prueba no válida por baja frecuencia en celdas).	48
Tabla 5. Modelo multivariado de regresión logística ordinal para la clasificación del IMC. *Valor atípico debido a inestabilidad del modelo, (ocupación “pensionado”).	50
Tabla 6. Comparación del ajuste y capacidad explicativa entre el modelo crudo y el modelo ajustado.	51

ÍNDICE DE GRÁFICAS O FIGURAS

Figura 1. Sexo.....	32
Figura 2. Edades.	33
Figura 3. Estado. Civil.	34
Figura 4. Nivel de Estudios.....	34
Figura 5. Ocupación.	35
Figura 6. Pacientes con Diagnóstico de Ansiedad.....	36
Figura 7. Pacientes con Diagnóstico de Depresión.....	36
Figura 8. Peso.....	37
Figura 9. Talla.....	37
Figura 10. Índice de Masa Corporal, (IMC).	38
Figura 11. Circunferencia de Cintura.....	39
Figura 12. Circunferencia de Cadera.....	39
Figura 13. Escala de Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés (EADES)..	40
Figura 14. Puntaje global de EADES.	41
Figura 15. Comparación del EADES con la clasificación IMC de la OMS.....	44

ACRÓNIMOS

CLIES. Comité de Investigación en Salud.

EADES. Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés.

INEGI: instituto Nacional de estadística y Geografía.

IMC. Índice de Masa Coorporal.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

OOAD. Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.

UMF. Unidad de Medicina Familiar.

RESUMEN

Introducción: La alimentación emocional puede ser provocada por diversos mecanismos, como utilizar la alimentación para afrontar emociones negativas o confundir estados internos de hambre y saciedad con cambios fisiológicos relacionados con las emociones. Comer puede representar una recompensa, una respuesta al aburrimiento o una reducción del estrés y una regulación de las emociones, este incremento en la ingesta, repercute en estado nutricional del individuo. **Objetivo:** Valorar la asociación entre la alimentación emocional y el estado nutricional en usuarios de 18 a 25 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD, Aguascalientes. **Metodología:** Se entrevistaron a 260 usuarios de 18 a 35 años, se aplicó la encuesta de alimentación y valoración por emociones y estrés (ya que cuenta con valores psicométricos que le confieren ser válida y confiable) y se determinó el índice de masa corporal. Para la estadística descriptiva se utilizó medidas de tendencia central y dispersión, las pruebas que se utilizaron dependieron de la distribución de los datos. Para la estadística analítica, se utilizó una regresión logística ordinal. **Conclusión:** Los resultados de este estudio resaltan la necesidad de estrategias de intervención psicoeducativa y conductual dirigidas a fortalecer la autoeficacia y la capacidad de afrontamiento en la alimentación emocional, particularmente en adultos jóvenes. La identificación de un perfil de alimentación emocional intermedia y recursos de afrontamiento moderados proporciona un marco para futuras investigaciones y programas de promoción de la salud, contribuyendo a la prevención de trastornos alimentarios y a la mejora del bienestar psicológico y nutricional de esta población. **Palabras Claves:** Alimentación emocional, estado nutricional, sobrepeso, obesidad, EADES.

ABSTRACT

Introduction: Emotional eating can be triggered by various mechanisms, such as using food to cope with negative emotions or confusing internal states of hunger and satiety with physiological changes related to emotions. Eating can represent a reward, a response to boredom, or a way to reduce stress and regulate emotions. This increase in intake has an impact on the individual's nutritional status. **Objective:** To assess the association between emotional eating and nutritional status in users aged 18 to 25 years at Family Medicine Unit No. 1 of the OOAD, Aguascalientes. **Methodology:** 260 users aged 18 to 35 were interviewed, the eating habits and emotional and stress assessment survey was administered (as it has psychometric values that make it valid and reliable), and body mass index was determined. For descriptive statistics, measures of central tendency and dispersion were used, and the tests used depended on the distribution of the data. For analytical statistics, ordinal logistic regression was used. **Resources and infrastructure:** The infrastructure of Family Medicine Unit No. 1 was used to carry out the research, as well as the human resources of a family medicine resident who conducted the fieldwork and analyzed the information. **Conclusion:** The results of this study highlight the need for psychoeducational and behavioral intervention strategies aimed at strengthening self-efficacy and coping skills in emotional eating, particularly in young adults. The identification of an intermediate emotional eating profile and moderate coping resources provides a framework for future research and health promotion programs, contributing to the prevention of eating disorders and the improvement of the psychological and nutritional well-being of this population. **Keywords:** Emotional eating, nutritional status, overweight, obesity, EADES.

INTRODUCCIÓN

Para algunas personas, la alimentación y las emociones se han interconectado de tal manera, que los han hecho, tener considerables dificultades para distinguir entre sus emociones con el deseo o sentimientos de hambre o comida. Por lo cual es relevante para nosotros saber, si la realidad es que nuestras emociones interfieren o no con lo que comemos.

Para medir la alimentación emocional se han utilizado diferentes escalas por lo cual en lo consiguiente se utilizó la escala de Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés (EADES), aunque el diseño de estos cuestionarios puede variar, todos tienen el mismo objetivo: autoevaluar retrospectivamente el comportamiento alimentario en respuesta a emociones (principalmente) negativas.(1)

La importancia de estudio radica en su contribución, porque no existe suficiente evidencia científica sobre si existe o no, una asociación entre en la cantidad de alimentos que se consumen de acuerdo a las emociones.

MARCO TEÓRICO

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN (DIAGRAMA COCHRANE)

Se realizó una búsqueda sistematizada de la información en las plataformas de Web of Science, PUBMED, biblioteca virtual en Salud Pública y se utilizaron los siguientes descriptores:

- Estado Nutricio (Nutritional Status).
- Alimentación Emocional (Emotional Eating).

El algoritmo de búsqueda fue ((emotional eathing (title)) OR (nutritional status (title)) OR (obesity (title)) AND ((title)). En total se obtuvieron 106 referencias bibliográficas de las plataformas y bola de nieve, de las cuales se eliminaron 22 que no eran de acceso gratuito y 15 debido a que no cumplían con el intervalo de tiempo planteado de 5 años de antigüedad (2019 – 2023), quedando un total de 65 referencias bibliográficas. Del total de referencias 8 fueron pertinentes para el problema de estudio, (cualitativos y cuantitativos artículos).

ANTECEDENTES

Sevinç Eşer Durmaz y colaboradores, realizaron un estudio, con una muestra de 1000 estudiantes universitarios en Turquía, bajo el contexto de la pandemia provocada por la COVID-19, observaron que hubo un rápido cambio en la vida social, los sistemas de trabajo y los hábitos nutricionales que afectaron directamente a la salud física y mental de las personas por lo que determinaron que, a medida que aumentaba el efecto de las redes sociales en la conducta alimentaria, aumentaban el IMC y los niveles emocionales de alimentación ($\rho = 0.132$ $p < 0,01$). De acuerdo con la “escala de alimentación emocional”, se concluye en este estudio que la alimentación emocional afecta directamente el estado nutricional, (índice de masa corporal). (2)

Stephanie Pickett y colaboradores, nos habla sobre que la alimentación emocional puede contribuir particularmente de manera importante en el estado nutricional,

provocando diferencias en el peso corporal ya que observaron que las emociones negativas se asociaban con la conducta alimentaria emocional y un IMC más alto, por ejemplo, Boggiano et al estudiaron un grupo diverso de estudiantes universitarios (30% negros no hispanos) para evaluar que al comer alimentos con altos contenidos calóricos como una respuesta a afrontar emociones negativas, como diocupaciones y problemas, podría predecir cambios en el IMC a lo largo del tiempo. Durante 2 años, un aumento en las puntuaciones de afrontamiento predijo un aumento en el IMC. En el estudio de Dressler et al, se exploraron las diferencias y similitudes en factores ambientales, personales y conductuales que influyen en el comportamiento alimentario entre mujeres de bajos ingresos. Los principales temas que surgieron fueron, las personas con sobrepeso y/u obesidad comían más como resultado de emociones negativas como depresión, estrés y aburrimiento, mientras que las mujeres con un peso normal informaron que comían menos o que las emociones negativas no tenían ningún efecto sobre sus patrones de alimentación; y los participantes con sobrepeso y/u obesidad describieron con frecuencia luchar contra trastornos emocionales y los efectos posteriores que esto tuvo sobre el apetito y la ingesta de alimentos. (3)

Marija Ljubic´ic ´ y colaboradores, reportaron en su estudio que las emociones pueden reflejarse en el consumo de alimentos y tener repercusiones en el estado nutricional, (índice de masa corporal). El análisis bivariado mostró que, en comparación con otros países europeos, la frecuencia más alta de comer reconfortantemente para afrontar el estrés fue reportada por los encuestados lituanos (Mdn = 3,0; IQR = 2,0, rango medio = 5399,1, $p < 0,001$) y la más baja por los encuestados húngaros (Mdn = 2,0; IQR = 2,0, rango medio = 3324,5, $p < 0,001$). Además, la población lituana informó una mayor frecuencia de comer dulces cuando estaban deprimidos y la percepción de la comida como un consuelo emocional ($p < 0,001$ para todos). Se registraron mayores probabilidades de buscar consuelo comiendo alimentos cuando estaban solos en mujeres (OR = 1,14; IC 95% = 1,03–1,26; $p = 0,014$), sujetos sin educación universitaria (OR = 1,13; IC 95% = 1,02–1,24; $p < 0,001$), encuestados solteros, divorciados o viudos (OR = 1,14; IC 95% = 1,02–1,26; $p = 0,015$), sujetos que nunca o rara vez siguen una dieta saludable (OR = 1,12;

IC 95% = 0,99– 1,27; $p = 0,064$). Las las razones emocionales para el consumo de alimentos se asociaron con un aumento en las probabilidades de consumir alimentos como consuelo cuando solitario (OR = 1,60; IC 95% = 1,58–1,62; $p < 0,001$). Se concluye que cuando hay un incremento en la alimentación emocional, hay una repercusión directa en el estado nutricional. (4)

Allan Geliebter y colaboradores, reportaron que las situaciones emocionales pueden afectar la ingesta de alimentos. Las personas con sobrepeso informaron que comían más que las personas con peso normal o bajo peso durante emociones y situaciones negativas ($P = 0,000$). La tendencia fue opuesta durante las emociones y situaciones positivas en las que las personas con bajo peso informaron que comían más que las personas con sobrepeso ($P = 0,01$). Las personas con bajo peso y peso normal informaron que comían significativamente menos durante emociones y situaciones negativas que positivas, a diferencia de las personas con sobrepeso. (5)

Jessica Ashurst y colaboradores, en su estudio plantean que encontraron que los adultos jóvenes y la mala ingesta de alimentos, en las ecuaciones de estimación generalizadas que se ajustan mutuamente para las emociones positivas, negativas y apáticas, teniendo en cuenta la agrupación dentro de la persona y las covariables de fondo, los resultados mostraron que en ocasiones con cualquier emoción negativa, los participantes tenían más probabilidades de consumir carnes/proteínas (OR = 1,5; IC del 99% = 1,0, 2,1). De vez en cuando con alguna emoción positiva, los participantes tenían más probabilidades de consumir dulces (OR = 1,7; IC del 99% = 1,1, 2,6) que en ocasiones sin emoción positiva, tenían menos probabilidades de consumir pizza/comida rápida (OR = 0,6 ; IC del 99% = 0,4, 1,0), lo cual también se veía reflejado en el estado nutricional. (6)

Anne Jääskeläinen y colaboradores, en su estudio realizado al Norte de Finlandia, en 7344 participantes, evaluaron como era la alimentación relacionada con el estrés y su asociación con hábitos alimentarios y bebidas poco saludables, con un mayor riesgo de obesidad entre los adultos. En el modelo de regresión logística multinomial ajustado, tanto el grupo de “control de peso desequilibrado” como el

de “hábitos adversos”, se observó que el exceso de peso, en el control de peso desequilibrado, en cuanto a niñas (OR = 2.22; IC del 95% = 1,67 2,94) y en niños (OR = 2.98; IC del 95% = 2,34 3,81), en cuanto a los hábitos adversos en cuanto en niñas (OR = 1.54; IC del 95% = 1,14 2,09) y en niños (OR = 1.42; IC del 95% = 1,05 1,93), en cuanto a obesidad en niñas OR = 2.49; IC del 95% = 1,43 4,33) y en niños (OR = 3.01; IC del 95% = 1,98 4,56). Por lo que se concluye que quienes tenían una mayor alimentación emocional (en este caso por estrés), tenían un IMC y una cintura mayor, que quienes no tenían una alta alimentación emocional. (7)

Alharbi M. y colaboradores, en su estudio se exploraron los índices de alimentación emocional y su asociación con los patrones dietéticos y el estado nutricional entre estudiantes de la Universidad de Qassim en Arabia Saudita. Se realizó este estudio transversal en 380 participantes (de 18 a 29 años, estudiantes mujeres). Se tomaron medidas antropométricas de los participantes, como altura, índice de masa corporal, masa grasa y circunferencia cintura – cadera, así como la Escala de Alimentación Emocional. La regresión lineal después del ajuste mostró que la ingesta de grasas era un predictor significativo para la alimentación emocional ($p = 0,031$), así como de sentimientos de entusiasmo. También observamos una indicación interesante: la ingesta de grasas ($p = 0,011$) y el nivel educativo ($p < 0,05$) se asociaron significativamente con la alimentación emocional y podrían ser predictores significativos de ella. Los resultados destacan la importancia de la alimentación emocional, su relación con el consumo de alimentos que contienen grasas y su repercusión con el estado nutricional. (8)

Irina Lazarevich y colaboradores, tuvieron como objetivo en su estudio examinar la asociación entre los síntomas de depresión, la alimentación emocional y el índice de masa corporal (IMC) en estudiantes universitarios mexicanos; y evaluar la alimentación emocional como mediador entre los síntomas depresivos y el IMC. Un total de 1,453 estudiantes de una universidad pública de la Ciudad de México completaron la escala de Autoeficacia en la Alimentación Relacionada con las Emociones y el Estrés (EADES) para evaluar la alimentación emocional, y la escala creada por el Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para identificar síntomas

depresivos. Los síntomas depresivos se asociaron con la alimentación emocional tanto en hombres (Beta: - 0,33, $p < 0,001$) como en mujeres (Beta: - 0,46, $p < 0,001$). La alimentación emocional, a su vez, se asoció con el IMC en hombres (Beta: - 0,08, $p < 0,001$) así como en mujeres (Beta: - 0,09, $p < 0,001$). Este hallazgo sugiere que el manejo de las emociones debe tenerse en cuenta en las estrategias de prevención y tratamiento de la obesidad aplicadas a adultos jóvenes. (9)

ANTECEDENTES GENERALES

El estado nutricional es el estado del cuerpo en relación al consumo y utilización de nutrientes. Condiciones corporales que resultan de la ingestión, absorción, utilización de alimentos y de factores patológicos significativos. Un desequilibrio por el consumo excesivo de alimentos, repercute directamente sobre enfermedades como el sobrepeso y la obesidad. (10)

A lo que nos lleva a que la alimentación es una de las necesidades básicas para mantener la vida. El organismo precisa para el adecuado sostén de sus funciones vitales la ingesta de una determinada cantidad y variedad de nutrientes, que se incorporan a través de la dieta. (11)

A su vez, el estrés se define como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. Existen varias formas de afrontar distintas emociones ya sea positivas o negativas. (12)

Ahora bien, debemos de puntualizar lo que hoy en día conocemos como, alimentación emocional, también conocida como alimentación por estrés, como la propensión a comer en respuesta a emociones positivas y negativas y no a una necesidad física. (13)

ALIMENTACIÓN Y VALORACIÓN POR EMOCIONES Y ESTRÉS (EADES)

De acuerdo a Baños, Cebolla, Etchennedy, Felipe, Rasal y Botella (2011) existen tres patrones disfuncionales del comer que se han identificado en la dieta: el comer emocional, el comer externo y el comer restringido. El comer emocional ha sido

estudiado por la Teoría Psicosomática como respuesta a las emociones negativas con el fin de aliviar el estrés, sin tener en cuenta las señales fisiológicas de hambre y saciedad. Se considera que el comer en exceso se encuentra vinculado al estado de ánimo negativo, que puede reflejar la falta de medidas para facilitar la distinción entre el tipo de emoción que le precede (Bekker, Mollerus, & Van de Meerendonk 2003). De esta manera, las emociones modulan el comer en congruencia con las características de la emoción. (11)

De este modo, la alimentación emocional surge como una dimensión de la conducta alimentaria y se define, de acuerdo a Faith, Allison y Geliebter (1997) como: comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad para hacer frente al afecto negativo. (11)

