

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**



**RELACIÓN ENTRE AFECTO NEGATIVO, IMC,
ALIMENTACIÓN SIN CONSCIENCIA
E INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS.**

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PRESENTA:

LIC. CAROLINA PÉREZ AYALA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. GISELA PINEDA-GONZÁLEZ

SINODALES:

DRA. ANA LAURA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

DRA. ESTEFANÍA OCHOA RUÍZ

TIJUANA B.C., MÉXICO

NOVIEMBRE 2021

Voto Aprobatorio I

Tijuana, Baja California, a 05 de Noviembre del 2021.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **“Relación entre afecto negativo, IMC, alimentación sin consciencia e insatisfacción corporal en estudiantes universitarios”**, elaborada por **Carolina Pérez Ayala**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

Handwritten signature in blue ink that reads "Gisela Pineda García". The signature is written in a cursive style with a vertical line on the left side.

Dra. Gisela Pineda-García

Voto Aprobatorio II

Tijuana, Baja California, a 05 de Noviembre del 2021.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **“Relación entre afecto negativo, IMC, alimentación sin consciencia e insatisfacción corporal en estudiantes universitarios”**, elaborada por **Carolina Pérez Ayala**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Ana Laura Martínez Martínez

Votos Aprobatorios III

Tijuana, Baja California, a 05 de Noviembre del 2021.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **“Relación entre afecto negativo, IMC, alimentación sin consciencia e insatisfacción corporal en estudiantes universitarios”**, elaborada por **Carolina Pérez Ayala**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Estefanía Ochoa Ruíz

Dedicatoria

A mis maestros de vida, Karla Escobar, por su profunda paciencia, compasión, cariño y apoyo, donde a través de ella e innumerables mujeres, aprendí cuál es mi camino de vida y a reconectarme con mi cuerpo y mi vocación.

A Ana Arizmendi, por ser mi inspiración, mi guía y mi mentora. A través de su ejemplo, su pasión y compasión por los demás, aprendí que la comida puede ser nuestra gran maestra. A demás que, con todo su trabajo y aportaciones a la psicología de la alimentación, he descubierto realmente de qué tiene hambre mi vida.

A Fabiola, por ser mi persona incondicional, por apoyarme cuando no veía la luz, por estar presente en todos mis momentos, aunque estemos a la distancia. Hermana, gracias por todo y, por tanto. Y por mis sobrinas que amo incondicionalmente Vanessa y Andrea, que muchas veces comprendieron que su tía estuviera ocupada y aun así siempre me dieron su amor.

Con profundo amor, este trabajo se la dedico a mi padre y a mi madre. Mis pilares, ejemplos, apoyos y seres incondicionales. A pesar de que muchas veces mis acciones, pensamientos y emociones no tuvieron sentido, siempre me han aceptado, me sostiene y están orgullosos de mi en todo momento. Gracias por toda la Luz que, a través de ustedes, a iluminado mi vida. Los amo eternamente.

Esto es por y para ustedes.

Agradecimiento

A Dra. Gisela Pineda, por su infinita calidad humana, que con su apoyo y guía comprendí que, un buen maestro no solo es el que sabe, sino el que sabe transmitir su conocimiento de una forma amable, cariñosa y entendible. Usted hizo eso y mucho más por mí, siempre le estaré agradecida.

A mis sinodales Estephania y Ana Laura, por su apoyo y aportación a este trabajo.

A CONACYT por financiar este proyecto para llevar a cabo la presente investigación.

A mi amiga Adriana, que sin su apoyo no hubiera comenzado y concluido este proceso, gracias siempre amiga.

A la Dra. Lorymel Sandoval, por confiar en mí y darme su apoyo moral siempre. Sin tus palabras y tu ejemplo no hubiera sido lo mismo.

A mis compañeras y amigas Brenda, Linda, Esmeralda, Fabiola y Day, por estar presentes, por escucharme, por guiarme y sostenerme. Las quiero y admiro.

Así como a los estudiantes de la Facultad de Medicina y Psicología que participaron en este estudio. Por que pronto se pueda hablar en las aulas de la faculta sobre estos temas y se transmita a los futuros pacientes.

A todas y cada una de las personas que influyeron para que tomará este camino, a las que han sido mis clientas de barre y mis consultantes.

A la Luz del Creador, ya que yo solo soy un medio por que se reveló está información en la que han participando directa como indirectamente muchas personas. Y la cual se me ha permitido poder para transmitirla.

Resumen

La literatura señala que, uno de los factores que puede influir en la alimentación son las emociones del afecto negativo, como: la ira, frustración, estrés, miedo, pena, ansiedad, inquietud, soledad y aburrimiento. Estas podrían estar relacionadas con el aumento de la ingesta de alimentos y uno de los factores en los que se puede ver esto es en el exceso de peso y de IMC al comer de forma emocional y sin atención plena. A su vez, y en relación a esta última, la insatisfacción corporal por lo general puede consistir en infelicidad subjetiva con algún aspecto de la apariencia y puede ser prevalente y estar asociada con la angustia psicológica. El objetivo general de esta investigación es conocer si existe relación entre el afecto negativo, el IMC, la alimentación sin consciencia y la insatisfacción corporal. La muestra estuvo conformada por 259 estudiantes de 18 a 29 años de la Facultad de Medicina y Psicología de Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, B.C., México. El procedimiento consistió en enviar a los estudiantes forma digital los siguientes cuestionarios: Versión Corta en Castellano del Positive and Negative Affect Schedule: PANAS, (Watson, Clark & Tellegen, 1988), Escala de Alimentación Sin Atención Plena (Mindless Eating) (Ruvalcaba, 2018), Escala para la Medición de Imagen Corporal, (Thompson y Gray, 1995). Como resultado se encontró una correlación estadísticamente significativa, entre las variables estudiadas, donde se observa que el afecto negativo influye de manera directa sobre la alimentación emocional y alimentación sin consciencia, esta a su vez, influye sobre el IMC y sobre la insatisfacción corporal. Por otro lado, el IMC sí influye en la insatisfacción corporal, pero no así el afecto negativo. Además, no se encontró diferencia significativa dependiendo del sexo, en las variables investigadas. Se concluye que, el afecto negativo influye de manera directa en la presencia de la alimentación sin consciencia y de la alimentación emocional. La alimentación sin consciencia influye de manera directa en el IMC indicando que, si se aumenta la alimentación sin consciencia, también el IMC aumenta. La insatisfacción corporal es explicada en gran medida tanto por el IMC, como por la alimentación sin consciencia.

Índice

<i>Voto Aprobatorio I</i>	2
<i>Voto Aprobatorio II</i>	3
<i>Votos Aprobatorios III</i>	4
<i>Dedicatoria</i>	5
<i>Agradecimiento</i>	6
<i>Resumen</i>	7
<i>Índice</i>	8
<i>Introducción</i>	10
<i>Antecedentes</i>	12
<i>Marco Teórico</i>	17
Sobrepeso, Obesidad y sus repercusiones	17
Imagen Corporal y sus Factores de Riesgo	20
Afecto Negativo	23
Alimentación Emocional	25
Atención Plena (Mindfulness)	28
Alimentación Consciente (AC), <i>Mindful Eating</i>	32
Alimentación sin Consciencia Plena (ASC), <i>Mindless Eating</i>	35
<i>Planteamiento del Problema de Investigación</i>	37
<i>Plan de Investigación</i>	42
Pregunta de investigación	42
Objetivo General	42
Objetivos Específicos	42
<i>Justificación</i>	43
<i>Metodología</i>	45

Diseño de Investigación	45
Participantes	45
Criterios de Exclusión	45
Instrumentos y Materiales	46
Versión Corta en Castellano del Positive and Negative Affect Schedule: PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988).....	46
Escala de Alimentación Sin Atención Plena (Mindless Eating) (Ruvalcaba, 2018).	47
Escala para la Medición de Imagen Corporal, (Thompson y Gray, 1995).	47
Medidas Antropométricas.....	48
Procedimiento	48
Análisis de datos	49
Resultados	50
Discusión	63
Limitaciones	67
Sugerencias	67
Conclusiones	68
Referencias	69
Bibliografía	78
Anexos	79

Introducción

“Cuando exploramos nuestra relación con la comida, vamos conectando todos los puntos.”

Ana Arizmendi.

El comer no solo tiene que ver con los requerimientos nutricionales que pueda tener cada individuo en particular. La conducta alimentaria es sumamente compleja, pues se encuentra influenciada por diversos factores (Pineda-García & Gómez-Peresmitré, 2006). Estos últimos pueden influir en la elección alimentaria a lo largo de la vida. Comer puede ser una forma de sobrellevar momentos complejos, se come por consuelo, para evadir dolor, sentimientos incómodos o evitar estar en el momento presente, (Clerguet, 2009). Cuando no se está conscientes de lo que sucede con el cuerpo, pensamientos y emociones al momento de comer, se pierde la oportunidad de darse cuenta cuáles son los motivos por los que se eligen ciertos alimentos. Se deja afuera las texturas, sabores y olores que pueden percibirse al momento de tomar un bocado, así como lo que pueda ocurrir a nivel emocional. En otras palabras, no comemos de forma consciente (mindless eating), o lo que conocemos como alimentación sin consciencia (Alberts, 2008).