TEORÍA PSICOSOMÁTICA

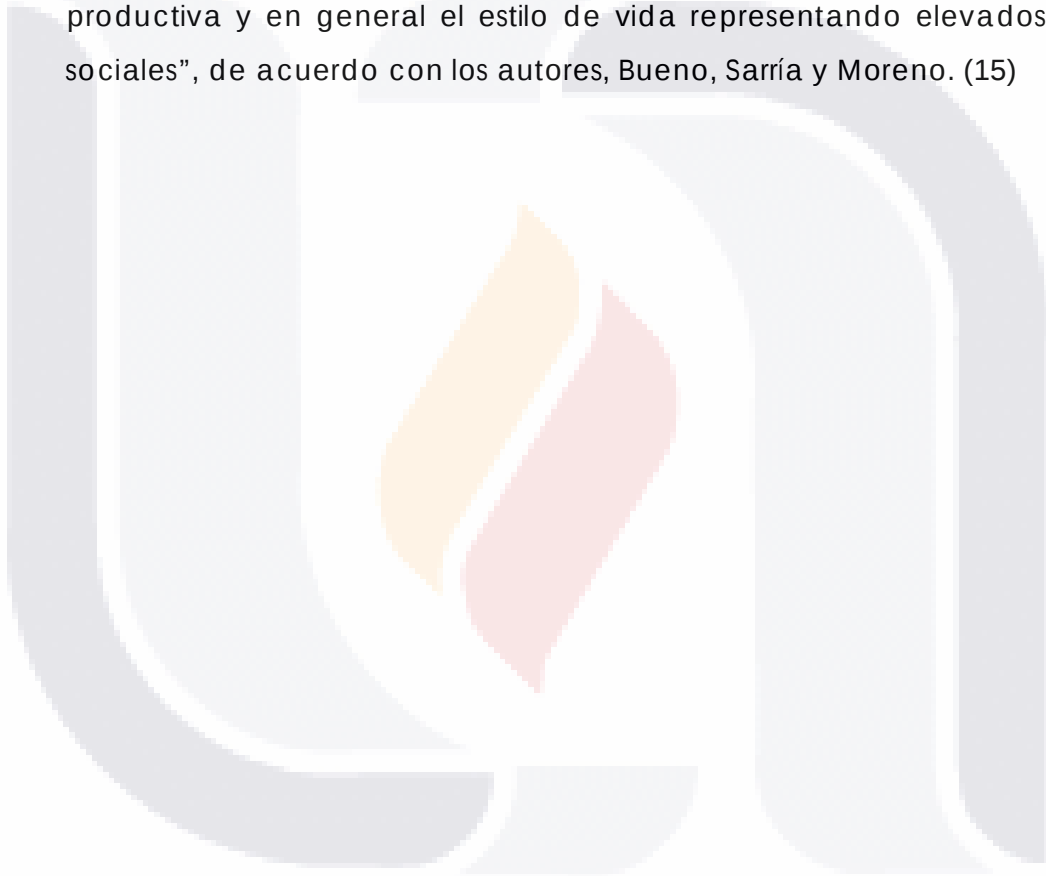
La psicosomática, a pesar de todas sus confusas y discrepantes teorías, constituye la única disciplina específicamente dedicada a estudiar las relaciones entre fenómenos biológicos, sociales y psicológicos. Es por eso que puede ser considerada como una ciencia de tipo integrativo, cuyo objeto consiste en observar e interpretar las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y acontecimientos psicológicos y los biológicos, tal como son influenciados por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad. (14)

A un nivel de abstracción inferior, la psicosomática trata de formular las leyes que rigen las conexiones entre un acontecimiento psicológico y otro fisiológicos, coincidentes en el tiempo (psicofisiología); entre mecanismos o funciones psicológicas y actividad neuroendocrina (psiconeuroendocrinología); y entre influencias socioambientales y respuestas psicoorgánicas (aspectos psicosociales del estrés). (14)

ESTADO NUTRICIO

Es el resultado de la ingesta y las necesidades energéticas en el organismo, expresando un grado de bienestar de las personas, un desequilibrio provocaría enfermedades metabólicas. (15)

“La malnutrición es un factor de riesgo que incrementa la prevalencia de mortalidad y morbilidad en las poblaciones, disminuyendo la capacidad productiva y en general el estilo de vida representando elevados costos sociales”, de acuerdo con los autores, Bueno, Sarría y Moreno. (15)



MARCO CONCEPTUAL

Alimentación Emocional: Se define como la propensión a comer en respuesta a emociones positivas y negativas y no a una necesidad física. (13)

Autoeficacia: La creencia de una persona en su capacidad para actuar. (16)

Autoconfianza: Implica sentirte seguro de ti mismo y de tu talento, no de una forma arrogante, sino de una forma realista. (16)

Afrontamiento: Conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes, así como para reducir el estado de malestar que produce el estrés. (16)

Peso Normal: El peso saludable de una persona es el que corresponde a un IMC entre 18.5 y 24.9 kg/m². (10)

Sobrepeso: Cuando el IMC está entre 25.0 y menor a 29.9 kg/m². (10)

Estado Nutricio: Es el resultado de la ingesta y las necesidades energéticas en el organismo, expresando un grado de bienestar de las personas, un desequilibrio provocaría enfermedades metabólicas. (15)

Obesidad: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (17)

Obesidad Grado I: Cuando el IMC está entre 30.0 y 34.9 kg/m². (10)

Obesidad Grado II: Cuando el IMC está entre 35.0 y 39.9 kg/m². (10)

Obesidad Grado III: Cuando el IMC es igual o mayor a 40 kg/m². (10)

Estrés: Estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. (18)

JUSTIFICACIÓN

Magnitud. En términos del estado nutricional, el sobrepeso y la obesidad son enfermedades que en la actualidad forman parte de un problema en salud pública. La OMS refiere en el 2022 que 2500 millones de personas tenían sobrepeso y de estos 890 millones eran obesos, las consecuencias al padecer esta enfermedad, deriva en otras como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e incluso cáncer (trascendencia).

De acuerdo con una investigación elaborada sobre la expresión emocional en población mexicana, las emociones que las personas perciben de manera más intensa son: la felicidad, el amor, el enojo y la tristeza. El miedo, en cambio, corresponde a la emoción con menor intensidad. (19) En este sentido, se han realizado estudios en los que refieren que los comedores emocionales piensan en la comida cuando se notan ansiosos, emotivos o reyes de no pensar en las emociones negativas, pero también de evitar tener conciencia de sí mismos. Una ingesta alimentaria excesiva puede explicarse por un intento de impedir que se produzca una irrupción de pensamientos, recuerdos, sentimientos o emociones dolorosas. El comedor emocional tiene dificultades para la identificación de sus emociones y las sensaciones de hambre, así como menor capacidad para comunicar sus sentimientos, lo cual repercute directamente en su estado nutricional (IMC). (19)

La importancia de estudio radica en su contribución, porque no existe suficiente evidencia científica sobre si existe o no, una asociación entre la cantidad de alimentos que se consumen de acuerdo a las emociones. Es viable y factible que se haya realizado de este trabajo, ya que no se requieren recursos adicionales.

Se pretende que con este trabajo, en un contexto con una población muy específica, se identifique si existe una asociación entre la alimentación emocional, valorada a través del test de alimentación y valoración por emociones y el estado nutricional (sobrepeso y obesidad).

PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las búsquedas de la literatura se encontró evidencia de estudios analíticos que valoraron la asociación la alimentación emocional y el estado nutricional, pero encontrando discrepancias, como por ejemplo el estrés y otras emociones negativas, como la depresión y la ansiedad, pueden provocar una disminución o un aumento de la ingesta de alimentos, las cuales pueden asociarse o no al estado nutricional (a partir de la categorización del índice de masa corporal).

Derya Evgin y colaboradores, encontraron en su estudio que los hábitos alimenticios se ven afectados por procesos psicológicos, por lo cual se determinó que la conciencia de una vida saludable tuvo un efecto positivo y estadísticamente significativo sobre el enfoque optimista ($t = 6,291$, $p < 0,05$), por otro lado Sevinç Eşer Durmaz y colaboradores en su estudio sobre la pandemia provocada por el COVID-19 conlleva un rápido cambio en la vida social, los sistemas de trabajo y emocional, afecta directamente a la salud física y mental de las personas por lo cual este estudio determinó que, a medida que aumentaba el efecto de las redes sociales en la conducta alimentaria, aumentaban el IMC (estado nutricional, bajo la categorización del IMC) y los niveles emocionales de alimentación ($p < 0,01$). (2)

La evidencia nos muestra una relación entre las variables de la alimentación emocional y el estado nutricional (medido a través de la categorización del IMC), donde se encuentra que son estadísticamente significativas pero no demuestran una asociación; estos resultados demuestran la falta de homogeneidad de la varianza, porque no son significativos lo que contribuye a generar y fundamentar las hipótesis para poder valorar la fuerza de asociación, sin embargo en los estudios de Alharbi M.(8), mostró que la ingesta de grasas era un predictor significativo de alimentación emocional ($p = 0,031$), en cuando Durmaz (2) y Ashurst (6) no demuestran asociación de las emociones con el aumento del índice de masa corporal (estado nutricional) en OR a 0.984 IC 95% (0.944 – 1.026), $p = 0,454$ y OR = 1,5; IC del 99% (1,0, 2,1), respectivamente. En el estudio de Ljubicic se encontró que las razones emocionales para el consumo de alimentos se asociaron con un

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aumento en las probabilidades de consumir alimentos como consuelo cuando solitario e incremento del índice de masa corporal (OR = 1,60; IC 95% = 1,58–1,62; $p < 0,001$). Esta evidencia demuestra que existe falta de claridad en la asociación entre la alimentación emocional y el estado nutricional, por lo cual se plantea la siguiente pregunta:



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre la alimentación emocional y el estado nutricional en pacientes 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar No? 1, de la OOAD, Aguascalientes?



OBJETIVOS

General

Valorar la fuerza de asociación entre la alimentación emocional y el estado nutricional en pacientes de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

Específicos

Describir las características sociodemográficas en usuarios del 18 a 35 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

Describir la alimentación emocional en usuarios de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

Identificar el estado nutricional a través de la categorización del índice de masa corporal, en usuarios de 18 a 35 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

HIPOTESIS

GENERAL

Existe asociación entre la alimentación emocional y el estado nutricional en usuarios de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.



MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Transversal comparativo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los pacientes de 18 a 35 años pertenecientes de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todos los usuarios de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

UNIDAD DE OBSERVACION/ ANALISIS

Usuarios de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los usuarios de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes que acepten participar en el estudio por medio de la firma de la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Todos los usuarios de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes que tengan algún problema de cualquier índole que le imposibilite contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Usuarios de 18 a 35 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de la OOAD Aguascalientes que no contesten en por lo menos el 65% del cuestionario.

MUESTREO

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculo el tamaño de muestra en el programa EPI Info, al introducir una Odds de radio de 2.2, para estudios transversales comparativo, con un nivel de confianza de 95%, un poder estadístico del 80%, error de 0.05% y da como resultado un tamaño de muestra de 260 pacientes.

TIPO DE MUESTREO

Se realizará un estudio aleatorio simple.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES DEPENDIENTES

IMC: Relación entre el peso y la talla; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), un índice de masa corporal igual o mayor a 25 determina sobrepeso mientras que uno igual o superior a 30 indica obesidad. (10)

VARIABLES INDEPENDIENTES

Alimentación Emocional: Se define como la propensión a comer en respuesta a emociones positivas y negativas y no a una necesidad física. (Valorada a través de cuestionario de Alimentación y valoración por emociones y estrés (EADES)). (4)

LOGÍSTICA

El proyecto de investigación se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Se solicitó el registro del protocolo de investigación a través del Comité de Investigación en Salud (CLIES) y ante el Comité de Ética en Investigación; una vez aprobado por los revisores se dio a conocer el estudio y sus objetivos a el director de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, IMSS, Aguascalientes.
2. Se procedió a invitar a participar a los pacientes 18 a 35 años de edad de acuerdo con los criterios de inclusión en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar previamente identificadas por medio del consultorio que les corresponde y el turno de atención.
3. Posterior a esto, el encuestador se acercó previamente o posteriormente a su cita médica al paciente, el encuestador se presentó y ya previamente se le explicó los objetivos del estudio, la usencia de riesgo, las características del cuestionario.
4. Consecutivo se obtuvo su consentimiento por escrito por medio de la firma de este para la participación en el estudio.
5. Se acudió todos los días a la Unidad de Medicina Familiar para la aplicación del cuestionario en forma privada y confidencial en la sala de espera, el cual se llevó a cabo en 30 minutos aproximadamente, esto incluyendo la toma peso y talla, para poder obtener el índice masa corporal, la aplicación del cuestionario y aclarando alguna duda existente por parte del paciente.
6. Finalmente, el encuestador agradeció al paciente de una manera respetuosa por haber participado en este estudio.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una entrevista cara a cara la cual se define como un método de recolección de datos en el que participa la muestra del estudio con el objetivo de realizar la entrevista personalmente, observando el comportamiento y las respuestas de los participantes para obtener más información, se le explicará al paciente en estudio el objetivo, posteriormente toda la estructura de EADES, de manera muy resumida en qué consistía, así como el tiempo aproximado con el que se cuenta para poder aplicar el instrumento establecido, subsiguiente a este se le explicaron los beneficios obtenidos, que su información es confidencial, los cuales estarán estipulados en el consentimiento informado, el cual si el paciente decidió participar se le indicó que firme dicho consentimiento.

El instrumento que se utilizó es el cuestionario alimentación y valoración por emociones y estrés (EADES), el cual primero investiga los datos sociodemográficos del paciente, como lo es el nombre completo, la edad, su número de afiliación, fecha de nacimiento, estado civil, escolaridad, así como también se recolectan medidas antropométricas como peso, talla, e IMC.

Consecutivamente se interrogo acerca si el paciente sufría de depresión o/y ansiedad, así mismo cuanto tiempo tenía del diagnóstico y si tomaba algún tratamiento para ello.

El instrumento EADES es un instrumento que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, reporta que tiene un alpha de Cronbach que a de 0.95 y una varianza total explicada del 77%.

Por último se inicia la sección de la encuesta La Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés (EADES), en el cual se interrogaran las 3 dimensiones, los cuales cada uno de estos respondió las preguntas con respuestas tipo Likert siendo: 1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo, con esto termina la recolección de datos de cada una de las pacientes que participaron en este estudio.

PLAN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizó una base de datos en el programa excel, se procedió a la captura de los datos, una vez realizada se importará la base de datos al programa. Para el análisis descriptivo, en las variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central, dependiendo de la distribución de los datos en caso de que sean normales los datos se utilizará la media y la desviación estándar y en caso contrario la mediana y los percentiles 25 y 75.

Se realizó un análisis multivariado, al ser la variable dependiente ordinal, se llevo a cabo una regresión logística ordinal, previo a ello se realizó un análisis bivariado, en donde se introdujo al modelo final, las variables que resulten estadísticamente significativas.

ASPECTOS ÉTICOS

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó teniendo la aprobación del Comité Local de Investigación y Ética, apegándose a las normas éticas de la Ley General de Salud en los artículos 17 y 18, y a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, manejándose los resultados de manera confidencial, actuando con profesionalismo y ética médica. (20)

La participación de cada individuo en el estudio será de manera voluntaria, se seleccionará cumpliendo los criterios de selección, sin haber ningún tipo de discriminación de raza o de creencia, se le proporcionará a cada encuestado el consentimiento informado previo a su aplicación.

La investigación no presenta ninguna clase de riesgo, se efectuará para conocer la asociación de la alimentación emocional y el estado nutricional en pacientes de 18 a 35 años de edad con obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 1.

En caso de que los participantes en el momento del estudio requieran de algún tipo de tratamiento especial, se le enviará al servicio correspondiente.

Una vez obtenida la información se asignó un folio, la información personal sólo son datos de contacto y se resguardarán por el investigador responsable de manera electrónica separada del cuestionario, los cuestionarios serán resguardados de manera física, estos serán resguardados por un periodo de 15 años, los datos estarán disponibles por cualquier aclaración.

Dado que el tema del protocolo de investigación es psicosocial (La Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés (EADES)), es factible que al hacer preguntas se toquen temas sensibles y genere un tipo de crisis emocional y/o angustia en la paciente, en cuyo caso se pausó la entrevista con la paciente y se le envió con la trabajadora social de la Unidad de Medicina Familiar No.1 quien estuvo capacitada para brindar terapia de apoyo, en caso mayor se envió al paciente al servicio de psicología del Hospital General de Zona No. 1.

El investigador principal, tuvo la información a través del coordinador clínico de educación e investigación para que se contacten al presidente del CEI.

Se agrega carta de consentimiento informado que se encuentra en el ANEXO II.



RECURSOS

c) Recursos humanos

Personal participante en la investigación: Investigador principal médico residente en medicina familiar, quién realizó las encuestas, y su asesor principal ayudaron con la recolección de datos, en cuanto al segundo asesor sirvió como apoyo. Personal residente de primer grado de UMF No.1 de la OOAD Aguascalientes.

b) Recursos materiales

Se realizó en la sala de espera de la UMF No. 1 de la OOAD, para el cual se conto con una encuesta por participante, así como un bolígrafo para el encuestador, cinta métrica y báscula para realizar las mediciones solicitadas en el cuestionario.

Además, fue necesario una computadora para la realización del protocolo y análisis estadístico de los datos, programas como office y material de oficina, (hojas, bolígrafos, fotocopias, grapadora, grapas, impresora).

c) Recursos financieros

Fueron cubiertos por los investigadores participantes.

PLAN PRESUPUESTAL

CATEGORÍA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Bolígrafos	\$ 4.15 MN	12	\$ 49.90 MN
Cinta correctora	\$ 49.00 MN	1	\$ 49.00 MN
Hojas tamaño carta	\$ 99.00 MN	3	\$ 297.00 MN
Memoria USB 16 G	\$ 79.00 MN	1	\$ 79.00 pesos
Engrapadora	\$ 99.00 MN	1	\$ 99.00 pesos
Fotocopias	\$ 0.50 centavos		
Tablas de plástico	\$ 49.00 MN	5	\$ 245.00 MN
TOTAL	\$ 818.90 MN		

FACTIBILIDAD

El estudio de investigación fue posible realizarse, ya que consiste en determinar si existe asociación entre la alimentación y el estado nutricional, empleando el instrumento “La Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés” (EADES), en pacientes de 18 a 35 años de edad con estado nutricional de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, cumpliendo con la finalidad de utilizar, efectuar e interpretar dicha propuesta. Examinando además que está dentro de los términos legales y fue posible de hacerlo en el entorno social que ya se describió. Existió una necesidad realizar esta investigación ya que la identificación de factores como lo son los psicosociales para favorecer posteriormente con una estrategia para el adecuado manejo de la alimentación emocional desde el punto de vista multifactorial, en este caso el estrés, que se considera una de los objetivos principales en el primer nivel de atención médica.

RESULTADOS

En el presente estudio se obtuvo una tasa de respuesta satisfactoria, aplicando el instrumento de evaluación por personal capacitado, en el cual posterior a la firma del consentimiento informado se concluyó que de acuerdo a las pacientes con la participación de 261, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes, de los cuales la mayoría fueron mujeres (176; 67.4 %), seguidas de hombres (84; 32.2 %) y una persona (0.4 %) que se identificó con otro sexo, (Figura 1).

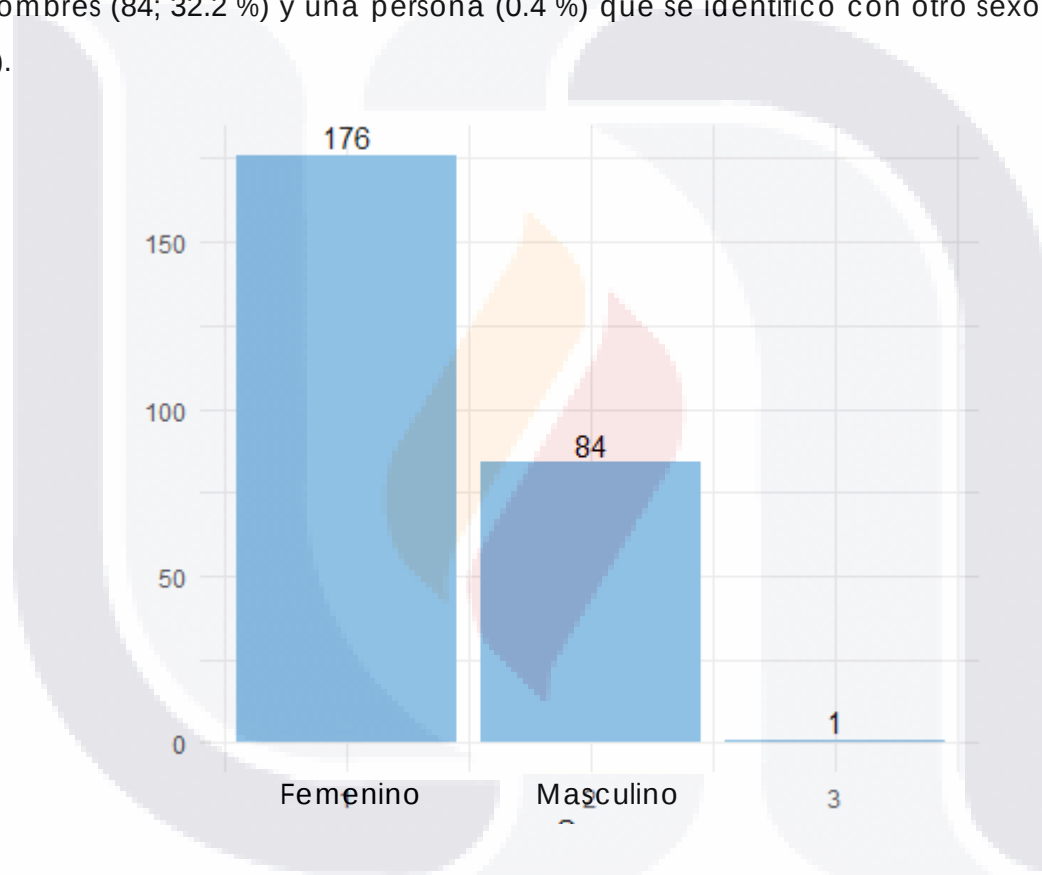


Figura 1. Sexo

La edad de los participantes osciló entre 18 y 35 años, con una mediana de 27 años y una media de 27,3 años (rango intercuartílico [RIC]: 23 – 32), (Figura 2).

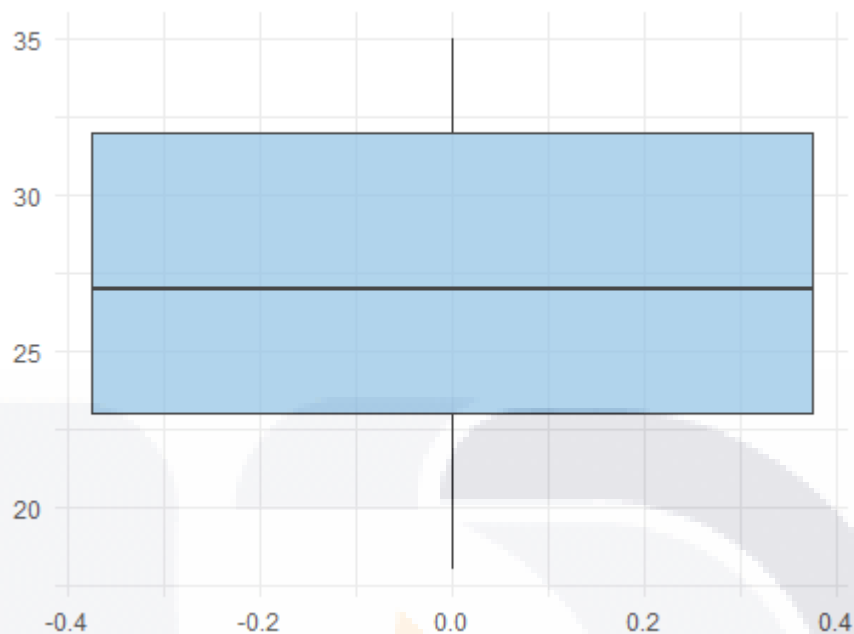


Figura 2. Edades.

En cuanto al estado civil, se observó que 139 (53.3 %) eran solteros, 82 (31.4 %) casados y 36 (13.8 %) vivían en unión libre. Un número reducido de participantes refirió estar divorciado (2; 0.8 %) o separado (2; 0.8 %), mientras que no se reportaron casos de viudez, (Figura 3).

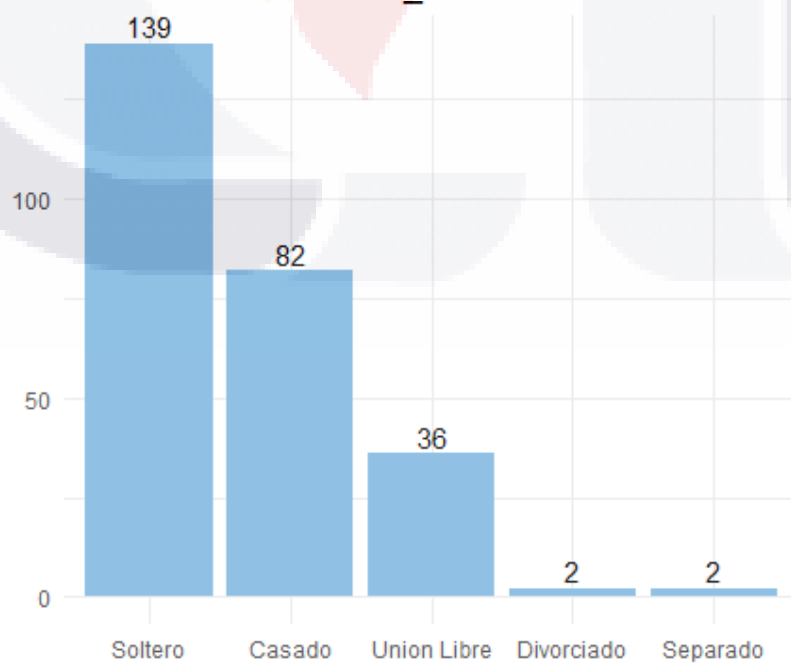


Figura 3. Estado. Civil.

Respecto al nivel de estudios, 1 participante (0.4 %) no contaba con escolaridad, 5 (1.9 %) había cursado primaria, 84 (32.2 %) secundaria, 75 (28.7 %) preparatoria, 5 (1.9 %) estudios técnicos, 89 (34.1 %) licenciatura y 2 (0.8 %) posgrado, (Figura 4).

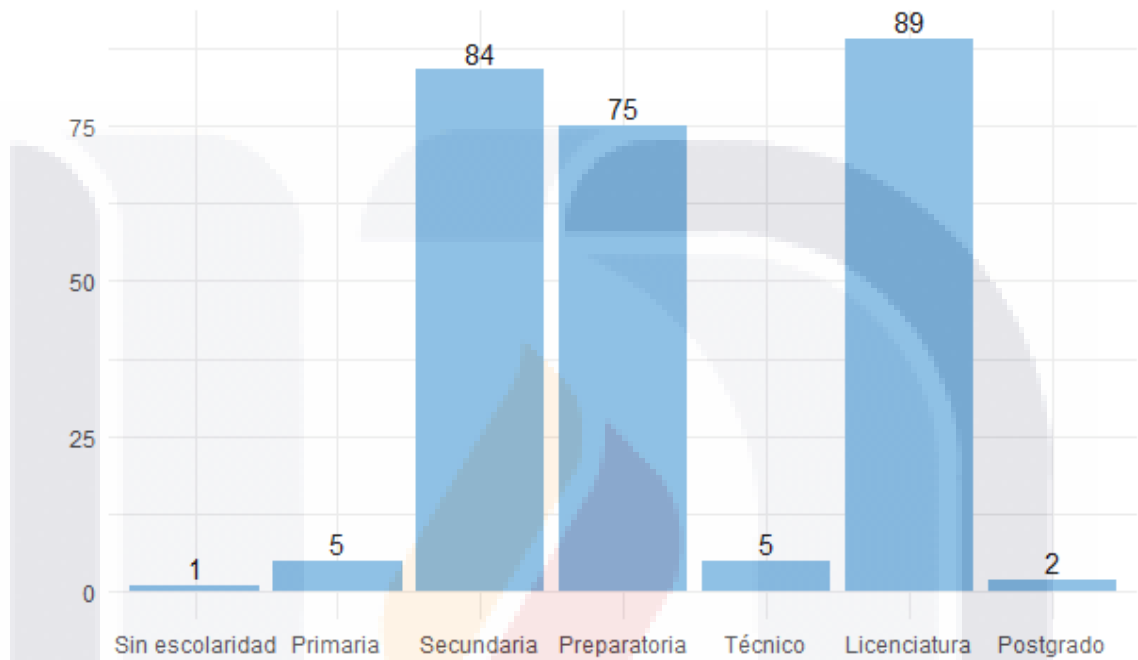


Figura 4. Nivel de Estudios.

En relación con la ocupación, predominó el grupo de trabajadores (192; 73.6 %), seguido por estudiantes (39; 14.9 %) y personas dedicadas al hogar (29; 11.1 %). Solo 1 participante (0.4 %) se encontraba pensionado, (Figura 5).

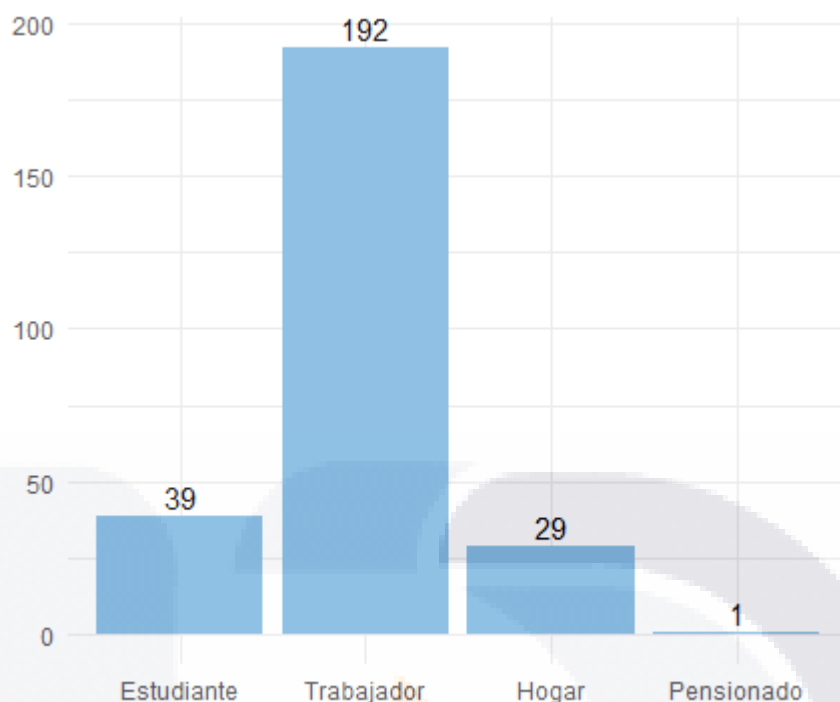


Figura 5. Ocupación.

En los antecedentes de salud mental, 23 (8.8 %) reportaron haber presentado ansiedad (Figura 6), de los cuales 19 (82.6 %) indicaron consumo de medicamentos para su control.

La depresión fue reportada por 17 participantes (6.5 %) (Figura 7), y 15 (88.23 %) señalaron estar bajo tratamiento farmacológico para esta condición.

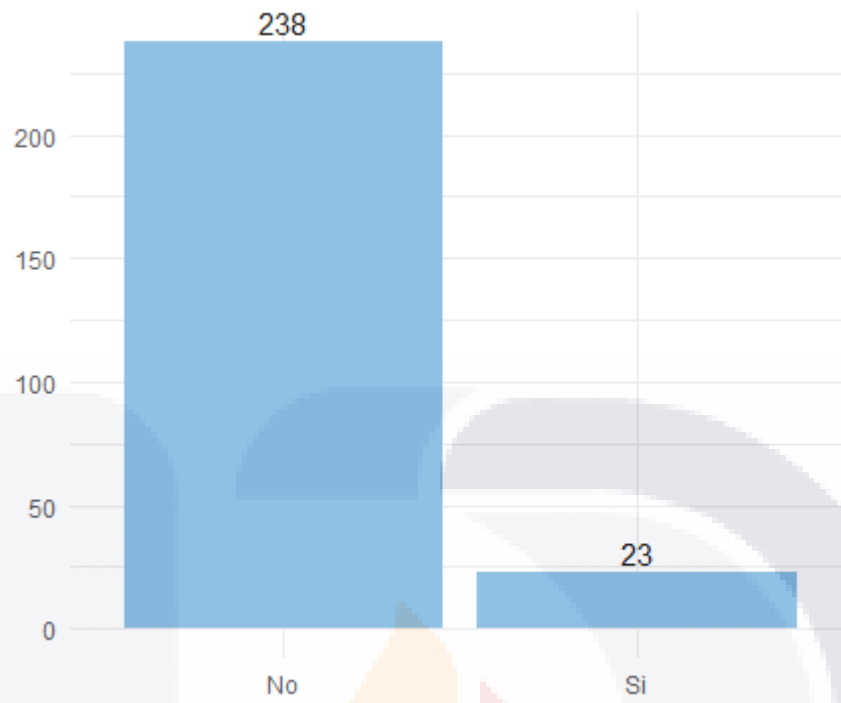


Figura 6. Pacientes con Diagnóstico de Ansiedad.