Todo esto puede llevar a reaccionar activamente, por lo que es probable que se provoque una falta de atención plena al momento de ingerir algún alimento seleccionado, provocando un exceso en cantidad y frecuencia al momento de comer. (Meneses et al., 2014). Un exceso en el consumo calórico, puede provocar un aumento de peso que, a su vez, puede influir en la propia

percepción corporal de cada persona. En este punto, la imagen corporal se ha definido como la presentación mental del tamaño, figura y constitución del cuerpo y que comprende un componente perceptivo y una dimensión subjetiva, donde el tamaño corporal puede ser el componente perceptivo y la satisfacción con el propio cuerpo, siendo una dimensión subjetiva (Abad et al., 2012).

Esta investigación tiene como fin conocer si existe relación entre la atención plena, las emociones del afecto negativo y la percepción con la insatisfacción corporal.

En el primer apartado se desarrollaron los antecedentes e investigaciones previas sobre el tema, así como la justificación y planteamiento del porqué la importancia de estudiar estas variables y su posible relación entre ellas, así como su descripción teórica que presenta la literatura. El segundo apartado consta de la metodología utilizada en esta tesis, el tipo de estudio que se realizó, cual fue la muestra y la descripción del procedimiento que se llevo a cabo, considerando las limitaciones y los cambios surgidos ante la pandemia por COVID-19 a nivel mundial que se suscito durante el transcurso de esta investigación. También se incluye la descripción de los instrumentos utilizados y el análisis de los datos encontrados referentes a las variables investigadas. En el tercer apartado se describen los resultados obtenidos, se discuten los mismos, así como las limitaciones a lo largo de esta investigación y las sugerencias para futuros trabajos. Por último, se integran en anexos el consentimiento informado, y los instrumentos utilizados.

Antecedentes

Investigaciones de los años 50's y 60's del siglo XX como las de Kaplan y Kaplan, (1957) o las de Bruch, (1973) consideran que la alimentación emocional es utilizada para hacer frente a las emociones negativas. Según Owens, Cebolla y Vanstrien (2012), se han identificado al menos tres estilos importantes referentes a la ingesta: el comer emocional, el comer externo y el restrictivo (Ruiz Fuentes & Llorca, 2016).

Sobre las emociones y la alimentación, la literatura señala que las emociones negativas que podrían aumentar la ingesta de alimentos serían la ira, frustración, estrés, miedo, pena, ansiedad, inquietud, soledad y aburrimiento, las cuales pueden afectar las respuestas alimentarias. Además, la ira es una emoción que influye de manera importante en el comer por atracones. Sobre el comer emocional, diversas investigaciones estudian la relación entre la emoción y la conducta alimentaria, la cual se centra en el concepto del “comer emocional”, (Palomino-Pérez, 2020). En una revisión literaria sobre el tema, Ganley (1989) mencionó que tres cuartos de las personas con exceso de peso son comedores emocionales.

Diversos estudios de Lyam (1982), Macht (1999), Macht, -Roth y Ellgring (2002) demuestran que tanto emociones positivas como negativas puede diferir en los efectos sobre la alimentación. Las emociones negativas como la ira, el miedo y la tristeza pueden aumentar la ingesta de alimentos de manera impulsiva y comer para regular el estado emocional buscando comida “chatarra” pero disminuye el agrado por la comida (Macht, 2008).

La literatura demuestra que los problemas de alimentación, tanto los trastornos alimentarios, sobrepeso y obesidad, se han estudiado desde principios del siglo XX. Sin embargo, el estudio y la exploración de la relación entre emociones, en especial las del afecto negativo, como la ansiedad o depresión y la alimentación consciente, son relativamente recientes.

En relación con las conductas alimentarias, se inició una investigación sobre el uso de la atención plena en los atracones con intervenciones tempranas a fines de la década de 1990, en el que se llevó a cabo un estudio piloto entre las mujeres obesas con trastorno por atracón que utilizan el Entrenamiento de conciencia de la alimentación basado en la atención plena (MB-EAT), (Kristeller & Hallett, 1999). Esta intervención se desarrolló posteriormente para poblaciones con obesidad con o sin trastorno por atracón (Kristeller et al., 2006) En los últimos años ha aumentado el interés en el uso de la atención plena y la alimentación consciente en poblaciones con obesidad, sobrepeso y con peso normal (Warren et al., 2017).

Para explorar el tema de Alimentación Consciente o *Mindful Eating*, en su traducción en español como Alimentación Consciente (AC), tenemos que comenzar definiendo el término *Mindfulness* o Atención Plena (AP). Por otro lado, Bishop et al. (2004) menciona que, diversas investigaciones referentes a la atención plena muestran hallazgos alentadores, estos por medio de ensayos controlados los cuales demuestran una reducción considerable en la morbilidad psicológica asociada con enfermedades médicas.

Como lo hace notar Shapiro et al. (2006) Mindfulness o Atención Plena, tiene sus orígenes en el budismo contemplativo, que tiene una practica de más de 2,500 años de antigüedad, la cual ha tenido un reciente aumento de popularidad y ha permeado en una variedad de disciplinas en el hemisferio occidental. En la década de 1980 en Estados Unidos, la adaptación de las técnicas budistas de atención plena a una intervención terapéutica secular, como el programa de reducción de estrés basado en atención plena (MBSR) de Kabat-Zinn (1982), probablemente despertó el interés de investigadores para estudiar la disciplina, métodos y prácticas, desde un enfoque científico y sistemático. Es así que, como mencionan Creswel (2017) y Khoury (2013) desde el desarrollo de este programa, se ha acumulado una gran cantidad de investigaciones en apoyo a los efectos benéficos de la AP en diversas áreas de la salud mental y física (Baminiwatta & Solangaarachchi, 2021). La atención plena en la psicología contemporánea se adapta como un enfoque para aumentar la consciencia y responder de forma hábil a los procesos mentales que contribuye a la angustia emocional (Bishop et al., 2004).

Algunos programas de formación basados en AP han mostrado resultados satisfactorios en este contexto. Demuestran cómo el entrenamiento de AP desplaza los hábitos alimentarios de factores externos como la forma y el olor de los alimentos, hacia una mayor apreciación de factores internos como el apetito (Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016). Concretamente, llevar la AP a la experiencia de comer se ha denominado Mindful Eating o “Alimentación Consciente” (AC), el cual se refiere a ese “estado de consciencia plena, aceptación y de actitud de apertura, llevado a todos los elementos psicológicos, fisiológicos y conductuales que rodean a la experiencia alimentaria” (Aranda et al., 2017).

El término Mindful Eating o Alimentación Consciente (AC) aparece en los artículos científicos a partir del año 2008. En el artículo *A Mindfulness-Based Health Wellnes Program Mananing Morbid Obesity*, los autores mencionan que buscan realizar un programa integral de bienestar para lograr cambios en el estilo de vida en personas con obesidad, en el cual se incluiría ejercicio y alimentación consciente para manejar el comer con rapidez, visualización y nombrar el hambre (Manku et al., 2020).

Al respecto, Khan y Zadeh (2014) buscaron estudiar la relación entre la AC y el bienestar mental, dos variables que se han demostrado estar asociadas a través de los trabajos previos que estudian la atención plena y las facetas de la salud mental positiva. Las hipótesis afirmaban que habría relación positiva significativa entre la alimentación consciente y el bienestar mental, para lo que utilizaron el *Mindful Eating Questionnaire* (Framson et al. 2009), mientras que el bienestar se midió con la escala *Warwick- Edinburgh Mental Well-being*. Los resultados fueron congruentes con investigaciones previas sobre mindfulness y salud mental positiva. Teniendo en cuenta el potencial beneficioso de dicha investigación, los autores recomiendan que se realicen estudios adicionales para aclarar aún más la relación entre estas variables (Khan & Zadeh, 2014).

En una revisión sistemática, el concepto de AC se relaciona con programas para bajar de peso, y muestran como resultado que la AC podría ser un enfoque práctico para el control de peso, y que sus hallazgos pueden ser de particular relevancia para la investigación del sobrepeso y la obesidad (Fuentes Artiles et al., 2019).

Se estima que la obesidad es responsable del 1 al 3 % del total de los gastos de atención médica en la mayoría de los países (5 a 10 % en Estados Unidos de Norteamérica) y que los costos aumentarán rápidamente en los próximos años debido a las enfermedades relacionadas con la obesidad. En México, se calcula que la atención de enfermedades causadas por la obesidad y el sobrepeso, tiene un costo anual aproximado de 3 mil 500 millones de dólares (Dávila-Torres et al., 2015).