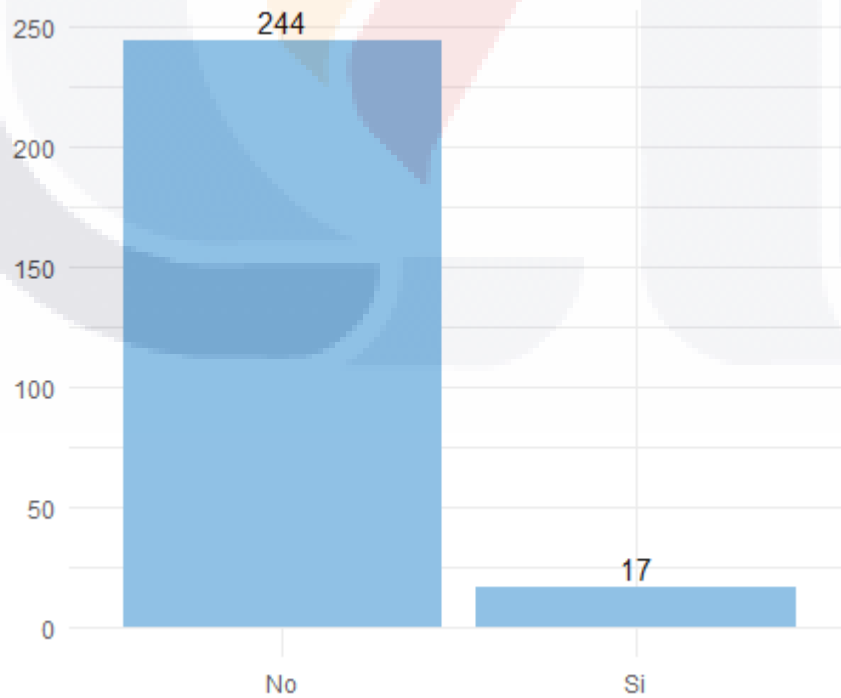


Figura 7. Pacientes con Diagnóstico de Depresión.

De acuerdo a las características antropométricas de la población, el peso corporal presentó valores entre 40.5 kg y 151.0 kg, con una mediana de 72.0 kg y media de 74.6 kg (RIC: 62,0–84,0) (Figura 8). La talla varió de 1.34 m a 1.95 m, con una mediana de 1.64 m y media de 1.65 m (RIC: 1,58–1,70) (Figura 9).

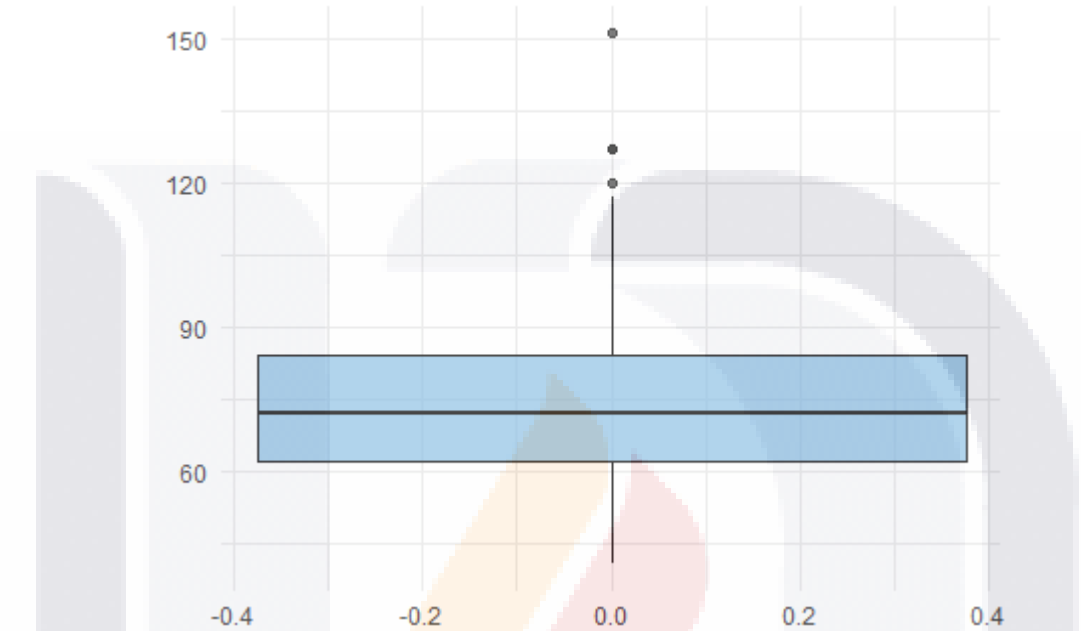


Figura 8. Peso

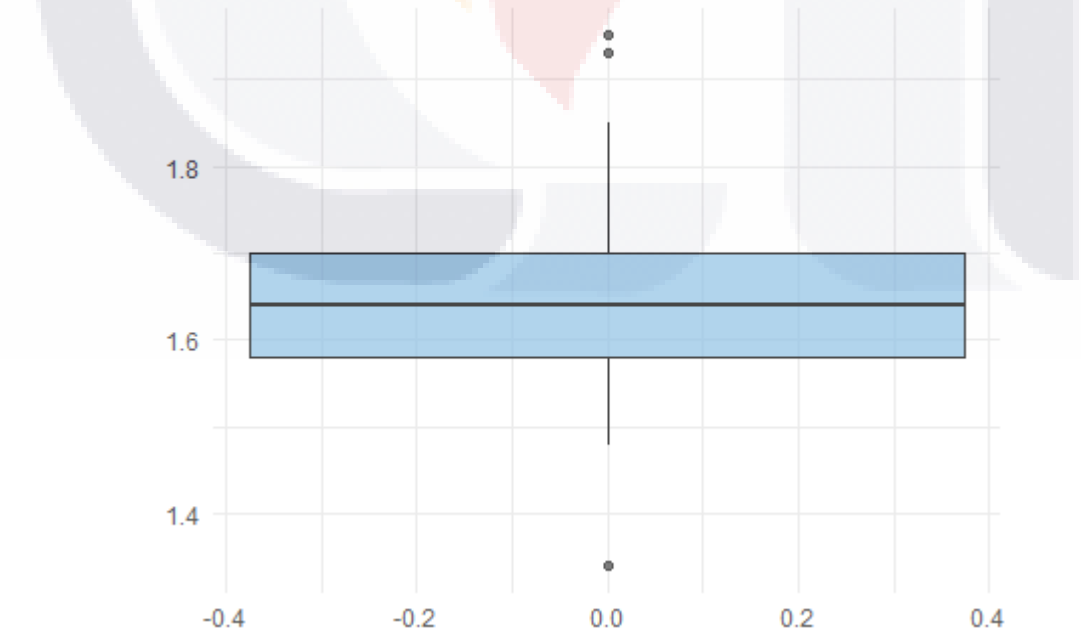


Figura 9. Talla.

El índice de masa corporal (IMC), tuvo un valor mínimo de 15.8 kg/m² y máximo de 56.8 kg/m², con mediana de 26.65 kg/m² y media de 27.42 kg/m² (RIC: 23,41–30,10), (Figura 10).

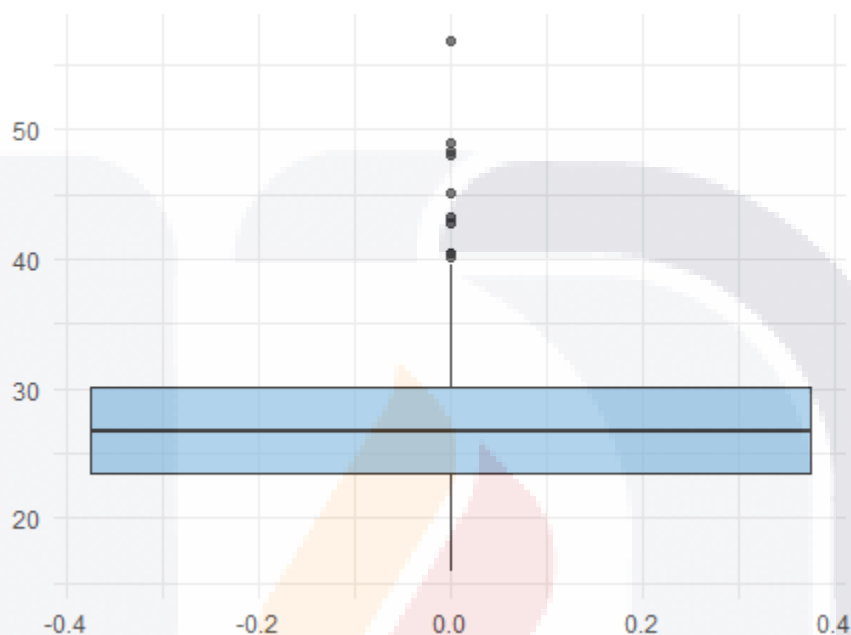


Figura 10. Índice de Masa Corporal, (IMC).

La circunferencia de cintura presentó valores entre 0.85 cm y 136 cm, con mediana de 88.0 cm y media de 88.45 cm, (RIC: 78,0–97,0) (Figura 11). La circunferencia de cadera osciló entre 52.0 cm y 190 cm, con mediana de 99.0 cm y media de 99.81 cm, (RIC: 90,0–107,0) (Figura 12). Por último, el índice cintura/cadera varió de 0.53 a 85.0, con mediana de 0.90 y media de 1.21, (RIC: 0,83–0,95).

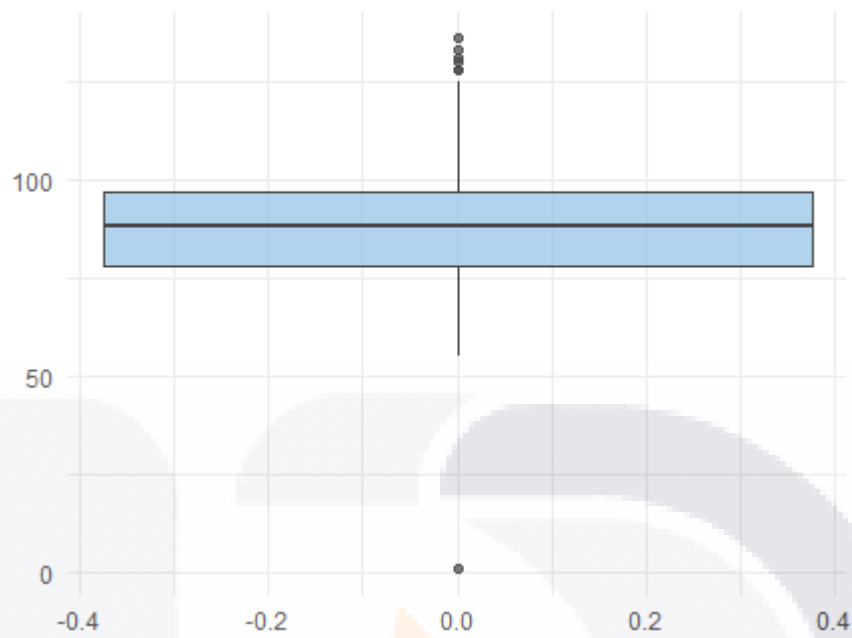


Figura 11. Circunferencia de Cintura.

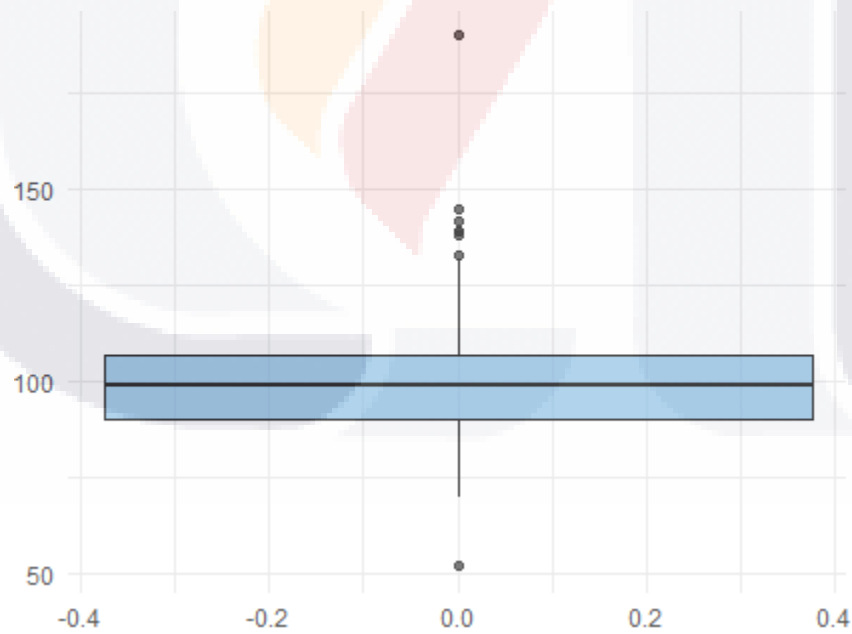


Figura 12. Circunferencia de Cadera.

En la evaluación mediante la Escala de Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés (EADES), se calcularon los promedios de cada una de sus subescalas. La subescala de Autoeficacia en la Alimentación Relacionada con las Emociones y el Estrés, compuesta por 12 ítems, mostró valores entre 1.0 y 4.6 puntos, con una mediana de 2.17 y una media de 2.24 (RIC: 1.50–2.92), lo que refleja una tendencia hacia niveles bajos de autoeficacia (Figura 13 y Tabla 1).

En la subescala de Autoconfianza en la Alimentación Relacionada con las Emociones y el Estrés, conformada por 9 ítems, se obtuvieron puntuaciones que oscilaron entre 1.0 y 5.0 puntos, con una mediana de 3.89 y una media de 3.83 (RIC: 3.33 – 4.56), evidenciando un mayor grado de autoconfianza percibida (Figura 13 y Tabla 1).

Por su parte, la subescala de Evaluación de Recursos y Capacidad de Afrontamiento, integrada por 19 ítems, presentó valores de 1.21 a 5.0 puntos, con una mediana de 3.84 y una media de 3.82 (RIC: 3.47 – 4.26). Estos resultados sugieren una percepción intermedia a favorable en cuanto a recursos de afrontamiento (Figura 13 y Tabla 1).

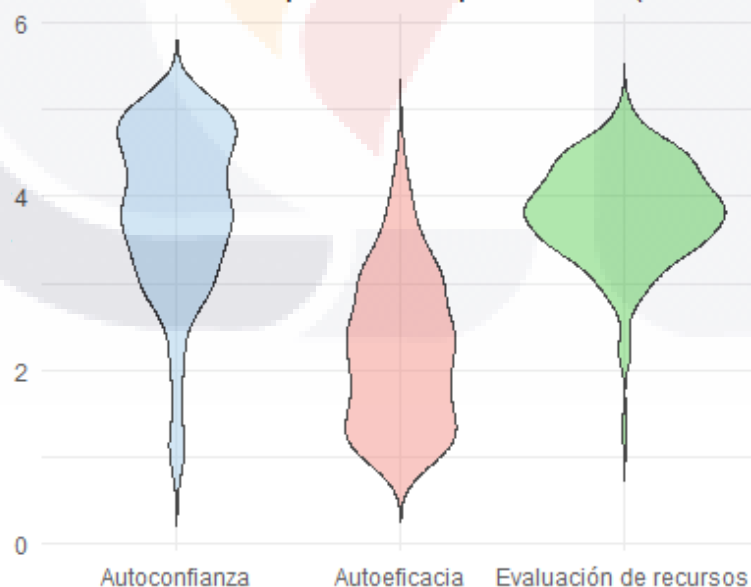


Figura 13. Escala de Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés (EADES).

Finalmente, al considerar el puntaje global del EADES, que integra las tres dimensiones, se obtuvieron valores entre 1.43 y 4.35 puntos, con una mediana de 3.40 y una media de 3.35 (RIC: 3.15 – 3.60), lo que refleja una tendencia general hacia niveles intermedios de alimentación emocional asociada a estrés y emociones (Figura 14 y Tabla 1).

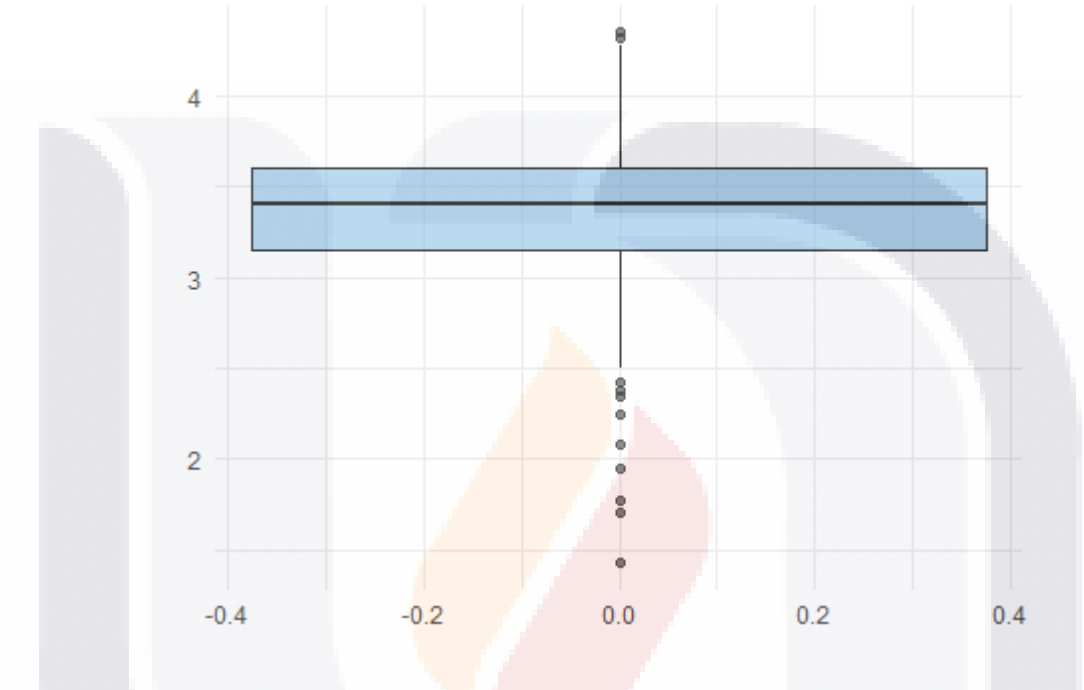


Figura 14. Puntaje global de EADES.