Sobre la importancia de investigar estos temas en estudiantes del área de la salud, las conclusiones en una revisión sistemática sobre los programas de AP y autocompasión para profesionales sanitarios, menciona que, al desarrollar en el profesional sanitario habilidades que le ayuden a conectar con los demás, a ser amable consigo mismo y a observar la realidad de una forma ecuánime y con perspectiva, puede protegerle del síndrome de burnout, reducir su cansancio emocional y aumentar la autocompasión. Todo esto a su vez, puede resultar en una mejor calidad de atención al paciente (Gracia Gozalo et al., 2019).

Con base en las revisiones anteriores se puede concluir que, a pesar de existir investigaciones internacionales al respecto, todas ellas sugieren que se profundice en estos temas, tanto en la relación de la AC, emociones, en especial las de afecto negativo y la asociación que éstas pueden tener con el sobrepeso y la obesidad. Así como la importancia de hacer en México investigación con profesionales de la salud que, probablemente, puedan enfrentarse a estas mismas problemáticas referente a emociones, problemas de alimentación y obesidad.

Marco Teórico

Sobrepeso, Obesidad y sus repercusiones

La prevalencia de la obesidad a nivel mundial ha tenido un incremento en las últimas tres décadas, afectando a uno de cada tres adultos. Se considera una pandemia a nivel mundial debido a la prevalencia de esta en diversas partes del mundo (Simón Barquera et al., 2020). La obesidad es uno de los factores que influyen en las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), las cuales se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas por una infección aguda y que dan como resultado consecuencias para la salud, lo que requiere con frecuencia, una necesidad de tratamiento y cuidado a largo plazo. Estas son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Las ENT en el 2015 provocaron 40 millones de muertes, lo cual representa el 70% de todas las muertes a nivel mundial. Un porcentaje elevado fueron muertes prematuras: más de 15 millones de personas (38% por ENT) fallecieron entre los 30 y 70 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En México podemos encontrar tres tipos de enfermedades donde se concentran el 32% de las muertes. Una de ellas es la diabetes tipo 2; según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (González Block et al., 2017), se ha presentado un aumento en el porcentaje del 9.2% en el 2012 al 10.3 % en el 2018, entre hombres y mujeres, donde los estados con más porcentajes fueron Campeche, Tamaulipas, Hidalgo, CDMX y Nuevo León. Así ENSANUT (2018) menciona que, en México entre la población de 20 años y más, se presentó una reducción del tabaquismo del 19.9% en el 2012 al 11.4% en el 2018. Otro factor sería el colesterol elevado, donde el 34.8% de

las mujeres miden su nivel de colesterol y lo reportan normal, y un 30.3% de los hombres. Sin embargo, un 21% de las mujeres y un 17.7 % de los hombres lo reportan como alto. Sobre la hipertensión arterial, se menciona que las entidades con porcentajes más altos son Campeche, Sonora, Veracruz, Chihuahua y Coahuila (González Block et al., 2017). Es indispensable señalar que, estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo que son importante destacar, como el sobrepeso y la obesidad, que afectan a por lo menos el 70% de la población de 20 años o más (Soto-Estrada et al., 2016). Por lo que actualmente, la obesidad es considerada como una de los principales problemas de salud pública en el país (S. Barquera et al., 2013).

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Uno de los factores que puede medir la obesidad es el Índice de Masa corporal (IMC) que es un indicador simple de la relación que tiene el peso y la talla, el cual es utilizado con frecuencia para identificar el sobrepeso y la obesidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define que un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. Las categorías utilizadas son las siguientes: desnutrición ($<10.5 \text{ kg/m}^2$), peso normal (18.5 a 24.9 kg/m^2), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m^2) y obesidad ($> 30.0/\text{m}^2$). El IMC proporciona una medida útil para el diagnóstico de sobrepeso (Dávila-Torres et al., 2015), sin embargo, no es el único factor a considerar.

La OMS (2018) menciona que, la obesidad tiene un origen multifactorial en el que se involucran la susceptibilidad genética, los estilos de vida y las características del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social. En este fenómeno, tiene

un papel predominante tanto en el comportamiento individual como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social (Dávila-Torres et al., 2015). La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas. En el mundo, prevalece un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, así como un descenso en la actividad física, como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización (Organización Mundial de la Salud, 2018). De igual forma se consideran algunos de los factores individuales y sociodemográficos asociados con una mayor prevalencia de obesidad, que es pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, vivir en condiciones de inseguridad alimentaria, tener talla baja o ser mujer (Simón Barquera et al., 2020).

Así mismo, se ha mencionado en diversos reportes que existe un efecto de doble carga de las enfermedades donde la mala calidad de las dietas es responsable tanto de la desnutrición como de obesidad en la población (Simón Barquera et al., 2020). Estas dos están arraigadas en la pobreza y afectan cada vez más a las mismas comunidades vulnerables. Los países de ingresos medios son más susceptibles a esta combinación de factores los cuales se vinculan a procesos económicos y a cambios en el estilo de vida, lo cual puede dar lugar a una dieta excesiva y a enfermedades relacionadas. La deficiencia de micronutrientes, combinadas con un rápido aumento en el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no trasmisibles (ENT), se está convirtiendo en un problema grande en un contexto regional cambiante, el cual se caracteriza por una alta movilidad geográfica, urbanización y una transición nutricional (Gómez Arias et al., 2017).

Los indicadores antropométricos sencillos como el IMC y la medición de la circunferencia de cintura (CC) en adultos, representan estrategias de detección clínica que nos permiten una adecuada clasificación de la gravedad de la enfermedad y del riesgo asociado a ésta, para establecer así medidas de prevención o de manejo tanto de la obesidad como de sus enfermedades asociadas (Dávila-Torres et al., 2015).

Imagen Corporal y sus Factores de Riesgo

Para Meneses et al. (2014) la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad en nuestro país, a pesar de que constituye un importante problema de salud, es complejo afrontarlo. Uno de los factores que puede ser de ayuda es la valoración de la propia imagen corporal, la cual se basa en el autoconocimiento y en la convicción de obtener un peso más saludable a partir de ceder a la resistencia a cambiar por un estilo de vida más saludable (Meneses et al., 2014). En este punto Abad et al., (2012) menciona que la imagen corporal se ha definido como la presentación mental del tamaño, figura y constitución del cuerpo y que comprende un componente perceptivo y una dimensión subjetiva, donde el tamaño corporal puede ser el componente perceptivo y la satisfacción con el propio cuerpo, la dimensión subjetiva.

Para Baile (2003), el concepto de imagen corporal es crucial para explicar aspectos importantes de personalidad, autoestima o autoconcepto. Así mismo, Baile menciona a Schilder (1950), donde en el libro *The Imagen and Appearance of the Humna Body* de 1935, menciona una definición que no recurre exclusivamente a aspectos neurológicos, sino en su definición de imagen corporal menciona aportaciones de la sociología, la fisiología y del psicoanálisis y la

define como “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos presenta a nosotros mismos.”

Otra definición es que la imagen corporal es un constructo que incluye posiciones del cuerpo, actitudes, sentimientos emociones, así como las conductas derivadas de estas (Fernández-Bustos et al., 2015). Como los autores menciona, se pueden ver los componentes perceptivos, los cognitivos-afectivos y los conductuales, que contribuyen y forman parte del autoconcepto. Para Gómez-Mitre (1998), la imagen corporal es considerada una construcción conceptual con componentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales.

Uno de los factores de riesgo asociados con las alteraciones en la imagen corporal es la insatisfacción con esta última, la cual es la más frecuente entre los jóvenes, además, puede representar uno de los principales factores que anteceden al deseo y las conductas para adelgazar (Ruvalcaba, 2018). Referente a este tema, Martínez. Aguilar, Flores- Peña y Rizo-Baeza (2010), en su investigación en relación a la percepción de la obesidad en adolescencia en México, mencionan que los efectos psicológicos negativos de una pobre imagen corporal y de la percepción distorsionada del peso, generan baja autoestima, ansiedad y depresión (Martínez A et al., 2010).

Según Keal, Weise y Dood (1995), está demostrada la preocupación de los jóvenes con respecto a su peso corporal y a su figura, incluso en edades tempranas. Así mismo, se puede mencionar que en todas las edades, mujeres manifiestan tener más insatisfacción con su peso que los hombres (García & Peresmitré, 2003). Diversas investigaciones han demostrado que el porcentaje de insatisfacción con la imagen corporal se incrementa con la edad, siendo las adolescentes quienes en su mayoría se han mostrado insatisfechas con su imagen corporal (74%), seguidas por la pre-púberes (68%) (Pineda-García & Gómez-Peresmitré, 2006).

La insatisfacción con la imagen corporal generalmente consiste en una infelicidad subjetiva con algún aspecto de la propia apariencia y puede ser extremadamente prevalente y estar asociada con angustia psicológica, como la depresión, y deterioro funcional (Thompson & Stice, 2001). En una investigación Stormer y Thopson encontraron que las tendencias de comparación social predicen una insatisfacción en la imagen corporal en mujeres universitarias, más allá del índice de masa corporal y el autoestima (Van Den Berg et al., 2002). Para Ruvalcaba, (2018), las alteraciones de la imagen corporal son parte de las alteraciones cognoscitivas. Estas alteraciones cubren un espectro desde las más leves a las más severas de las manifestaciones, estas pueden ir desde el descontento moderado hasta grados extremos de sentimientos de vergüenza y profundo malestar, y puede generar a su vez depresión y ansiedad.