Variable	Media	DE
Autoeficacia	2.24	0.86
Autoconfianza	3.83	0.96
Recursos y Afrontamiento	3.82	0.58
Puntaje Global	3.35	0.43

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las categorías del cuestionario EADES.

Al clasificar a los participantes según el índice de masa corporal (IMC), conforme a los criterios de la Organización Mundial de la Salud, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje promedio del cuestionario EADES entre los grupos (ANOVA de un factor; $F_{4.251} = 0.382$, $p = 0.821$). El análisis post-hoc de Tukey confirmó la ausencia de diferencias relevantes en las comparaciones pareadas, con todos los intervalos de confianza del 95 % incluyendo el valor nulo y valores ajustados de $P > 0.80$. Por ejemplo, la diferencia media entre el grupo con sobrepeso y el grupo con peso normal fue de 0.02 puntos (IC95%: - 0.15 a 0.19; P – ajustado = 0.998), mientras que entre obesidad grado I y peso normal fue de 0.07 puntos (IC 95%: - 0.14 a 0.28; P – ajustado = 0.897). Comparaciones adicionales, como obesidad grado II frente a obesidad grado I (-0.15; IC 95%: - 0.52 a 0.22; P – ajustado = 0.816) y obesidad grado III frente a obesidad grado II (0.06; IC 95%: - 0.44 a 0.56; P – ajustado = 0.998), tampoco evidenciaron significancia estadística. Estos resultados se encuentran detallados y organizados en la Tabla 2. Además, podemos visualizar las distribuciones de los resultados obtenidos según cada categoría de IMC en la Figura 15.

<i>Comparación</i>	Diferencia Media	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	P Ajustado
<i>Sobrepeso – Peso Normal</i>	0.02	-0.15	0.19	0.998
<i>Obesidad Grado I – Peso Normal</i>	0.07	-0.14	0.28	0.897
<i>Obesidad Grado II – Peso Normal</i>	-0.08	-0.43	0.27	0.975

<i>Obesidad Grado III – Peso Normal</i>	-0.02	-0.41	0.38	1.000
<i>Obesidad Grado I – Sobrepeso</i>	0.05	-0.16	0.26	0.969
<i>Obesidad Grado II – Sobrepeso</i>	-0.10	-0.45	0.25	0.942
<i>Obesidad Grado III – Sobrepeso</i>	-0.04	-0.43	0.36	0.999
<i>Obesidad Grado II – Obesidad Grado I</i>	-0.15	-0.52	0.22	0.816
<i>Obesidad Grado III – Obesidad Grado I</i>	-0.09	-0.50	0.33	0.978
<i>Obesidad Grado III – Obesidad Grado II</i>	0.06	-0.44	0.56	0.998

Tabla 2. Comparación de puntajes EADES según categorías de IMC (ANOVA y prueba post-hoc de Tukey).

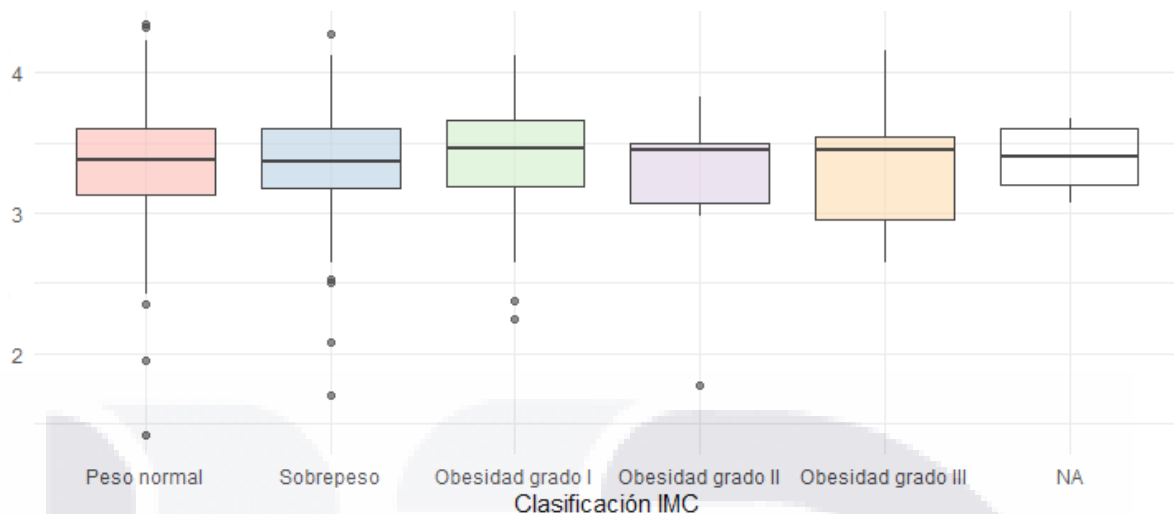


Figura 15. Comparación del EADES con la clasificación IMC de la OMS.

Al analizar la asociación entre el puntaje global de alimentación emocional (EADES) y la categoría de índice de masa corporal (IMC) según la clasificación de la OMS, se ajustó un modelo de regresión logística ordinal utilizando el método de máxima verosimilitud. El modelo incluyó como variable dependiente el grupo de IMC (peso normal, sobrepeso, obesidad grados I - III) y como predictor principal el puntaje promedio del EADES.

Los resultados mostraron que el coeficiente estimado para EADES fue de 0.087 (EE = 0.269; $p = 0.745$), lo que corresponde a una razón de momios (OR) de 1.09 (IC 95%: 0.64 – 1.85). Este hallazgo indica que el puntaje global de EADES no se asoció de manera significativa con la probabilidad de ubicarse en una categoría superior de IMC.

Previo a la interpretación de los coeficientes, se verificó el supuesto de proporcional odds mediante la prueba de Brant, la cual no mostró violaciones significativas ($\chi^2 = 1.62$; $gl = 3$; $p = 0.65$). Esto confirma que el modelo de regresión logística ordinal resulta adecuado bajo dicho supuesto.

Los puntos de corte estimados por el modelo evidenciaron separación entre las categorías de IMC, con diferencias significativas entre obesidad grado I y II ($p = 0.005$) y entre obesidad grado II y III ($p < 0.001$), lo que refleja mayor discriminación

en los extremos de la distribución. Sin embargo, el predictor principal (puntaje EADES) no mostró asociación significativa con los grupos de IMC.

El ajuste global del modelo presentó una desviación residual de 679.6 y un AIC de 689.6, valores esperables para un modelo simple, (Tabla 3).

<i>Parámetro</i>	Coeficiente (β)	Error estándar	Valor <i>t</i>	Valor <i>p</i>	OR	IC 95% (LI-LS)
<i>AEC-ARRE (Promedio)</i>	0.087	0.269	0.325	0.745	1.09	0.64 – 1.85
<i>Umbrales del Modelo (cut-points)</i>						
<i>Peso Normal → Sobrepeso</i>	-0.269	0.910	- 0.295	0.768	–	–
<i>Sobrepeso → Obesidad Grado I</i>	1.251	0.915	1.368	0.171	–	–
<i>Obesidad Grado I → Obesidad Grado II</i>	2.609	0.931	2.804	0.005*	–	–
<i>Obesidad Grado II → Obesidad Ggrado III</i>	3.496	0.960	3.643	<0.001*	–	–

Tabla 3. Resultados del modelo de regresión logística ordinal para la asociación entre el puntaje de alimentación emocional (EADES) y los grupos de índice de masa corporal (IMC).

En el análisis bivariado, la comparación de las variables categóricas con la clasificación del IMC mostró que el sexo (χ^2 , $p = 0.010$), la presencia de depresión (χ^2 , $p = 0.003$) y el uso de medicación para depresión (χ^2 , $p < 0.001$) presentaron asociaciones estadísticamente significativas. Otras variables como ocupación ($p = 0.056$) y nivel de estudios ($p = 0.083$) mostraron tendencias sin alcanzar significación estadística, mientras que la ansiedad y el uso de medicación para ansiedad no evidenciaron diferencias entre los grupos de IMC ($p > 0.5$). La variable estado civil no pudo ser evaluada adecuadamente debido a frecuencias bajas en algunas categorías (NaN) (Tabla 4).

En cuanto a las variables numéricas, se observaron diferencias significativas entre los grupos de IMC en la edad (ANOVA, $p < 0.001$), en la circunferencia de cintura (ANOVA, $p < 0.001$) y en la circunferencia de cadera (ANOVA, $p < 0.001$). En contraste, la índice cintura/cadera no mostró diferencias relevantes ($p = 0.819$) (Tabla 4).

Por otro lado, al analizar el puntaje global EADES, ninguna de las variables categóricas ni numéricas mostró asociaciones estadísticamente significativas (todas $p > 0.1$), lo que sugiere que este puntaje no se relacionó de manera directa con las características sociodemográficas, clínicas o psicológicas incluidas en el análisis.

<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Test vs IMC</i>	<i>p IMC</i>	<i>Test vs EADES</i>	<i>p AEC</i>
<i>Sexo</i>	Categórica	Chi-cuadrado	0.010	No aplica	–
<i>Estado Civil</i>	Categórica	Chi-cuadrado	NaN	ANOVA	0.119

<i>Nivel de Estudios</i>	Categórica	Chi-cuadrado	0.083	ANOVA	0.947
<i>Ocupación</i>	Categórica	Chi-cuadrado	0.056	ANOVA	0.936
<i>Ansiedad</i>	Categórica	Chi-cuadrado	0.556	t-test	0.225
<i>Medicamento para Ansiedad</i>	Categórica	Chi-cuadrado	0.730	t-test	0.309
<i>Depresión</i>	Categórica	Chi-cuadrado	0.003	t-test	0.155
<i>Medicamento para Depresión</i>	Categórica	Chi-cuadrado	<0.001	t-test	0.358
<i>Edad</i>	Numérica	ANOVA	<0.001	Correlación	0.356
<i>Circunferencia de c Cintura</i>	Numérica	ANOVA	<0.001	Correlación	0.901
<i>Circunferencia de Cadera</i>	Numérica	ANOVA	<0.001	Correlación	0.732
<i>Índice Cintura/Cadera</i>	Numérica	ANOVA	0.819	Correlación	0.341

Tabla 4. Análisis bivariado entre variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas con IMC y puntaje EADES. (NaN = prueba no válida por baja frecuencia en celdas).

En el modelo ajustado por sexo, depresión, uso de medicamentos antidepresivos, ocupación, nivel de estudios, edad y circunferencia de cintura, no se observó una asociación significativa entre el puntaje promedio de afrontamiento emocional y la clasificación del IMC (OR = 1.04; IC 95%: 0.56 – 1.94; p=0.894), (Tabla 5).

En cambio, otras variables sí mostraron asociaciones relevantes. El sexo masculino se asoció con menor probabilidad de presentar un IMC más alto en comparación con las mujeres (OR = 0.30; IC 95%: 0.16 – 0.56; p<0.001). La presencia de depresión se vinculó con mayor probabilidad de ubicarse en categorías superiores de IMC (OR = 13.52; IC 95%: 1.08 – 170.16; p=0.044). De forma inversa, el uso de medicamentos para la depresión se asoció con menor probabilidad de mayor IMC (OR = 0.04; IC 95%: 0.003 – 0.74; p=0.030), (Tabla 5).

La circunferencia de cintura se mantuvo como un predictor significativo, de manera que cada incremento de 1 centímetro se relacionó con un 18% más de probabilidad de estar en una categoría superior de IMC (OR = 1.18; IC 95%: 1.15 – 1.22; p<0.001), (Tabla 5).

En cuanto al nivel de estudios, se observaron asociaciones muy elevadas y consistentes con mayor IMC en todos los estratos (desde primaria hasta posgrado), con razones de momios que oscilaron entre 1.22×10^4 y 3.54×10^5 , todas con p<0.001. Sin embargo, dada la magnitud extrema de los valores, estos hallazgos deben interpretarse con cautela por posible inestabilidad del modelo o baja representatividad de algunas categorías.

La edad y la ocupación no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el IMC en el modelo ajustado (Tabla 5).

<i>Variable</i>	OR	IC95%	p
<i>Afrontamiento Emocional</i>	1.04	0.56 – 1.94	0.894
<i>Sexo (Masculino)</i>	0.30	0.16 – 0.56	<0.001
<i>Depresión (Sí)</i>	13.52	1.08 – 170.16	0.044
<i>Medicamento para depresión (Sí)</i>	0.04	0.003 – 0.74	0.030
<i>Ocupación: Trabajador</i>	1.04	0.42 – 2.53	0.937
<i>Ocupación: Hogar</i>	1.65	0.48 – 5.66	0.425
<i>Ocupación: Pensionado</i>	—	—	<0.001*
<i>Nivel de Estudios: Primaria</i>	3.54×10^5	$7.93 \times 10^4 - 1.58 \times 10^6$	<0.001
<i>Nivel de Estudios: Secundaria</i>	1.96×10^5	$8.47 \times 10^4 - 4.55 \times 10^5$	<0.001

Nivel de Estudios: Preparatoria	1.52×10^5	$6.44 \times 10^4 - 3.59 \times 10^5$	<0.001
Nivel de Estudios: Técnico	1.52×10^5	$2.20 \times 10^4 - 1.05 \times 10^6$	<0.001
Nivel de Estudios: Licenciatura	1.72×10^5	$7.40 \times 10^4 - 3.99 \times 10^5$	<0.001
Nivel de Estudios: Posgrado	1.23×10^4	$5.79 \times 10^2 - 2.61 \times 10^5$	<0.001
Edad (años)	1.03	0.97 – 1.10	0.288
Circunferencia de cintura (cm)	1.18	1.15 – 1.22	<0.001

Tabla 5. Modelo multivariado de regresión logística ordinal para la clasificación del IMC. *Valor atípico debido a inestabilidad del modelo, (ocupación “pensionado”).

Al comparar el ajuste de los modelos, se observó que el modelo ajustado presentó un menor valor de AIC (487.9) y BIC (555.3) en comparación con el modelo crudo (AIC = 689.6; BIC = 707.3), lo que indica un mejor desempeño global al incorporar las variables de control, (Tabla 6).

En cuanto a la capacidad explicativa, los pseudo R^2 mostraron una notable mejoría con el modelo ajustado: McFadden = 0.34, Cox – Snell = 0.59 y Nagelkerke = 0.64,

frente a valores prácticamente nulos en el modelo crudo (McFadden = 0.0002, Cox – Snell = 0.0004 y Nagelkerke = 0.0004). Estos resultados reflejan que la inclusión de las variables sociodemográficas, clínicas y antropométricas incrementó sustancialmente la proporción de variabilidad del IMC explicada por el modelo, en contraste con el predictor único afrontamiento emocional, (Tabla 6).

<i>Modelo</i>	AIC	BIC	McFadden	Cox – Snell	Nagelkerke
<i>Crudo</i>	689.6	707.3	0.0002	0.0004	0.0004
<i>Ajustado</i>	487.9	555.3	0.3381	0.5925	0.6373

Tabla 6. Comparación del ajuste y capacidad explicativa entre el modelo crudo y el modelo ajustado.

DISCUSIÓN

En nuestra muestra predominó el sexo femenino, con un rango etario de 18 a 35 años, la mayoría solteros y con educación secundaria a licenciatura.