Referente al peso, en una investigación que relaciona la insatisfacción corporal y el IMC mencionan que, la imagen corporal percibida por los participantes podría corresponder con el alto porcentaje de sobrepeso y obesidad observados en una población de estudiantes universitarios (Casillas-Estrella et al., 2006).

Afecto Negativo

La escala Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) fue desarrollada por Watson, Clark y Tellegen en 1988, con el fin de medir las dimensiones afecto positivo y negativo, las cuales se han encontrado en estudios de la afectividad y expresión facial de las emociones (Dufey & Fernandez, 2012). Tanto el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN) son definidos como dos factores dominantes en las experiencias emocionales del ser humano, estados afectivos transitorios o bien como disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estables (Agudelo et al., 2007). Por lo tanto, el AP es una dimensión que refleja el nivel de compromiso agradable con el entorno: un alto nivel de AP supone entusiasmo, energía, mente despierta; mientras que un bajo nivel de AP refleja fatiga, cansancio mental y físico (Ambrona & López-Pérez, 2014). El AN está relacionado con los síntomas de malestar general, estados aversivos como estar angustiado, enojado, temeroso, triste, preocupado, autocrítico, con quejas de salud, insomnio, baja concentración, inquietud, culpabilidad y tendencia a tener una visión negativa de uno mismo (González et al., 2004).

Cosas tan cotidianas como la alimentación y las emociones juegan un papel cada vez más importante en relación con el comportamiento como individuos y sociedad. Existen investigaciones al respecto donde la mayoría de las enfermedades asociadas con la alimentación han sido estudiadas desde aspectos nutricionales, sin tomar en cuenta que las personas que comen por razones emocionales reaccionan al afecto negativo con aumento del apetito como estilo de afrontamiento, lo cual, puede ocasionar sobrepeso y obesidad. A su vez, se refleja en las cifras mundiales de sobrepeso, obesidad, depresión y ansiedad a nivel mundial, (Clerguet, 2009).

Como menciona la OMS (2018), los trastornos por depresión y ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por un especialista en el ámbito de la atención primaria. Por lo que, el abordaje de los trastornos mentales emocionales y afectivos, se convierten en una prioridad actual (Toro Tobar et al., 2019).

En el libro de Thich Nhat-Hanh y Cheutng (2010), menciona que los principales factores involucrados en la modificación de los hábitos alimentarios de las personas, tienen que ver con sus emociones, el entorno y el nivel de consciencia del individuo. Basado en investigaciones previas, Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, (2016) mencionan que, la obesidad está muy relacionada con las emociones negativas, como la ira, ansiedad, tristeza o depresión y estas a su vez, contribuye a los hábitos alimenticios.

La ansiedad se puede definir como una combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que pueden manifestarse ya sea en forma de crisis o como un estado persistente y difuso que puede llegar al pánico. Así, Marks (1986) hace mención sobre la diferencia entre miedo y ansiedad, la cual sería que, el primero, es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, mientras que la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, que no se definen y son imprevisibles (Sierra, 2003). De igual manera, Mártin y Boeck (1998) mencionan que todas las emociones en sus polos, cumplen funciones adaptativas favoreciendo la autodefensa y la supervivencia, esto se

debe a que las emociones positivas producen bienestar y las negativas motivan a alejarse o a buscar alterar la situación que estimula ese estado emocional (Martínez Pérez & Sánchez Aragón, 2011).

Por lo que es importante relacionar las emociones del afecto negativo, como ansiedad, tristeza, preocupación, ira, etc., con la forma de alimentarse. Se menciona que el exceso de peso tiene causas multifactoriales que involucran aspectos psicosociales y es que desde la psicología se proponen hipótesis relacionadas con esta problemática (Palomino-Pérez, 2020). De manera que, las emociones muestran un papel importante en la elección, cantidad y calidad de la ingesta de alimentos, que en ocasiones puede llevar a un aumento de peso corporal (Macht, 2008).

Alimentación Emocional

La alimentación emocional, para Arnow et al., (1995), Heatherton y Baumeister, (1991), es la tendencia a comer para dar respuesta a situaciones negativas de diferentes estados emocionales (por ejemplo, depresión, estrés y ansiedad) en contraposición a las necesidades fisiológicas (Hsu & Forestell, 2021). Snoek Strien, Jan, Janssen y Engels (2006), mencionan que los estilos de ingesta son patrones estables que determinan la forma en la que nos relacionamos con la alimentación, estos se caracterizan porque no son la saciedad o el hambre los procesos que regulan la ingesta, sino otros, por lo que se ve comprometida la capacidad de comer conscientemente (Ruiz Fuentes & Llorca, 2016).

Para Ramírez & García-Méndez, (2017) la alimentación no sólo aporta nutrientes y energía para mantener la salud, además, constituye un aspecto importante del sistema emocional. Ellos citan a Brunch (1973), cuando comentan que, a cualquier edad, tanto comer como beber pueden utilizarse para consolarse, llenar algún vacío, compensar el aburrimiento y atenuar la tristeza. Así la alimentación emocional surge como una dimensión de la conducta alimentaria, la cual Faith, Allison y Geliebter (1997) definen como: comer en respuesta a una serie de emociones negativas como ansiedad, depresión, ira y soledad para hacer frente al afecto negativo. Comer emocionalmente también puede ocurrir en respuesta a emociones positivas, por placer, celebración o para relajarse. Sin embargo, un exceso en los niveles de alimentación emocional, como el comer por estrés, es parte de un espectro más amplio de afrontamiento habitual o de un intento poco eficaz en la regulación de las emociones (Kristeller & Epel, 2014).

Así, Palomino-Pérez (2020) menciona el siguiente modelo de Macht (2008), llamado “Modelo de cinco vías”, donde explica los factores que contribuyen a los cambios alimentarios que son influenciados por la emoción y en el cual clasifica a las emociones de la siguiente manera:

Las emociones de excitación e intensidad moderada afectan a la alimentación, las cuales depende de las motivaciones para comer; ya sea frente a la restricción alimentaria (como ejemplo una dieta hipocalórica), las emociones negativas colocan como prioridad la necesidad de regular la emoción agradable, viéndose afectada la capacidad cognitiva de mantener la ingesta restringida. O frente a la necesidad de controlar las emociones negativas, lo que se conoce como “comer emocional” y en donde se promueve la ingesta, en particular de alimentos dulce y con

alto contenido de grasa. Y frente a la alimentación normal, donde no se espera que las emociones de baja excitación o intensidad afecten la alimentación (Palomino-Pérez, 2020). Ver figura 1.

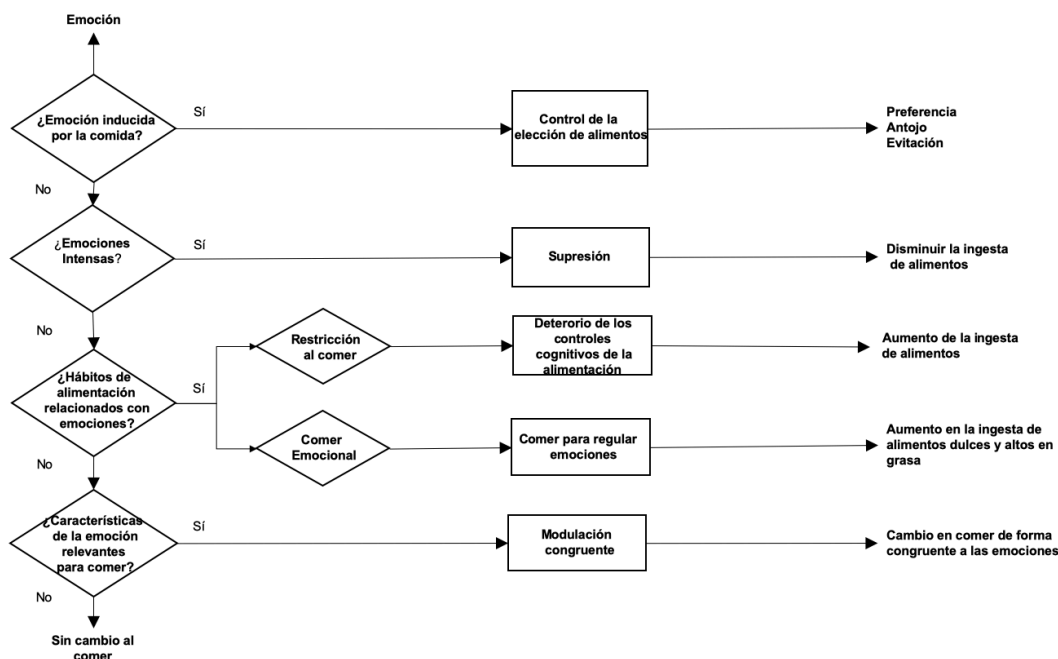


Fig. 1. Diagrama de flujo para predecir cambios en la alimentación inducido por las emociones, Macht (2018).

En las últimas décadas, nuevas tendencias donde se implementa la intervención psicológica en diversos padecimientos cénicos, uno de ellos es la Atención Plena (mindfulness), la cual ha ido aumentando en popularidad (Ruvalcaba, 2018), entre ellos los relacionados con la alimentación. Las raíces de la Atención Plena se encuentran en las enseñanzas del Budismo, sobre todo en las referentes a la enseñanzas de cambio mental mediante la práctica meditativa (Ruvalcaba, 2018).

Atención Plena (Mindfulness)

Mindfulness es una traducción en inglés de la palabra “sati” que está en Pali (idioma en el que se registraron originalmente las enseñanzas de Buda). Así, sati se puede traducir como consciencia, atención y recuerdo. El primer registro de esta traducción de sati a mindfulness data de 1921 por Davis y Stede (1921). Es así que la definición de mindfulness se ha ido modificando para su uso en psicoterapia y en la actualidad abarca una amplia gama de ideas y de prácticas (Siegel et al., 2009). Al español, puede traducirse como “atención plena” o “consciencia plena”. Se refiere a un estado de la mente humana que nos viene dado de forma innata y que se encuentra descrito en todas las tradiciones religiosas. Existen diferentes definiciones, entre las principales se encuentran la de Kabat-Zin (1992), definiéndolo como “el estado de atención dirigida al momento presente, con aceptación y sin juzgar la experiencia” (p.101). Para Bays (2009), es poner atención de una forma deliberada, estar totalmente alerta a lo que pasa tanto adentro de nosotros mismos -en nuestro cuerpo, corazón y mente-, y fuera de nosotros, en el exterior; es poner atención de forma consciente sin juzgar ni criticar.

Respecto a lo anterior, Bishop et al., (2004) ofrecieron un documento sobre la definición de atención plena, donde la mencionan como “autorregulación de la atención para que se mantenga en la experiencia inmediata, lo que permite un mayor reconocimiento de eventos mentales en el momento presente”. Además “adoptar una orientación particular hacia la propia experiencia que se caracteriza por la curiosidad, la apertura y la aceptación” (p.232). Es así como la segunda parte de estas definiciones captura una actitud emocional o intencional de atención plena en entornos clínicos (Siegel et al., 2009).

Sin embargo, para Bear y Krietemeyer (2006), citados por Khan y Zadeh, (2014), atención plena se refiere a enfocarse en lo que uno está haciendo y a mismo tiempo ser conscientes de los pensamientos, sentimientos y recuerdos que surgen en ese momento, a demás de darse cuenta cuando la mente divaga para poder reenfoclarla. Con base en Brown y Ryan (2003) lo anterior puede contrastar cuando el estado de ánimo de una persona es tal que la atención no se centra en el presente, más bien se centra en soñar despierto, en las preocupaciones, los planes, etc, y esto a su vez hace que las personas actúen mecánicamente, teniendo hábitos de los cuales no son conscientes y patrones de comportamiento que no son saludables, y en general, una falta de consciencia general (Khan & Zadeh, 2014).

Desde el punto de vista de Ruvalcaba, (2018) es necesario desarrollar habilidades de atención plena para mantener la consciencia de la experiencia en el momento presente. Menciona que esta autorregulación no implica el suprimir los pensamientos, pues todos los eventos o pensamiento son considerados objetos de observación, no una distracción. Así, la noción de atención plena, puede considerarse como un proceso metacognitivo y por lo tanto, puede conceptualizarse como un proceso investigativo que incluye la observación del flujo de la experiencia como algo cambiante. Por lo cual, el proceso es visto como un esfuerzo que requiere la intención de observar y ganar entendimiento de la naturaleza de los pensamientos y emociones presentes.

En su investigación, Ruvalcaba, (2018) menciona que Kabat-Zinn (1990), Shapiro, Carlson, Astin y Freedman (2006) proponen un modelo basado en tres axiomas: intención, atención y actitud. Por lo que se puede decir que, a partir de una comprensión de Intención,

Atención y Actitud (IAA) se puede explicar cómo podría funcionar la atención plena. Estos tres procesos no son procesos o etapas separadas, son aspectos que se entrelazan en un solo proceso cíclico y ocurre de forma simultánea; por lo que puede referirse a que, la atención plena es este proceso momento a momento (Shapiro et al., 2006). Ver figura 2.

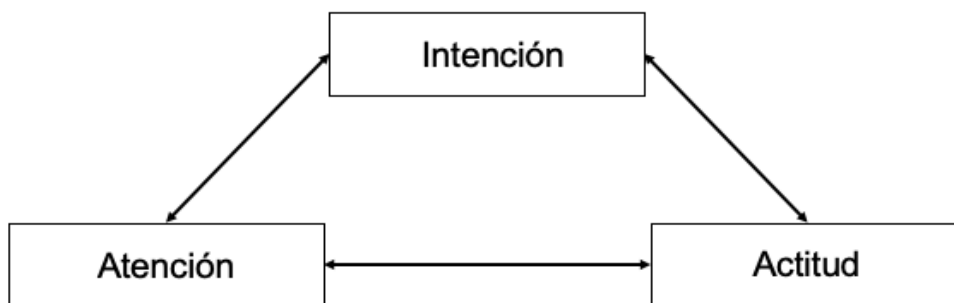


Figura 2: Modelo de interacción entre los tres axiomas de la Atención Plena. Adaptado de Mechanism of Mindfulness por Shapiro, Carlson, Astin y Freedman (2006).

De manera que, la intención es un proceso fundamental y el cual sirve para la autorregulación y la autoexploración. La atención consiste en observar momento a momento las experiencias internas y externas. Además, la actitud que se le da a la atención es esencial, por lo cual debe tener como cualidades la paciencia, compasión y ausencia de apego a las experiencias placenteras o rechazo de las experiencias aversivas. Siendo así que, una mente atenta y libre de juicios conduce a un cambio de perspectiva, al cual se le denomina “re percepción”. Esta conduce a cambios positivos como la autorregulación, el clarificar valores socioculturales y familiares, la flexibilidad cognitiva, emocional y conductual. Los autores hacen mención que, un cambio denominado exposición, es entendido como la capacidad de experimentar emociones

intensas de forma objetiva y menos reactiva. Los mecanismos anteriores se pueden relacionar con la reducción de síntomas psicológicos (Shapiro et al., 2006).

Son varias las prácticas de meditación, las cuales tienen similitudes en sus procedimientos y objetivos básicos al momento de enseñar sus enfoques en el tratamiento de atención plena. La meditación sentados ilustra una descripción del enfoque básico. La persona mantiene una postura erguida, ya sea sentada o con las piernas cruzadas en el suelo e intenta mantener la atención en un enfoque particular, comúnmente las sensaciones somáticas de su respiración (Bishop et al., 2004).

Es así como Bishop (2004) y varios autores, proponen un modelo de dos componentes para la atención plena. Donde el primer componente implica la autoregulación de la atención para que la persona se mantenga en la experiencia inmediata, lo que le permite un mayor reconocimiento de los eventos mentales en el momento presente. El segundo componente implica adoptar un enfoque particular hacia las propias experiencias en el momento presente, orientado por la curiosidad, la apertura y la aceptación.

Las intervenciones basadas en la atención plena suelen incluir meditación, ejercicios de aprendizaje experiencial, práctica en el hogar y un conjunto opcional de componentes de práctica informal que se basan en comportamientos específicos, como comer sin conciencia (Knol et al., 2020).

Alimentación Consciente (AC), *Mindful Eating*

Debido a la relación existente entre los hábitos alimentarios y el bienestar emocional, en la actualidad se ha mostrado un reciente interés en el vínculo entre la atención plena y la nutrición. La alimentación consciente se concibe como la consciencia de nuestros hábitos de alimentación, mientras que su ausencia está asociada a la ansiedad, al afecto negativo y los atracones de alimentación (Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016).

Ruvalcaba (2018), hace mención a Wolever (2008), el cual expresa que, la mayoría de las personas en occidente comen en “piloto automático”, es decir, sin atención a la experiencia de una forma completa al momento de comer, esta implica el detenerse a disfrutar el sabor, la textura, la experiencia de deglutir los alimentos, así como la experiencia de notar el hambre y la saciedad del cuerpo. Es así que, alimentación consciente AC (mindful eating), enseña a poner atención a esas experiencias y a traer la conciencia al momento y acto de comer. La alimentación consciente se describe así como un estado de atención sin juzgar las sensaciones físicas y emocionales que experimentamos al comer (Framson et al., 2009).

De acuerdo con Alberts (2008), existen siete habilidades en alimentación consciente, (p.21-24):

1. Consciencia: consiste en una atención calmada y dirigida hacia los sentidos y el mundo exterior, a las sensaciones del cuerpo y los hábitos alimentarios.