La prevalencia de antecedentes de ansiedad (8.8 %) y depresión (6.5 %) fue relativamente baja, y la mayoría de los participantes en tratamiento farmacológico presentaban control adecuado de estas condiciones. Este hallazgo sugiere que, aunque la presencia de trastornos psicológicos fue limitada, la atención médica y el manejo farmacológico pueden contribuir a minimizar su impacto en los hábitos alimentarios, en el estudio de Marija Ljubić y colaboradores, que las emociones pueden reflejarse en el consumo de alimentos y tener repercusiones en el estado nutricional, (índice de masa corporal). (4)

El IMC promedio fue de 27.42 kg/m², indicando que un porcentaje importante de la muestra se encuentra en sobrepeso u obesidad. Valores de circunferencia de cintura y de cadera y de índice cintura/cadera mostraron un riesgo moderado de adiposidad central, un marcador conocido de riesgo metabólico y cardiovascular. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud se estima que un IMC superior al óptimo provocó 3.7 millones de muertes en 2021 por enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, los trastornos neurológicos, las enfermedades respiratorias crónicas o los trastornos digestivos. (10)

Estos hallazgos reflejan la importancia de considerar la alimentación emocional no solo desde la perspectiva psicológica, sino también desde la antropométrica y de prevención de enfermedades crónicas. Estudios previos han reportado asociaciones mixtas entre estado nutricional y factores psicoemocionales, sugiriendo que la obesidad no siempre se correlaciona directamente con niveles de alimentación emocional, Gisela Pineda – García y colaboradores en su artículo titulado “Alimentación emocional e insatisfacción corporal en función del afecto negativo, alimentación no consciente e IMC en hombres y mujeres universitarios.”, explica que casi un 30% de la varianza de la alimentación emocional predicha de

manera directa por la alimentación no consciente y el afecto negativo, y un 52% de la insatisfacción con la imagen corporal explicada de manera directa por el sexo, el IMC y la alimentación no consciente. (21)

En cuanto a las escalas del cuestionario EADES, se identificaron puntajes bajos en autoeficacia (2.24 ± 0.86) y medianos a altos en autoconfianza (3.83 ± 0.96) y evaluación de recursos de afrontamiento (3.82 ± 0.58). Este patrón sugiere que, aunque los participantes perciben cierta seguridad en su capacidad para manejar la alimentación, presentan dificultades al enfrentar situaciones emocionales o estresantes que comprometen conductas alimentarias saludables, Libertad – Paredes Díaz y colaboradores mencionan en su artículo, que el estrés surge de la relación existente entre persona y entorno. Para que se presente, son importantes dos elementos: la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento (Lazarus, 2000). La ansiedad se da cuando el estrés actúa mucho tiempo sobre el individuo y se cronifica. Puede dar lugar a alteraciones patológicas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión, alto nivel de activación del sistema nervioso autónomo y conductas escasamente adaptativas (Clark et al., 2016; Lazarus, 2000). Por otro lado, uno de los principales modelos de explicación de la depresión postula la existencia de una triada cognitiva, la cual hace referencia a la existencia de tres patrones cognitivos que llevan a las personas a poseer una visión negativa de sí mismas, de las situaciones que experimentan y a cerca de su futuro (Beck, 1983). (22)

El puntaje global (3.35 ± 0.43) indica un nivel intermedio de alimentación emocional, lo que coincide con investigaciones previas en jóvenes adultos, donde se observa que los niveles de autoeficacia y afrontamiento pueden ser moderados y dependientes de factores contextuales, como estrés académico, laboral o social, Libertad – Paredes Díaz y colaboradores refieren, que las las emociones surgen en el momento en el que los individuos evalúan una situación como relevante. Estos estados afectivos pueden ser positivos o negativos; el afecto negativo puede incluir estados de estrés, ansiedad y depresión. (22)

En el análisis de ANOVA, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes del EADES según las categorías de IMC ($p= 0.821$), ni en las comparaciones post-hoc. Esto sugiere que la percepción de autoeficacia, autoconfianza y recursos de afrontamiento en la alimentación emocional podría manifestarse de manera independiente del estado nutricional medido por IMC.

En el presente estudio no se identificó una asociación significativa entre el puntaje global de la escala de Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés (EADES) y la clasificación del índice de masa corporal (IMC) en adultos, tanto en el análisis crudo como en el modelo ajustado por variables sociodemográficas, clínicas y antropométricas. Este hallazgo contrasta con la hipótesis inicial que planteaba un vínculo entre los niveles elevados de alimentación emocional y un mayor riesgo de sobrepeso u obesidad. Una posible explicación radica en que el constructo global del EADES podría no captar de manera diferenciada las dimensiones específicas de la alimentación emocional (p. ej., comer por ansiedad, aburrimiento o depresión), lo que diluye la capacidad de detectar asociaciones con el IMC.

En contraste, otras variables demostraron relevancia clínica y estadística en la explicación del IMC. El sexo masculino se asoció con menor probabilidad de presentar categorías superiores de IMC en comparación con las mujeres, hallazgo que concuerda con estudios previos donde la prevalencia de obesidad es más elevada en mujeres adultas. Asimismo, la presencia de depresión se vinculó con mayor probabilidad de IMC elevado, reforzando la evidencia sobre la interacción bidireccional entre trastornos del estado de ánimo y obesidad. De manera interesante, el uso de medicamentos antidepresivos se relacionó con menor probabilidad de presentar obesidad, lo cual podría reflejar un efecto indirecto del tratamiento sobre la regulación del peso corporal, aunque no puede descartarse la influencia de factores de confusión residuales.

La circunferencia de cintura destacó como un predictor fuerte, lo que respalda su utilidad clínica como indicador de adiposidad central y riesgo metabólico, incluso al considerar el IMC como desenlace. Por otro lado, las asociaciones extremadamente elevadas observadas para el nivel de estudios deben

interpretarse con cautela, dado que probablemente reflejan inestabilidad del modelo por baja frecuencia en ciertas categorías más que una relación causal real.

Finalmente, la comparación entre modelos mostró que el ajuste global y la capacidad explicativa se incrementaron sustancialmente al incluir covariables sociodemográficas, clínicas y antropométricas. Los pseudo R^2 de McFadden, Cox-Snell y Nagelkerke sugieren que el modelo ajustado explicó una proporción considerable de la variabilidad del IMC, en contraste con el modelo crudo basado únicamente en el EADES. Esto refuerza la importancia de considerar múltiples determinantes al abordar la obesidad y limita la utilidad del puntaje global de alimentación emocional como predictor independiente.

Estos resultados destacan la importancia de abordar la alimentación emocional como un factor psicosocial independiente, no únicamente vinculado al peso corporal. Intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia y los recursos de afrontamiento podrían beneficiar a individuos con normopeso y sobrepeso por igual.

Estos resultados destacan la importancia de abordar la alimentación emocional como un factor psicosocial independiente, no únicamente vinculado al peso corporal. Intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia y los recursos de afrontamiento podrían beneficiar a individuos con normopeso y sobrepeso por igual.

IMPLICACIONES CLÍNICAS Y EDUCATIVAS

Los hallazgos sugieren la necesidad de estrategias de intervención psicoeducativa que fortalezcan la autoeficacia y la capacidad de afrontamiento frente a emociones y estrés. Programas dirigidos a jóvenes adultos podrían incluir talleres de regulación emocional, habilidades de afrontamiento y educación nutricional, contribuyendo a mejorar hábitos alimentarios y bienestar psicológico, Libertad Paredes – Díaz y colaboradores en su programa de regulación emocional plantea estrategias a partir de revisiones teóricas y empíricas sobre el uso de la atención

plena para la reducción del malestar emocional (Le Blanc et al., 2019), de estrategias derivadas de la terapia cognitivo conductual para identificar situaciones detonantes de pensamientos, emociones y conductas (Wisman et al., 2023), y de estrategias de tolerancia al malestar y de regulación emocional como elemento trasdiagnóstico en el comportamiento alimentario (Mallorquí-Bagué et al., 2018). La intervención fue conducida por un psicoterapeuta cognitivo conductual con experiencia clínica en terapia individual y grupal y, previamente, fue dictaminada por cinco expertos en comportamiento alimentario: cuatro psicólogos con experiencia clínica cognitivo conductual y un psiquiatra. (22)

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones se encuentra el diseño transversal, que no permite inferir causalidad. Además, la población fue principalmente urbana y con alto nivel educativo, lo que podría limitar la generalización de los resultados. El uso de cuestionarios autoaplicados también podría introducir sesgo de respuesta.

CONCLUSIÓN

En este estudio se evaluó la relación entre la alimentación emocional y el estado nutricional en adultos jóvenes de 18 a 35 años mediante el cuestionario EADES. La muestra estuvo conformada por 261 participantes, predominantemente mujeres (67.4%), con la mayoría solteros (53.3%) y con niveles educativos de secundaria a licenciatura (aproximadamente 65%), lo que refleja un perfil sociodemográfico joven, en gran parte laboralmente activo. La prevalencia de antecedentes de ansiedad y depresión fue baja, con 8.8% y 6.5% respectivamente, aunque la mayoría de quienes refirieron estas condiciones estaban bajo tratamiento farmacológico, lo que sugiere un control clínico adecuado de estas condiciones psicológicas en la población estudiada.

Los datos antropométricos indicaron que la población presentó un IMC promedio de 27.42 kg/m², con mediana de 26.65 kg/m², mostrando que un porcentaje importante de la muestra se encontraba en rangos de sobrepeso y obesidad según los criterios de la Organización Mundial de la Salud. La circunferencia de cintura y de cadera, así como el índice cintura/cadera, reflejaron valores medios que sugieren un riesgo moderado de adiposidad central en la población, lo que constituye un marcador relevante de riesgo metabólico y cardiovascular en adultos jóvenes.

Respecto a los puntajes obtenidos en el cuestionario EADES, la subescala de autoeficacia en la alimentación relacionada con emociones y estrés presentó valores bajos (media 2.24 ± 0.86), lo que indica que la mayoría de los participantes perciben dificultades para mantener conductas alimentarias saludables frente a situaciones emocionales o estresantes. La subescala de autoconfianza en la alimentación mostró puntajes más elevados (media 3.83 ± 0.96), evidenciando que, a pesar de la baja autoeficacia, los individuos perciben cierto grado de seguridad en su capacidad para manejar su alimentación en situaciones emocionales. La evaluación de recursos y capacidad de afrontamiento, presentó puntajes intermedios a favorables (media 3.82 ± 0.58), sugiriendo que los participantes cuentan con herramientas psicológicas y estrategias de afrontamiento moderadas

para enfrentar dificultades relacionadas con la alimentación emocional. El puntaje global del cuestionario EADES (media 3.35 ± 0.43) refleja, en conjunto, un nivel intermedio de alimentación emocional y habilidades de afrontamiento, evidenciando áreas susceptibles de intervención educativa y conductual.

Al analizar la relación entre los puntajes del cuestionario EADES y el estado nutricional medido por IMC, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de peso (ANOVA: $F_{4,251} = 0.382$; $p = 0.821$), ni en los análisis post-hoc de Tukey. Esto sugiere que, dentro de esta población, los niveles de alimentación emocional percibida y los recursos de afrontamiento no se asocian de manera directa con el estado nutricional, al menos en términos de IMC. Este hallazgo es relevante, ya que indica que los factores psicológicos relacionados con la alimentación emocional podrían manifestarse independientemente del peso corporal y que intervenciones orientadas a mejorar la autoeficacia y el afrontamiento podrían beneficiar tanto a individuos con normopeso como a aquellos con sobrepeso u obesidad.

En esta cohorte, el puntaje global de alimentación emocional (EADES) no se asoció de manera significativa con el índice de masa corporal, aun después de ajustar por factores sociodemográficos, clínicos y antropométricos. En cambio, variables como el sexo, la depresión, el uso de medicamentos antidepresivos y la circunferencia de cintura emergieron como predictores relevantes del IMC. Estos hallazgos subrayan la complejidad multifactorial de la obesidad y sugieren que el afrontamiento emocional, medido de forma global, no constituye un determinante independiente en esta población. Futuros estudios deberían explorar dimensiones específicas de la alimentación emocional y su interacción con factores psicológicos y metabólicos, así como validar los hallazgos en muestras más amplias y heterogéneas.

En conjunto, los resultados de este estudio resaltan la necesidad de estrategias de intervención psicoeducativa y conductual dirigidas a fortalecer la autoeficacia y la capacidad de afrontamiento en la alimentación emocional, particularmente en adultos jóvenes. La identificación de un perfil de alimentación emocional

intermedia y recursos de afrontamiento moderados proporciona un marco para futuras investigaciones y programas de promoción de la salud, contribuyendo a la prevención de trastornos alimentarios y a la mejora del bienestar psicológico y nutricional de esta población.



GLOSARIO

Alimentación Emocional: Se define como la propensión a comer en respuesta a emociones positivas y negativas y no a una necesidad física. (13)

Estado Nutricio: Es el resultado de la ingesta y las necesidades energéticas en el organismo, expresando un grado de bienestar de las personas, un desequilibrio provocaría enfermedades metabólicas. (15)

Estrés: Estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. (18).

Obesidad: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (17)

Obesidad Grado I: Cuando el IMC está entre 30.0 y 34.9 kg/m². (10)

Obesidad Grado II: Cuando el IMC está entre 35.0 y 39.9 kg/m². (10)

Obesidad Grado III: Cuando el IMC es igual o mayor a 40 kg/m². (10)

Peso Normal: El peso saludable de una persona es el que corresponde a un IMC entre 18.5 y 24.9 kg/m². (10)

Sobrepeso: Cuando el IMC está entre 25.0 y menor a 29.9 kg/m². (10)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bongers P, Jansen A, Houben K, Roefs A. Happy eating: The single target implicit association test predicts overeating after positive emotions. *Eat Behav.* agosto de 2013;14(3):348–55.
2. Eşer Durmaz S, Keser A, Tunçer E. Effect of emotional eating and social media on nutritional behavior and obesity in university students who were receiving distance education due to the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health (Germany).* el 1 de octubre de 2023;31(10):1645–54.
3. Pickett S, Burchenal CA, Haber L, Batten K, Phillips E. Understanding and effectively addressing disparities in obesity: A systematic review of the psychological determinants of emotional eating behaviours among Black women. Vol. 21, *Obesity Reviews*. Blackwell Publishing Ltd; 2020.
4. Ljubičić M, Matek Sarić M, Klarin I, Rumbak I, Colić Barić I, Ranilović J, et al. Emotions and Food Consumption: Emotional Eating Behavior in a European Population. *Foods.* el 1 de febrero de 2023;12(4).
5. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals 3 (0 2) 0 0 1 0 0-9.
6. Ashurst J, Van Woerden I, Dunton G, Todd M, Ohri-Vachaspati P, Swan P, et al. The Association among Emotions and Food Choices in First-Year College Students Using mobile-Ecological Momentary Assessments. *BMC Public Health.* el 2 de mayo de 2018;18(1).
7. Jääskeläinen A, Nevanperä N, Remes J, Rahkonen F, Järvelin MR, Laitinen J. Stress-related eating, obesity and associated behavioural traits in adolescents: A prospective population-based cohort study. *BMC Public Health.* el 7 de abril de 2014;14(1).
8. Alharbi RM, Alharbi HF. The Indicator of Emotional Eating and Its Effects on Dietary Patterns among Female Students at Qassim University. *Nutrients.* el 1 de agosto de 2023;15(16).
9. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velázquez-Alva M del C, Zepeda Zepeda M. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite.* el 1 de diciembre de 2016;107:639–44.
10. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso [Internet]. 2024 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

11. Ramírez ATR, García-Méndez M. Construcción de una escala de alimentación emocional. Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica. el 1 de octubre de 2017;3(45):85–95.
12. Organización Mundial de la Salud. Estrés [Internet]. 2023 [citado el 11 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
13. Burnatowska E, Surma S, Olszanecka-Glinianowicz M. Relationship between Mental Health and Emotional Eating during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. Vol. 14, Nutrients. MDPI; 2022.
14. González de Rivera J. L. Teoría y Práctica de la Psicopatología. Monografías de Psiquiatría . mayo de 1981;3:1–4.
15. Lema VL, Aguirre MA, Durán NG, Zumba NC. Nutritional status and lifestyle in school children. A view from public and private educational units. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2021;40(4):344–52.
16. Mark Edberg. Essentials of health behavior: Social and behavioral theory in public health. . Jones & Bartlett Publishers; 2007. 35–49 p.
17. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado el 13 de junio de 2024]. Prevención de la Obesidad. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad#:~:text=La%20obesidad%20y%20el%20sobrepeso,de%20la%20talla%20en%20metros>
18. Organización Mundial de la Salud. Estrés [Internet]. 2023 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
19. Rojas Ramírez Ana Teresa GMM. Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica. 2017;3:85–95.
20. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en los Seres Humanos [Internet]. 2024 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
21. Pineda-García G, Ayala CP, Acevedo SP, Reiván-Ortíz G, Ruíz EO, Martínez ALM, et al. Emotional eating and body dissatisfaction as function of negative affect, unconscious eating and BMI in college men and women. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. el 6 de enero de 2025;15(1):1–13.

22.

ANEXO A

No.	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE TRABAJO	ABRIL-JUN 2023	JUL-SEP 2023	OCT-DIC 2023	ENE-MAR 2024	ABRI-JUN 2024	JUL-SEP 2024	OCT-DIC 2024	ENE-MAR 2025	ABRIL-JUN 2025	JUL-SEP 2025
1	Selección de tema.										
2	Asignación de tutores.										
3	Búsqueda sistemática.										
4	Realizar antecedentes científicos.										
5	Marco teórico y conceptual.										
6	Justificación y planteamiento del problema.										
7	Realizar Metodología.										
8	Envío de protocolo a revisión por CLIES 101										
9	Dictamen de evaluación por CLIES 101.										
10	Trabajo de campo (Aplicación de Encuestas).										
11	Elaboración de base de datos y captura.										