2. Observación: implica ver las situaciones con distancia, siendo testigo imparcial de la experiencia, como si se observara a través de una pantalla las emociones, pensamientos y sensaciones, de esta manera, se puede cobrar consciencia de los disparadores del hambre.

3. Estar en el momento: la falta de atención en el momento presente puede estar vinculada a la alimentación sin consciencia y a los hábitos alimentarios inadecuados como comer en exceso.

4. Ser consciente del entorno: Cuando se pone atención en el entorno, se notan muchos disparadores que promueven el hambre de forma inconsciente, como los anuncios de comida.

5. No juzgar: uno de los objetivos principales de la atención plena es desarrollar una visión neutral y compasiva.

6. “Dejar ir”: Liberarse de los problemas de alimentación muchas veces se asocia con el cese del pensamiento “debe ser”. Cuando se “dejar ir”, se permite a las emociones intensas pasar sin que exista una reacción y así pueden volverse más tolerables, la sobrealimentación ocurre frecuentemente al huir de las emociones negativas.

7. Aceptar: Significa estar bien con las cosas tal como son, la aceptación es el primer paso para lidiar con cualquier problema. No aceptarse a unos mismos física y emocionalmente, promueve la realización de prácticas como la privación alimentaria.

Citando a Hirshmann y Zaphiropoulos (2012), la alimentación es definida como la conexión entre la mente y el cuerpo, lo que permite tomar consciencia de lo que se come, y cómo hace puede hacer sentir. Diversos autores mencionan que, en definitiva, se trata de por qué comemos, porque tenemos hambre, porque es hora de comer, por situaciones sociales particulares, aunque no se tenga hambre (Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016).

A continuación se mencionan practicas para comer conscientemente (Nhat Hanh & Cheung, 2010):

- 1- Honrar los alimentos, expresando hacia ellos gratitud.
- 2- Involucrar los sentidos incluyendo también lo que ocurre en la actividad mental al momento de comer (colores, olores, texturas, sabores y respuestas mental).
- 3- Servirse porciones modestas para evitar la alimentación excesiva y por lo tanto el aumento de peso.
- 4- Paladear bocados pequeños y masticarlos meticulosamente, para reducir la velocidad de la comida y permitir la experimentación plena del sabor, contribuyendo a una mejor digestión.
- 5- Comer lentamente para evitar come de más y percibir cuando se está satisfecho para detenerse y no comer demasiado.
- 6- No saltarse las comidas, saltarse comidas puede hacer que resulte más difícil realizar acciones conscientes.
- 7- Seguir una dieta rica en vegetales.

De acuerdo con Khan & Zadeh, (2014) la alimentación consciente y el bienestar mental son dos variables que han demostrado estar asociadas a través de trabajos previos que estudian la atención plena y las facetas de la salud mental positiva. Plantearon en su hipótesis que habría una relación positivamente significativa entre la alimentación consciente y el bienestar mental. En su investigación la medida que se utilizó para conocer la atención plena al comer fue el Cuestionario de Alimentación Consciente (Framson et al. 2009), mientras que el bienestar mental se midió mediante la Escala de bienestar mental Warwick-Edinburgh.

En una muestra de 309 participantes (hombres = 93, mujeres = 216), la cual se recopiló mediante un método de encuesta en línea. Como se predijo, los resultados mostraron que existe una relación positiva significativa entre la alimentación consciente en general y el bienestar mental ($r = .291$, $p < 0.05$). También se encontraron relaciones positivas significativas entre cuatro de los cinco subdominios de alimentación consciente y el bienestar mental (Conciencia: $r = .221$, $p < 0.05$, Distracción: $r = .105$, $p < 0.05$, Desinhibición: $r = .208$, $p < 0.05$, Respuesta Emocional: $r = .189$, $p < 0.05$) mientras que se encontró una relación negativa no significativa entre el subdominio restante (señales externas) y el bienestar mental ($r = -.063$, $p < 0.136$).

Al estar más presente la atención en los estímulos internos, hay como resultado un menor consumo basado en estímulos externos como el olor o lo atractiva que pueda verse la comida, y por ende, puede haber un cambio generalizado en las preferencias alimentarias, eligiendo alimentos más saludables. Diversos autores mencionan que, en consecuencia a esto, hay una reducción de peso (Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016).

Alimentación sin Consciencia Plena (ASC), *Mindless Eating*.

En general, los seres humanos, de una forma natural, pueden comer conscientemente, sin embargo, tienden a estar bajo influencia de patrones que no son habituales, esto por encontrarse en algún estado emocional específico o incluso, levemente distraídos (Wansink & Sobal, 2007). En los últimos años, el impacto de diversas distracciones como ver la televisión, aspectos del entorno referentes a la alimentación y la interacción social, pueden influir en la cantidad de alimentos que se consume (Ogden et al., 2013).

En la actualidad, la multitarea conocida mayormente como multitasking, se han convertido en una forma de vida, por la que pocas veces ponemos atención a lo que comemos, cómo comemos, por qué comemos lo que comemos y cuándo comemos. En otras palabras, comemos sin consciencia (mindless eating), lo que conocemos como alimentación sin consciencia (Alberts, 2008). Para Ogden et al., (2013) se podría interpretar como no tener consciencia o “inconsciente” a la falta de procesamiento de las decisiones par empezar a comer. Los individuos pueden comer “sin pensar”, esto es referente a que no perciben las formas en que el deseo por comer se puede reducir después de ingerir los alimentos. Por lo que, podrían ser "insensatos" tanto respecto a las señales para comer, como las señales para dejar de comer.

Otro tema a considerar es la abundancia de alimentos, lo que puede argumentar una elección sin consciencia y el comer en exceso contribuye sustancialmente a la obesidad, por lo que, participar en alguna forma de alimentación consciente, es un aspecto fundamental en una alimentación sana y equilibrada, y por ende, en un probable control del peso (Kristeller & Epel, 2014).

Es por esto que, para Ruvalcaba (2018), es la tendencia a enfocar la atención en juicios y emociones negativas que pueden aparecer al comer, restándole importancia a la observación consciente de la experiencia. Además, involucra la tendencia a reaccionar comiendo ante la presencia de emociones, sin que exista una necesidad fisiológica previa.

Planteamiento del Problema de Investigación

Los niveles de sobrepeso y obesidad a nivel mundial han ido en aumento en los últimos años. En el 2016, el 39% de los adultos de 18 años o más tenían sobrepeso y el 13% tenían obesidad. Esta última se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2018). La medición de los de indicadores de peso, como el índice de masa corporal (IMC) y la medición de la circunferencia de cintura (CC) en adultos, representan estrategias de detección clínica que nos permiten una adecuada clasificación de la gravedad de la enfermedad y del riesgo asociado a ésta, para establecer así medidas de prevención o de manejo tanto de la obesidad como de sus enfermedades asociadas (Dávila-Torres et al., 2015).

A nivel nacional, podemos mencionar que las enfermedades no trasmisibles (ENT) concentran el 32% de las muertes. Estas comparten algunos factores de riesgo que es esencial atender, destacan dentro de ellos el sobrepeso y la obesidad que afecta a, por lo menos el 70% de la población de 20 años o más (Soto-Estrada et al., 2016).

Respecto a Baja California, se puede ver que el panorama del sobrepeso y obesidad se explica en parte por el fenómeno de transición nutricional que experimenta el país, teniendo como características una occidentalización de la dieta, en la que hay un aumento en la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados, adicionados con alta cantidad de grasa, azúcar y sal. También aumenta el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa y disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos.

Al mismo tiempo aumenta la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y de productos que facilitan las tareas cotidianas, así como el trabajo de las personas, disminuyendo de este modo su gasto energético. Otro factor importante es que aumenta la oferta de alimentos industrializados en general y disminuye la actividad física (California, 2015).

Como se muestra, la relación de sobrepeso y obesidad está en parte relacionada con la alimentación. La comida es fundamental en la vida de todo ser humano y una alimentación balanceada es la herramienta más importante para vivir saludablemente, mantenerse alejado de las enfermedades y tratar las ya existentes (Durukan & Gül, 2019). Sin embargo, un aspecto que pocas veces se tiene en cuenta es la relación de las emociones y la forma de relacionarnos con la comida. Diversos estudios muestran que el enojo, la ansiedad, la tristeza y la depresión contribuyen en nuestros hábitos alimentarios. Todo esto puede conducir a un aumento de apetito y una búsqueda de alimentos con más calorías, formando así una reacción en cadena, donde el individuo no puede comprender la relación entre su estado de ánimo y su consumo (Hulbert-Williams et al., 2014).

Una idea que puede ayudar a entender la relación que existe entre el estado emocional y la alimentación es que la comida funciona como una recompensa en las mujeres que sufren ansiedad, las cuales se sienten mejor mientras comen. En resumen, el consumo se convierte en un mecanismo de afrontamiento para reducir las emociones negativas, lo cual puede dar una explicación del por qué se han presentado un aumento en los niveles de sobrepeso y obesidad a nivel mundial (Davenport et al., 2012).