12	Análisis e interpretación de los resultados.											
13	Realizar discusiones y conclusiones.											
14	Redacción de tesis.											
15	Redacción de artículo.											
16	Publicación de artículo.											
17	Difusión de resultados. Acudir a un congreso nacional.											

ANEXO B



CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN EMOCIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON ESTADO NUTRICIO

Ficha de Identificación

Fecha:

Nombre:

NSS:

Número de Consultorio:

Turno: 1. Matutino / 2. Vespertino

Sexo: 1. Femenino / 2. Masculino

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Estado Civil: 1. Soltero / 2. Casado / 3. Unión Libre / 4. Divorciado / 5. Viudo / 6. Separado

Nivel de Estudios: 1. Sin Escolaridad / 2. Primaria / 3. Secundaria / 4. Preparatoria / 5. Técnico / 6. Licenciatura / 7. Postgrado

Ocupación: 1. Estudiante / 2. Trabajador / 3. Hogar / 4. Pensionado

Mediciones del Paciente

Peso:

Talla:

IMC:

Circunferencia de

cintura:

ICC:

Circunferencia cader

Antecedentes Personales Patológicos

1. Sufre de ansiedad, (diagnosticada): 1. No / 2. Si

2. Cuando tiempo lleva con el diagnóstico:

1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. >1 año. 4. > 5 años. 5. > 10 años.

3. Toma algún medicamento, especifique cual si es así: 1. No / 2. Si

4. Sufre de depresión, (diagnosticada): 1. No / 2. Si
5. Cuando tiempo lleva con el diagnóstico:
 1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. >1 año. 4. > 5 años. 5. > 10 años.
6. Toma algún medicamento, especifique cual si es así: 1. No / 2. Si

AUTOEFICACIA EN LA ALIMENTACIÓN RELACIONADA CON LAS EMOCIONES Y EL ESTRÉS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. Utilizo los alimentos para manejar mis emociones.	5	4	3	2	1
2. Cuando estoy molesto conmigo mismo, como.	5	4	3	2	1
3. Cuando estoy ansioso, como.	5	4	3	2	1
4. Me consuelo con la comida.	5	4	3	2	1
5. Cuando estoy frustrado, como.	5	4	3	2	1
6. Cuando estoy triste, como.	5	4	3	2	1
7. Cuando estoy enojado, como.	5	4	3	2	1
8. Cuando estoy estresado, como en exceso.	5	4	3	2	1
9. No me puedo controlar cuando como.	5	4	3	2	1
10. Es difícil para mí dejar de comer aunque me sienta lleno.	5	4	3	2	1
11. Para evitar enfrentar los problemas, como.	5	4	3	2	1
12. No tengo control sobre la cantidad que como.	5	4	3	2	1

AUTOCONFIANZA EN LA ALIMENTACIÓN RELACIONADA CON LAS EMOCIONES Y EL ESTRÉS		TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1.	Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy molesto conmigo mismo.	5	4	3	2	1
2.	Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy molesto.	5	4	3	2	1
3.	Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy frustrado.	5	4	3	2	1
4.	Considero que puedo controlar mi alimentación cuando me siento triste	5	4	3	2	1
5.	Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy ansioso.	5	4	3	2	1
6.	Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy enojado.	5	4	3	2	1
7.	Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy cansado.	5	4	3	2	1
8.	Considero que puedo controlar mi alimentación, cuando me libero de preocupaciones.	5	4	3	2	1
9.	Considero que puedo controlar mi alimentación cuando me siento feliz.	5	4	3	2	1

EVALUACIÓN DE RECURSOS Y CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. Soy capaz de satisfacer mis necesidades emocionales.	5	4	3	2	1
2. Trato de resolver el problema cuando sé que hay algo mal en mi vida.	5	4	3	2	1
3. Generalmente puedo encontrar una solución a mis problemas.	5	4	3	2	1
4. Soy capaz de manejar situaciones estresantes.	5	4	3	2	1
5. Tengo control sobre mi vida.	5	4	3	2	1
6. No me siento seguro en mi vida.	5	4	3	2	1
7. Frecuentemente me siento triste.	5	4	3	2	1
8. Soy capaz de manejar mis propios problemas.	5	4	3	2	1
9. Tengo control sobre mis emociones.	5	4	3	2	1
10. Trato de pensar positivamente en tiempos difíciles.	5	4	3	2	1
11. Me ocupo de los problemas lo antes posible.	5	4	3	2	1
12. Considero los pros y contras de las situaciones antes de tomar decisiones sobre que hacer.	5	4	3	2	1
13. Soy capaz de satisfacer mis necesidades espirituales.	5	4	3	2	1
14. Mis amigos me apoyan cuando tengo problemas.	5	4	3	2	1
15. Soy capaz de decir "no" cuando tengo que hacerlo.	5	4	3	2	1
16. Trato de analizar el problema para entenderlo mejor.	5	4	3	2	1

17. Mi familia me apoya cuando tengo problemas.	5	4	3	2	1
18. Hablo de mis sentimientos.	5	4	3	2	1
19. Trato de encontrar soluciones alternativas para mis problemas.	5	4	3	2	1

¡GRACIAS!



ANEXO C

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	ITEMS
Datos Sociodemográficos: Conjunto de características biológicas, socioeconómico, culturales que están presentes en la población en la que se realizará el estudio.	Características demográficas: Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas.	Sexo: Se refiere a las características biológicas que definen a hombres y mujeres.	Cualitativa Nominal.	Masculino. Femenino.
	Características sociales: Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que la componen.	Edad: Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la referencia.	Cuantitativa.	¿Cuál es su fecha de nacimiento? ¿Cuál es su edad?
		Estado Civil: Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.	Cualitativa.	Estado Civil: 1. Soltero. 2. Casado. 3. Unión Libre. 4. Divorciado. 5. Viudo. 6. Separado.

		Escolaridad: Nivel de educación más alto que una persona ha terminado	Cualitativa Ordinal.	Escolaridad del Paciente. 1. Analfabeta. 2. Analfabeta sin escolaridad. 3. Primaria. 4. Secundaria. 5. Bachillerato. 6. Técnico. 7. Profesional. 8. Otro, especifique ____.
		Ocupación: Actividad que se realiza, el cual puede ser o no remunerado.	Cualitativa Nominal.	¿A qué se dedica actualmente? 1. Estudiante. 2. Trabajador. 3. Hogar. 4. Pensionado/Jubilado.
Somatometría: Medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.		Peso: Es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.	Cuantitativa Continua.	Peso, kg.
		Talla: Crecimiento lineal del organismo expresado en metros.	Cuantitativa Continua.	Talla, mts.

		IMC: Relación entre el peso y la talla; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), un índice de masa corporal igual o mayor a 25 determina sobrepeso mientras que uno igual o superior a 30 indica obesidad.	Cuantitativa Continua.	Kg/m^2.
--	--	---	-------------------------------	---

Antecedentes Personales Patológicos: Son un registro de todas las enfermedades, afecciones y eventos médicos significativos que ha experimentado un paciente en su vida.			Cualitativa.	1. ¿Sufre de ansiedad, (diagnosticada)? 2. Sí. 3. No. 5. Cuando tiempo lleva con el diagnóstico: 1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. > 1 año. 4. > 5 año. 5. > 10 años. 6. Toma algún medicamento, especifique cual si es así. 1. Sí. 2. No. 7. Cuando tiempo lleva con el diagnóstico: 1. < 6 meses. 2. > 6 meses.
---	--	--	---------------------	---

				3. > 1 año. 4. > 5 año. 5. > 10 años. 8. Toma algún medicamento, especifique cual si es así. 1. Sí. 2. No.
Test de La Alimentación y Valoración por Emociones y			Cualitativa Nominal.	

Estrés (EADES). Alimentaria emocional: Se ha definido como el comer como respuesta a las emociones negativas y se ha asociado con el aumento de peso.				
	Autoeficacia en la Alimentación Relacionada con las Emociones y el Estrés.	La creencia de una persona en su capacidad para actuar.	Escala tipo Likert: 1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo.	
	Autoconfianza en la Alimentación Relacionada con las Emociones y el Estrés.	Implica sentirte seguro de ti mismo y de tu talento, no de una forma arrogante, sino de una	Escala tipo Likert: 1. Totalmente desacuerdo, 2.	1. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy molesto conmigo mismo.

		forma realista.	Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo.	2. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy molesto. 3. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy frustrado. 4. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando me siento triste. 5. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy ansioso. 6. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy enojado. 7. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy cansado. 8. Considero que puedo controlar mi alimentación, cuando
--	--	--------------------	---	--

				me libero de preocupaciones. 9. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando me siento feliz.
	Evaluación de Recursos y Capacidad de Afrontamiento.	Conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes, así como para reducir el estado de malestar que produce el estrés.	Escala tipo Likert: 1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo.	1. Soy capaz de satisfacer mis necesidades emocionales. 2. Trato de resolver el problema cuando sé que hay algo mal en mi vida. 3. Generalmente puedo encontrar una solución a mis problemas. 4. Soy capaz de manejar situaciones estresante. 5. Tengo control sobre mi vida. 6. NO me siento seguro en mi vida. 7. Frecuentemente me siento triste. 8. Soy capaz de manejar mis propios problemas.

				9. Tengo control sobre mis emociones. 10. Trato de pensar positivamente en tiempos difíciles. 11. Me ocupo de los problemas lo antes posible. 12. Considero los pros y contras de las situaciones antes de tomar decisiones sobre qué hacer. 13. Soy capaz de satisfacer mis necesidades espirituales. 14. Mis amigos me apoyan cuando tengo problemas. 15. Soy capaz de decir “no” cuando tengo que hacerlo. 16. Trato de analizar el problema para entenderlo mejor. 17. Mi familia me apoya
--	--	--	--	---

				cuando tengo problemas. 18. Hablo de mis sentimientos. 19. Trato de encontrar soluciones alternativas para mis problemas.
--	--	--	--	--



ANEXO D

MANUAL OPERACIONAL

Alimentación emocional y su asociación con el estado nutricional en pacientes de 18 a 25 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes.

La información de la entrevista será recolectada y capturada por profesionales de la salud. Se identificará, a los pacientes de 18 a 25 años de edad sobre alimentación emocional y asociación con el estado nutricional, de la Unidad de Medicina Familiar N° 1 de la OOAD Aguascalientes, se obtendrá permiso mediante una carta de consentimiento informado, en la que se les informará los objetivos, beneficios e inconvenientes de la aplicación de la entrevista, se le comentará que tiene el derecho de retirarse del proyecto en el momento que lo crea conveniente y que toda la información que nos proporcione será confidencial y no cambiara el trato que se le da en las instituciones de salud; de igual forma se les especificara la duración de las entrevistas, mismas que se realizarán en la sala de espera de la UMF N°. 1 de OOAD Aguascalientes.

Los temas que se abordarán dentro de la entrevista serán en un inicio a las características sociodemográficas de la paciente, así como sus antecedentes personales no patológicos, posteriormente sobre antecedentes heredofamiliares acerca de la alimentación emocional y estrés asociado a la obesidad, finalizando con la aplicación del cuestionario referente al cuestionario de "Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés", (EADES).

Se dará una explicación de la importancia de la aplicación de la entrevista enfatizando la asociación que existe entre la alimentación emocional y estrés asociado a la obesidad, puesto que esta enfermedad conlleva a múltiples complicaciones por lo que es de suma importancia el tamizaje y control.



CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN EMOCIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON ESTADO NUTRICIO

I. Ficha de identificación.

Folio: Se dejará en blanco ya que el investigador asignará después los folios de las entrevistas.

Folio: 011.

Se anotará la unidad de medicina familiar a la que pertenezca, número de consultorio en el que es atendido, el turno en el que asiste.

Número de Consultorio: urno: 1. Matutino. / 2. Vespertino.

Nombre: Se anotará en la entrevista el nombre y apellidos completos del paciente, este se obtendrá del catálogo de pacientes, previamente a la entrevista. Ejemplo:

Nombre: Sofía Montes Ortiz.

Fecha de aplicación: Se anotará la fecha de aplicación de la entrevista, especificando el día, mes y año.

Fecha de Aplicación: Día: 02 Mes: Julio Año: 2024.

Número de Afiliación: Este se obtendrá del expediente de la paciente previamente identificada.

Numero de Afiliación: 78129327868 4F20006ES.

II. Características Sociodemográficas.

Se le preguntará a la entrevistada y se irán anotando los datos.

Sexo del Paciente: 1. Masculino. 2. Femenino.

Fecha de Nacimiento: Día: 31 Mes: Octubre Año: 2006.

Edad: La edad se pondra en años.

Edad: 19 años.

Estado Civil: Se seleccionará el número a que corresponda la opción que responda el participante al momento de la entrevista.

Estado Civil: 1. Soltero(a). / 2.Casado(a). / 3.Unión libre. 4.Divorciado(a). / 5.Viudo(a). / 6.Separado(a).

Escolaridad: La escolaridd se colocará el número que corresponda a lo contestado por el participante, es importante mencionar que cuando tenga bachillerato incompleto por ejemplo, se pondrá que solo cuenta con la secundaria, asi como en otro completarlo, basandonos en la respuesta de la paciente.

Escolaridad del Paciente: 1. Sin Escolaridad. / 2. Primaria. / 3.Secundaria 4. Bachillerato. / 5. Técnico. / 6. Licenciatura. / 7. Postgrado.

Ocupación: En este apartado se colocara el número que la paciente seleccione dependiendo de las respuestas que se presentan, asi como si la respuesta es que trabaja, se deberá completar dicha respuesta.

Ocupación: 1. Estudiante / 2. Trabajador / 3. Hogar / 4. Pensionado.

III. Características de la Enfermedad y su Atención.

Mediciones del Paciente: Para el peso y la talla, con el personal calificado, con un estadímetro y una báscula seca se tomarán dichas mediciones. El peso se registrará en kilogramos y la talla en metros. Para el IMC, este se realizará por el encuestador posterior a terminar la entrevista.

Mediciones del Paciente: Peso: / Talla: / IMC:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Circunferencia de cintura: Se utilizará un cintra métrica, con una adecuada técnica, se procederá a realizar las mediciones de cintura y de cadera, se reportarán en centímetros.

Circunferencia de Cintura: (Mujeres < 80 cm, Hombres < 90cm).

IV. Antecedentes Personales Patológicos.

En al siguiente pregunta se interrogara acerca de que si el paciente tiene un diagnóstico de ansiedad.

Sufre de ansiedad, (diagnosticada). 1. Sí. 2. No.

Cuando tiempo lleva con el diagnóstico.

1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. >1 año. 4. > 5 años. 5. > 10 años.

Toma algún medicamento, especifique cual si es así.

En al siguiente pregunta se interrogara acerca de que si el paciente tiene un diagnóstico de depresión.

Sufre de depresión, (diagnosticada).

Cuando tiempo lleva con el diagnóstico.

1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. >1 año. 4. > 5 años. 5. > 10 años.

Toma algún medicamento, especifique cual si es así.

EJEMPLO DE LA ESTRUCTURA DE PREGUNTAS

A continuación, se da un ejemplo de cómo son las preguntas de esta sección y de la codificación para las respuestas, esta pregunta se le debe hacer a la pacientes 18 a 25 años de edad con obesidad, con un ejemplo de cómo debe contestar. Se le dará a la paciente una hoja con una escala donde se mostrarán las opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo, muy de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, muy en desacuerdo y totalmente desacuerdo, se le pedirá que responda a la pregunta con la opción que considere mejor:

TOTALMENTE DE ACUERDO 100%
MUY DE ACUERDO
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
MUY EN DESACUERDO
TOTALMENTE EN DESACUERDO100%

Explicación:

Para familiarizar al paciente con el tipo de preguntas que se le realizarán y las opciones de respuesta que tendrá que dar, se le dará un ejemplo de la vida cotidiana como: de acuerdo con su experiencia, ¿Aconsejaría a sus compañeros o vecinos acerca de cómo mejorar su alimentación, esperando que ellos aconsejen a otros compañeros o vecinos? A continuación, se le mostrará la hoja con la escala de respuestas y se le pedirá que conteste.

Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código 4 cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código 3 para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código 2 para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código 1 si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy en desacuerdo*”, se utilizará el código 2 en la hoja de respuestas.

EJEMPLO:

Utilizo los alimentos para manejar mis emociones.	5
---	---

VII.- *Cuestionario sobre Conducta Alimentaria Relacionada a Emociones y Estrés (EADES).*

VII. *Autoeficacia en la Alimentación Relacionada con las Emociones y el Estrés.*

Utilizo los alimentos para manejar mis emociones.

En esta pregunta se investigará si el paciente comprende si come si se encuentra cualquiera que sea su estado de ánimo. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *"Totalmente de acuerdo"*, el código 4 cuando responda *"Muy de acuerdo"*, el código 3 para la opción *"Ni de acuerdo ni en desacuerdo"*, el código 2 para la opción *"Muy en desacuerdo"* y por último el código 1 si elige la opción *"Totalmente desacuerdo"*.