Aunque es un tema aparentemente poco importante para muchos, la comida y la alimentación son una parte importante de la vida de todos los seres humanos, en especial si se toma en cuenta que el sobrepeso y la obesidad se producen por el déficit entre las calorías consumidas y las gastadas. Así, Ruiz Fuentes y Llorca, (2016) mencionan a diferentes autores al describir que la atención plena en su forma más básica es la práctica de prestar atención a la actividad en cuestión. En los últimos años, el mindfulness se ha convertido en una nueva vía para modificar comportamientos alimentarios problemáticos, pudiendo fomentar una alimentación más sana (Jordan et al., 2014). Es por esto que las intervenciones basadas en mindfulness se han convertido en un interesante foco para el tratamiento de la obesidad y de los trastornos alimentarios (Godsey, 2013), ya que hay estudios que demuestran como el entrenamiento en mindfulness, incluso sin formación específica en mindful eating, puede animar a la gente a seleccionar el tamaño adecuado de las porciones que van a tomar, así como también ayudar a seleccionar alimentos más bajos en calorías (Brown et al., 2007), o porciones más pequeñas de aquellos alimentos que tengan una gran carga calórica (Beshara et al., 2013).

Baer y Krietemeyer (2006), mencionan que, 'prestar atención' significa estar enfocado en lo que uno está haciendo y al mismo tiempo ser consciente de los pensamientos, sentimientos y recuerdos que surgen en ese momento, y también darse cuenta cuando la mente divaga para poder reenfoclarla (Khan & Zadeh, 2014). Esto contrasta a cuando el estado de ánimo de una persona es tal que, la atención no se centra en el presente. Más bien, se fija en soñar despierto, preocupaciones, planes, etc., que es lo que hace que los humanos actúen mecánicamente, con hábitos inconscientes y patrones de comportamiento que no son saludables y una falta de conciencia general (Brown & Ryan, 2003).

Mindful Eating, o Alimentación Consciente (AC), se conceptualiza como estar consciente en el momento presente cuando uno está comiendo; prestando atención a los sentidos, incluidas las sensaciones físicas y emocionales (Alberts, 2008). Menciona que, aunque la alimentación consciente es el enfoque que se está introduciendo en la alimentación, este se centra en el proceso de comer, no en lo que se come y no hay reglas a seguir. Por lo que el primer paso consiste en notar todos los sentidos, gustos, olores y texturas de los alimentos que se ingieren. El segundo es reconocer los hábitos que se repiten como comer mientras se realizan diversas tareas y comer en piloto automático sin estar presente de manera consciente. El tercero es ser consciente de qué es lo que desencadena el inicio y a interrupción de la alimentación (Khan & Zadeh, 2014).

Sobre alimentación consciente, sobrepeso y ansiedad, existen diversidad de estudios, donde se explora la relación que tiene la alimentación y la atención plena al momento de comer. En una revisión sistemática referente a AC y su relación con el IMC y AN, podemos inferir que la obesidad está fuertemente relacionada con las emociones negativas, como ira, ansiedad, tristeza y depresión, éstos a su vez influyen en los hábitos alimentarios. Como resultado se encuentra que las personas con menores niveles de consciencia sobre sus hábitos alimentarios tenían un peso más elevado, más niveles de ansiedad y afecto negativo y menor control sobre sus hábitos alimentarios (Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, 2016).

Así mismo, referente a la población de universitarios, se comenzará mencionando que la mayoría de los hábitos perjudiciales para la salud se adquieren durante la adolescencia y juventud y se manifiestan como problemas de salud en la edad adulta, que agregan una carga económica evitable a los sistemas de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Se pensaría que los estudiantes de ciencias de la salud al tener conocimiento sobre comportamiento, salud, causas y tratamiento de enfermedades evitarían exponerse a conductas perjudiciales para su salud, sin embargo, al desempeñarse como profesionales de la salud recomiendan hábitos de vida saludables que ellos mismos no ponen en práctica (Palacios, 2011).

Como menciona Franco Justo (2010), en un estudio realizado con profesionistas de la salud en el área médica, las técnicas de meditación que promueven el desarrollo de la conciencia plena (mindfulness), pueden ser un recurso terapéutico efectivo para reducir, prevenir y/o paliar los niveles de estrés y ansiedad de los médicos de atención primaria, aunque requieren un compromiso activo por su parte en su practica regular. De igual manera, se menciona que sería conveniente realizar otros estudios que analicen la efectividad de estas intervenciones en contextos similares con el fin de tener resultados concluyentes (Aranda et al., 2017). Con base en las revisiones anteriores se puede concluir que, a pesar de existir investigaciones internacionales al respecto, todas ellas sugieren que se profundice en estos temas, tanto en la relación de la AC, emociones, en especial las de afecto negativo y la asociación que éstas pueden tener con la imagen corporal, el sobrepeso y la obesidad. Así como la importancia de hacer en México investigación con profesionales de la salud que, probablemente, puedan enfrentarse a estas mismas problemáticas referente a emociones, problemas de alimentación y obesidad.

Plan de Investigación

Pregunta de investigación

¿Existe relación entre índice de masa corporal (IMC), afecto negativo (AN), insatisfacción corporal (IC) y alimentación sin consciente (ASC) en estudiantes universitarios de Tijuana, BC?

Objetivo General

Conocer la relación entre el índice de masa corporal (IMC), el afecto negativo (AN), la insatisfacción corporal (IC) y la alimentación sin Consciencia (ASC) en una muestra de universitarios del área de la salud en Tijuana, B.C.

Objetivos Específicos.

1. Identificar si existe relación entre Afecto Negativo (AN) e índice de Masa Corporal (IMC).
2. Conocer la relación entre el AN y la Insatisfacción Corporal (IC).
3. Identificar la relación entre la Alimentación sin Consciencia (ASC) y AN.
4. Comparar la ASC inervalar dependiendo del sexo.
5. Comparar el IMC dependiendo del sexo, la AC y el AN.
6. Comparar la IC dependiendo del sexo, la AC y el AN.
7. Obtener evidencias de validez y confiabilidad de la escala de AC.

Justificación

Como mencionan a Clerget (2009), las enfermedades asociadas con la alimentación han sido estudiadas desde aspectos nutricionales, sin tomar en cuenta que las personas que comen por razones emocionales reaccionan al afecto negativo con aumento del apetito como estilo de afrontamiento, lo cual causa sobrepeso y obesidad, (Ramírez y García-Méndez, 2017). En diversas investigaciones se ha encontrado que, las intervenciones de alimentación consciente pueden ser efectivas para reducir la alimentación basada en recompensas y puede relacionarse con el estrés emocional lo que puede mejorar los biomarcadores de enfermedades cardiovasculares (Knol et al., 2020).

A nivel internacional, las investigaciones relacionadas a estos temas son cada vez más frecuentes. Sin embargo, en nuestro país, es reciente la investigación en el área a pesar de la problemática de salud a nivel nacional, en específico con los padecimientos de sobrepeso, obesidad, ansiedad y depresión. Es así como la presente investigación busca conocer si existe o no la relación entre afecto negativo, la imagen corporal, el IMC y la forma de alimentarse en alumnos universitarios del área de salud, en específico de las carreras de medicina, psicología y nutrición. Así como aportar nuevo conocimiento en el área de investigación en personas jóvenes de la frontera noroeste de México, específicamente de Tijuana, BC. Lo que puede llevar a identificar ciertos factores que pueden ser considerados como de riesgo y/o factores protectores, los cuales serán tratados en futuras investigaciones sobre emociones, obesidad y alimentación.

Respecto a Baja California, se puede ver que el panorama del sobrepeso y obesidad se explica en parte por el fenómeno de transición nutricional que experimenta el país, teniendo

como características una occidentalización de la dieta, en la que hay un aumento en la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados, adicionados con alta cantidad de grasa, azúcar y sal. También aumenta el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa y disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos. Al mismo tiempo aumenta la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y de productos que facilitan las tareas cotidianas, así como el trabajo de las personas, disminuyendo de este modo su gasto energético. Otro factor importante es que aumenta la oferta de alimentos industrializados en general y disminuye la actividad física (California, 2015).

La implementación del programa de Alimentación Consciente en los estudiantes universitarios en el área de salud también se realiza con la finalidad de que puedan conocer este enfoque personalmente y, por ende, comprendan la importancia de las emociones y la relación que tiene con los hábitos de alimentación en sus futuros pacientes.

Metodología

Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación es cuantitativo no experimental, de tipo transversal, correlacional-causal, ya que busca conocer el grado de relación que existe entre las variables.

Participantes

Se tomará como muestra a estudiantes universitarios del área de la salud, específicamente de medicina, psicología y nutrición, entre las edades de los 18 y 29 años, que cursen los últimos semestres de las carreras mencionadas en la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California. Para tener una muestra más representativa, no probabilística, intencional por cuotas, el tamaño es de 259 estudiantes, calculado para población desconocida.