Supóngase que la entrevistado respondió *"Totalmente de acuerdo"*, se utilizará el código 5 en la hoja de respuestas.

1. Cuando estoy molesto conmigo mismo, como.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca que cuando se encuentra enojado consigo mismo come. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *"Totalmente de acuerdo"*, el código 4 cuando responda *"Muy de acuerdo"*, el código 3 para la opción *"Ni de acuerdo ni en desacuerdo"*, el código 2 para la opción *"Muy en desacuerdo"* y por último el código 1 si elige la opción *"Totalmente desacuerdo"*.

Supóngase que la entrevistada respondió *"Muy de acuerdo"*, se utilizará el código 4 en la hoja de respuestas.

2. Cuando estoy ansioso, como.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si paciente come cuando se siente ansioso. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *"Totalmente de acuerdo"*, el código 4 cuando responda *"Muy de acuerdo"*, el código 3 para la opción *"Ni de acuerdo ni en desacuerdo"*, el código 2 para la opción *"Muy en desacuerdo"* y por último el código 1 si elige la opción *"Totalmente desacuerdo"*.

Supóngase que la entrevistada respondió *"Ni de acuerdo ni en desacuerdo"*, se utilizará el código 3 en la hoja de respuestas.

3. Me consuelo con la comida.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si paciente come y siente alivio. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy en desacuerdo”*, se utilizará el código 2 en la hoja de respuestas.

4. Cuando estoy frustrado, como.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si cuando el paciente se siente frustrado come. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente desacuerdo”*, se utilizará el código 1 en la hoja de respuestas.

5. Cuando estoy triste, como.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si cuando el paciente se siente triste come. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código 5 en la hoja de respuestas.

6. Cuando estoy enojado, como.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si cuando el paciente se siente enojado come. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy de acuerdo”*, se utilizará el código 4 en la hoja de respuestas.

7. Cuando estoy estresado, como en exceso.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si cuando el paciente se siente estresado come en exceso. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código 3 en la hoja de respuestas.

8. No me puedo controlar cuando como.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si cuando el paciente no se puede controlar cuando come. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para

la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy en desacuerdo”*, se utilizará el código 2 en la hoja de respuestas.

9. Es difícil para mí dejar de comer aunque me sienta lleno.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si cuando el paciente se siente satisfecho, no deja de comer. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente desacuerdo”*, se utilizará el código 1 en la hoja de respuestas.

10. Para evitar enfrentar los problemas, como.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si cuando el paciente evita afrontar un problema, come. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código 5 en la hoja de respuestas.

11. No tengo control sobre la cantidad que como.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si cuando el paciente come tiene control en dejar de hacerlo o no. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta

sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código 4 cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código 3 para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código 2 para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código 1 si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy de acuerdo*”, se utilizará el código 4 en la hoja de respuestas.

Autoeficacia en la Alimentación Relacionada con las Emociones y el Estrés	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
13. Utilizo los alimentos para manejar mis emociones.	5	4	3	2	1
14. Cuando estoy molesto conmigo mismo, como.	5	4	3	2	1
15. Cuando estoy ansioso, como.	5	4	3	2	1
16. Me consuelo con la comida.	5	4	3	2	1
17. Cuando estoy frustrado, como.	5	4	3	2	1
18. Cuando estoy triste, como.	5	4	3	2	1
19. Cuando estoy enojado, como.	5	4	3	2	1
20. Cuando estoy estresado, como en exceso.	5	4	3	2	1
21. No me puedo controlar cuando como.	5	4	3	2	1
22. Es difícil para mí dejar de comer aunque me sienta lleno.	5	4	3	2	1
23. Para evitar enfrentar los problemas, como	5	4	3	2	1
24. No tengo control sobre la cantidad que como	5	4	3	2	1

VII. Autoconfianza en la Alimentación Relacionada con las Emociones y el Estrés

25. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy molesto conmigo mismo.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente puede controlar lo que come cuando esta enojado consigo mismo. Se codificará la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código 5 en la hoja de respuestas.

26. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy molesto.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente considera que puede controlar lo que come cuando esta molesto con alguna situación. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy de acuerdo”*, se utilizará el código 4 en la hoja de respuestas.

27. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy frustrado.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente considera que puede controlar lo que come cuando se siente reprimido. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código 3 en la hoja de respuestas.

28. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando me siento triste.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente considera puede controlar lo que come cuando se siente triste. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy en desacuerdo”*, se utilizará el código 2 en la hoja de respuestas.

29. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy ansioso.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente considera puede controlar lo que come cuando se siente triste. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente desacuerdo”*, se utilizará el código 1 en la hoja de respuestas.

30. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy enojado.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente considera puede controlar lo que come cuando se siente triste. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta

sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente desacuerdo”*, se utilizará el código 1 en la hoja de respuestas.

31. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy cansado.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente considera puede controlar lo que come cuando se siente cansado. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código 5 en la hoja de respuestas.

32. Considero que puedo controlar mi alimentación, cuando me libero de preocupaciones.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente considera puede controlar lo que come cuando se siente libre de preocupaciones. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy de acuerdo”*, se utilizará el código 4 en la hoja de respuestas.

33. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando me siento feliz.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente considera puede controlar lo que come cuando se siente feliz. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código 3 en la hoja de respuestas.

Autoconfianza en la Alimentación Relacionada con las Emociones y el Estrés	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
10. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy molesto conmigo mismo.	5	4	3	2	1
11. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy molesto.	5	4	3	2	1
12. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy frustrado.	5	4	3	2	1
13. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando me siento triste	5	4	3	2	1
14. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy ansioso.	5	4	3	2	1
15. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy enojado.	5	4	3	2	1
16. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando estoy cansado.	5	4	3	2	1
17. Considero que puedo controlar mi alimentación, cuando me libero de preocupaciones.	5	4	3	2	1
18. Considero que puedo controlar mi alimentación cuando me siento feliz.	5	4	3	2	1

VII. Evaluación de Recursos y Capacidad de Afrontamiento.

34. Soy capaz de satisfacer mis necesidades emocionales.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente el mismo satisface sus necesidades emocionales. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código 5 en la hoja de respuestas.

35. Trato de resolver el problema cuando sé que hay algo mal en mi vida.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente resuelve sus problemas cuando algo sale mal en su vida. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy de acuerdo”*, se utilizará el código 4 en la hoja de respuestas.

36. Generalmente puedo encontrar una solución a mis problemas.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente encuentra resolución a sus problemas. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código 3 en la hoja de respuestas.

37. Soy capaz de manejar situaciones estresantes.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente es capaz de manejar situaciones estresantes. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy en desacuerdo”*, se utilizará el código 2 en la hoja de respuestas.

38. Tengo control sobre mi vida.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente cree tener el control sobre su vida. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente desacuerdo”*, se utilizará el código 1 en la hoja de respuestas.

39. No me siento seguro en mi vida.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente teme por su seguridad en su vida. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni*

de acuerdo ni en desacuerdo”, el código 2 para la opción “Muy en desacuerdo” y por último el código 1 si elige la opción “Totalmente desacuerdo”.

Supóngase que la entrevistada respondió “Totalmente de acuerdo”, se utilizará el código 5 en la hoja de respuestas.

40. Frecuentemente me siento triste.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente constantemente se siente triste. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea “Totalmente de acuerdo”, el código 4 cuando responda “Muy de acuerdo”, el código 3 para la opción “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el código 2 para la opción “Muy en desacuerdo” y por último el código 1 si elige la opción “Totalmente desacuerdo”.

Supóngase que la entrevistada respondió “Muy de acuerdo”, se utilizará el código 4 en la hoja de respuestas.

41. Soy capaz de manejar mis propios problemas.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente es capaz de manejar sus propios problemas. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea “Totalmente de acuerdo”, el código 4 cuando responda “Muy de acuerdo”, el código 3 para la opción “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el código 2 para la opción “Muy en desacuerdo” y por último el código 1 si elige la opción “Totalmente desacuerdo”.

Supóngase que la entrevistada respondió “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, se utilizará el código 3 en la hoja de respuestas.

42. Tengo control sobre mis emociones.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente es capaz de manejar sus emociones. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea “Totalmente de acuerdo”,

el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy en desacuerdo”*, se utilizará el código 2 en la hoja de respuestas.

43. Trato de pensar positivamente en tiempos difíciles.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente piensa de manera positiva cuando tiene problemas. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy en desacuerdo”*, se utilizará el código 2 en la hoja de respuestas.

44. Me ocupo de los problemas lo antes posible.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente es capaz de resolver sus problemas lo antes posible. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente desacuerdo”*, se utilizará el código 1 en la hoja de respuestas.

45. Considero los pros y contras de las situaciones antes de tomar decisiones sobre qué hacer.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente considera los puntos positivos y negativos sobre la toma de decisiones. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *"Totalmente de acuerdo"*, el código 4 cuando responda *"Muy de acuerdo"*, el código 3 para la opción *"Ni de acuerdo ni en desacuerdo"*, el código 2 para la opción *"Muy en desacuerdo"* y por último el código 1 si elige la opción *"Totalmente desacuerdo"*.

Supóngase que la entrevistada respondió *"Totalmente de acuerdo"*, se utilizará el código 5 en la hoja de respuestas.

46. Soy capaz de satisfacer mis necesidades espirituales.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente es capaz de saciar sus necesidades espirituales. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *"Totalmente de acuerdo"*, el código 4 cuando responda *"Muy de acuerdo"*, el código 3 para la opción *"Ni de acuerdo ni en desacuerdo"*, el código 2 para la opción *"Muy en desacuerdo"* y por último el código 1 si elige la opción *"Totalmente desacuerdo"*.

Supóngase que la entrevistada respondió *"Muy de acuerdo"*, se utilizará el código 4 en la hoja de respuestas.

47. Mis amigos me apoyan cuando tengo problemas.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente tiene una buena red de apoyo, en este caso sus amigos, y si estos lo apoyan cuando tiene problemas. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *"Totalmente de acuerdo"*, el código 4 cuando responda *"Muy de acuerdo"*, el código 3 para la opción *"Ni de acuerdo ni en desacuerdo"*, el código 2 para la opción *"Muy en desacuerdo"* y por último el código 1 si elige la opción *"Totalmente desacuerdo"*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código 3 en la hoja de respuestas.

48. Soy capaz de decir “no” cuando tengo que hacerlo.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente es capaz de poner limites cuando necesita hacerlo. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy en desacuerdo”*, se utilizará el código 2 en la hoja de respuestas.

49. Trato de analizar el problema para entenderlo mejor.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente trata de comprender el problema para entenderlo. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente desacuerdo”*, se utilizará el código 1 en la hoja de respuestas.

50. Mi familia me apoya cuando tengo problemas.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente tiene una buena red de apoyo, en este caso su familia, y si esta lo apoyan cuando tiene problemas. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo*

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ni en desacuerdo”, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código 5 en la hoja de respuestas.

51. Hablo de mis sentimientos.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente habla de como se siente. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy de acuerdo”*, se utilizará el código 4 en la hoja de respuestas.

52. Trato de encontrar soluciones alternativas para mis problemas.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si el paciente trata de encontrar diferentes posibilidades para sus problemas. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código 5 cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código 4 cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código 3 para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código 2 para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código 1 si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código 3 en la hoja de respuestas.

Evaluación de Recursos y Capacidad de Afrontamiento	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
20. Soy capaz de satisfacer mis necesidades emocionales.	5	4	3	2	1
21. Trato de resolver el problema cuando sé que hay algo mal en mi vida.	5	4	3	2	1
22. Generalmente puedo encontrar una solución a mis problemas.	5	4	3	2	1
23. Soy capaz de manejar situaciones estresantes.	5	4	3	2	1
24. Tengo control sobre mi vida.	5	4	3	2	1
25. No me siento seguro en mi vida.	5	4	3	2	1
26. Frecuentemente me siento triste.	5	4	3	2	1
27. Soy capaz de manejar mis propios problemas.	5	4	3	2	1
28. Tengo control sobre mis emociones.	5	4	3	2	1
29. Trato de pensar positivamente en tiempos difíciles.	5	4	3	2	1
30. Me ocupo de los problemas lo antes posible.	5	4	3	2	1
31. Considero los pros y contras de las situaciones antes de tomar decisiones sobre que hacer.	5	4	3	2	1
32. Soy capaz de satisfacer mis necesidades espirituales.	5	4	3	2	1
33. Mis amigos me apoyan cuando tengo problemas.	5	4	3	2	1
34. Soy capaz de decir "no" cuando tengo que hacerlo.	5	4	3	2	1
35. Trato de analizar el problema para entenderlo mejor.	5	4	3	2	1
36. Mi familia me apoya cuando tengo problemas.	5	4	3	2	1
37. Hablo de mis sentimientos.	5	4	3	2	1
38. Trato de encontrar soluciones alternativas para mis problemas.	5	4	3	2	1

ANEXO E



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio:	Alimentación emocional y su asociación con el estado nutricional en pacientes de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes.
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Aguascalientes a ____ de ____ del 2025.
No. de registro institucional:	R – 2024 – 101 – 113.
Justificación y objetivo del estudio:	La alimentación emocional puede ser provocada por diversos mecanismos, como utilizar la alimentación para afrontar emociones negativas o confundir estados internos de hambre y saciedad con cambios fisiológicos relacionados con las emociones. El control de esta enfermedad depende de llevar a cabo el tratamiento farmacológico y no farmacológico, como es el caso de la actividad física. En el presente estudio se pretende realizar una descripción de la asociación que existe entre la alimentación emocional y su asociación con el estado nutricional en pacientes de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, OOAD, Aguascalientes.
Procedimientos:	Los pacientes que participen en este estudio deberán contestar un cuestionario el cual será aplicado por el investigador; las preguntas se encuentran relacionadas con información sociodemográfica (edad, ocupación, estado civil, etc.), datos sobre el ejercicio físico que realizan y de constructos del Test de La Alimentación y Valoración por Emociones y Estrés (EADES), asociado al estado nutricional en pacientes de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, OOAD Aguascalientes. El tiempo estimado para cada cuestionario es de 30 minutos, el cual se realizará en un consultorio específico de la Unidad de Medicina Familiar No. 1.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la inversión de proveer unos minutos para contestar las

	preguntas que se solicitan. Si alguna pregunta de los cuestionarios le parece incómoda puede no contestarla. Dado que el tema del protocolo de investigación es psicosocial de alimentación emocional, es factible que al hacer preguntas se toquen temas sensibles y genere un tipo de crisis emocional y/o angustia en la paciente, en cuyo caso se pausará la entrevista con la paciente y se le enviará con la trabajadora social de la Unidad de Medicina Familiar No.1 quien estará capacitada para brindar terapia de apoyo, en caso mayor se enviará a la paciente al servicio de psicología del Hospital General de Zona No. 1.
Posibles beneficios por participar en el estudio:	Los participantes serán informados sobre los resultados y podrán ser invitados a participar en investigaciones futuras sobre intervenciones de actividad física.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted puede preguntar libremente sobre cualquier duda que tenga sobre este estudio. Si durante el estudio hubiese cambios derivados de nuevos descubrimientos en la atención que deben recibir los pacientes con hipertensión; el IMSS los implementará para todos los pacientes de manera independiente a este estudio y los pacientes serán informados.
Participación o retiro:	La participación en este estudio es completamente voluntaria y si usted decide no participar, o si en cualquier momento del estudio decide ya no participar, esa decisión no afectará la atención que recibe por parte del personal de salud del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Una vez obtenida la información se asignará un folio, la información personal sólo son datos de contacto y se resguardarán por el investigador responsable de manera electrónica separada del cuestionario, los cuestionarios serán resguardados de manera física, estos serán resguardados por un periodo de 15 años, los datos estarán disponibles por cualquier aclaración.

Declaración de consentimiento:

Después de heber leído y haber recibido respuesta a mis dudas acerca de este estudio:

- ☐

No acepto participar en el estudio.
- ☐

Si acepto participar en el estudio.

Se conservarán los datos o muestras hasta por 10 años tras lo cual se destruirán.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Jannett Padilla López. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 1. Domicilio: José María Chávez #1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, CP. 20270. Teléfono: 449 913 90 22. Correo electrónico: janis_padilla@hotmail.com .
Investigadora o Investigador Responsable:	Doctorante en Ciencias Carolina Quiñones Villalobos. Adscripción: Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. Lugar: Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Domicilio: Circuito Interior en Ciudad Universitaria, Av. Universidad 3000, Ciudad de México, CP. 04510 Teléfono: 56 23 23 00 Teléfono particular: 449 231 24 51. Correo electrónico: caro.qv@gmail.com .
Colaboradores:	Dra. Vania Rodríguez Ortiz. Residente de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 1 Domicilio: José María Chávez, No. 1202, Colonia Lindavista, Aguascalientes, CP. 20270. Teléfono celular: 449 386 46 24. Correo electrónico: van.a@live.com.mx .

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56276900 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento.

Nombre y firma.

Nombre y firma.

Testigo 1

Testigo 2

Clave 2810-009-013