Criterios de Exclusión

Se excluirá a participantes que hayan manifestado estar embarazadas o lactando. De igual forma a los que indiquen realizar abuso de sustancias y que no se encuentren en los rangos de edad indicados.

Instrumentos y Materiales

Versión Corta en Castellano del Positive and Negative Affect Schedule: PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Afecto Negativo como Afecto Positivo se miden con este instrumento auto aplicable que consta de dos apartados de veinte reactivos cada uno, diez de los cuales miden el afecto positivo y diez el afecto negativo. En el primer apartado se evalúa la presencia de los afectos “en las últimas semanas” (afecto como estado), y en el segundo apartado se les evalúa “generalmente” (afecto como rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos, y se contestan indicando un número en un rango del 1 al 5, en donde 1 significa “muy poco o nada” y 5 “extremadamente”. Con un valor de consistencia interna de cada una de las sub escalas, y en los dos tipos de instrucciones: última semana y generalmente. En muestras mexicanas se obtuvo un Alfa de Cronbach en la instrucción “última semana” para Afectividad positiva es de 0.85, y para Afectividad negativa es de 0.81. En la instrucción “en general” para Afectividad positiva es de 0.90 y para Afecto negativa es de 0.85. El análisis factorial con rotación Varimax en los componentes dominantes (“en las últimas semanas” y “generalmente”), mostraron el 62.8% y el 68% respectivamente de la variación total. Esto corroborara que la traducción concuerda con los dos factores del instrumento original de Watson, Clark y Tellegen (1988), (Robles & Páez, 2003).

Escala de Alimentación Sin Atención Plena (Mindless Eating) (Ruvalcaba, 2018).

Alimentación sin Atención Plena (Mindless Eating) es la tendencia a enfocar la atención en juicios y emociones negativas que aparecen al momento de comer, restándole importancia a la observación consciente de la experiencia, además involucra la tendencia a reaccionar comiendo ante la presencia de emociones sin que exista una necesidad fisiológica. La escala diseñada para población mexicana, pretendía medir el constructo en forma positiva (mindful eating), sin embargo, sólo permanecieron reactivos en sentido negativo. El análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal arrojó dos dimensiones que explican el 59% de la varianza total: alimentación sin consciencia y alimentación emocional. El alfa de Cronbach total y de cada subescala fue de .82, .84 y .68 respectivamente. La escala se compuso de 9 reactivos con una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van desde siempre (puntaje 5) hasta nunca (puntaje 1). A mayor puntuación mayores niveles de alimentación sin atención plena (Ruvalcaba, 2018).

Escala para la Medición de Imagen Corporal, (Thompson y Gray, 1995).

Esta es una prueba que presenta un coeficiente de validez concurrente de 0.71 con el peso corporal y de 0.51 con el IMC. Su confiabilidad es por el método de test re- test es de una semana de diferencia de $r = 0.78$. Esta escala presenta 9 figuras del contorno de hombres y mujeres, cada una con un puntaje que va de 1 a 9 (de izquierda a derecha), el cual va del bajo peso 1, a la obesidad 9.

Medidas Antropométricas

Cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC) con base en el peso y la talla del estudiante que ellos mismos reportaron en la encuesta realizada por medio de formulario de Google Form. Se realizó el cálculo de peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) para cada uno de los datos proporcionados.

Procedimiento

Debido a la contingencia mundial por COVID.19, y la suspensión de todas las actividades educativas de forma presencial, se optó por realizar una aplicación de formulario de manera digital. Se solicitó autorización coordinadoras de las carreras de la Facultad de Medicina y Psicología del Campus Tijuana, por medio de correo electrónico, para la aplicación del formulario electrónico a los alumnos de licenciatura de la Facultad que contaran los requisitos de inclusión. Posteriormente, se mantuvo contacto con jefes de grupos de la carrera de nutrición y algunos de psicología y de medicina, solicitándoles que pasaran el formulario a sus compañeros de carrera. Así mismo se contacto a profesores de la Facultad para solicitarles permiso de aplicar el formulario a los estudiantes. Este formulario incluía el consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad, solicitud de información general, evaluación de afecto negativo y positivo, escala de alimentación no consciente, escala de insatisfacción con la imagen corporal y la autopercepción respecto al COVID-19. Posteriormente, se recopiló la información obtenida de las escalas aplicadas para elaborar una base de datos, y obtener datos preliminares.

Después de la obtención de los datos, se analizaron las respuestas y se obtuvieron los resultados, con base en la aplicación del estadístico correspondiente se elaboraron las conclusiones correspondientes.

Análisis de datos

Para el procedimiento y análisis de los datos se utilizó el software IBM, SPSS versión 22 para Windows, que incluye estadísticas básicas para la descripción del estudio y variables sociodemográficas. Para obtener y probar el modelo, se llevó a cabo el análisis con el uso del módulo AMOS. Se utilizó el método de máxima verosimilitud para estimar parámetros del modelo. Los valores de Chi cuadrado (χ^2), Error Cuadrático Medio (RMSE), Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), Índice de Ajuste Normativo Parsimonioso (PNFI) se reportaron con indicadores de ajuste del modelo.

Resultados

Descripción de la Muestra y Variables de Estudio

De acuerdo a los datos de la Tabla 1, la muestra total es de 259, con 200 mujeres y 59 hombres, con una edad promedio de 20.71 de edad (DE= 2.11) para mujeres 20.62 DE=(2.10), 21.0 (DE=2.14), para hombres. De las carreras de psicología participaron 157 (60.6%), nutrición 63 (24.3%) y medicina 39 (15.1%). Respecto al estado civil, 246 (95%) eran solteros, de las cuales 188 (94%) eran mujeres y 58 (98.3%) hombres. De la muestra total, 101 (39 %) de los participantes se encontraban en 1er y 2do semestre, 47 (18.1%) en 3er y 4to semestre, 59 (22.8%) en 5to y 6to, 38 (14.4%) en 7mo y 8vo y 14 (5.4%) en 9no y 10mo semestre de sus respectivas carreras universitarias.

Tabla 1
Característica de la muestral

Datos Demográficos	Mujeres n = 200	Hombres n = 59	Total N = 259
Edad (M, DE)	20.62 (2.10)	21.00 (2.14)	20.71 (2.11)
Rango de edad			
18-24	186 (93%)	53 (89.9%)	239 (92.3%)
25-29	14 (7%)	10 (10.2%)	20 (7.7%)
Carrera			
Psicología	126 (63%)	31 (52.0%)	157 (60.6%)
Nutrición	50 (25%)	13 (22%)	63 (24.3%)
Medicina	24 (12%)	15 (25.4%)	39 (15.1%)
Estado Civil			
Soltero	188 (94%)	58 (98.3%)	246 (95%)
Unión Libre	10 (5.0%)	1 (1.7%)	11 (4.2%)
Casado	2 (1.0%)	N/A	2 (.8%)
Semestre			
1-2	81 (40.5%)	20 (33.9%)	101 (39.0%)
3-4	32 (16.6%)	15 (25.4%)	47 (18.1%)
5-6	46 (26.0%)	13 (22%)	59 (22.8%)
7-8	34 (17.0%)	4 (6.8%)	38 (14.4%)
9-10	7 (3.5%)	7 (11.9%)	14 (5.4%)

Abreviaciones: M = Media, DE= desviación estándar

¹Reportado como n (%), a menos que se especifique lo contrario

2. Descripción de las variables de estudio

2.1 Clasificación en categorías de acuerdo al IMC

Como se mencionó en el método, el IMC se obtiene dividiendo el peso entre la estatura elevada al cuadrado y con base en los puntos de corte que establece la OMS (2020), del total de los participantes se obtuvo que el 5% presentan un IMC que indica bajo peso (5.5% mujeres, 2% hombres), el 63 % presentó un IMC normal (64% mujeres, 59.3% hombres), el 22% sobrepeso (19% mujeres, 32% hombres) y el 10 % obesidad (11.5 % mujeres, 7 % hombres).

2.2 Insatisfacción con la Imagen Corporal

De la muestra total, 168 (64.9 %) de los participantes mostraron insatisfacción corporal referente al deseo de ser más delgado, de éstos 139 (69.5%) de las mujeres y 29 (49%) de los hombres. Continuando con la insatisfacción corporal, 51 (20%) de los participantes muestran un deseo por ser más grueso o musculoso, en este rubro se nota una diferencia entre mujeres y hombres, donde las mujeres: 32 (16.0%) y 19 (32%) de los hombres. Por su parte, el 15% reportaron satisfacción corporal 29 (14.5%) mujeres y 11 (18%.6) hombres.

2.3 Afecto Negativo General

Los participantes reportan muy bajo nivel de afecto negativo (AN) 118 (45.6%), de los cuales 79 (39.5%) fueron mujeres y 39 (66.1%) hombres. En la categoría de bajo nivel de AN, 91 (35.1%), 76 (38%) de las mujeres y 15 (25.4%) hombres. En el nivel moderado, 18.1% presentó AN, es decir, 42 (21%) mujeres y 5 (8.5%) hombres. Sólo un 1% de las mujeres reportó alto grado de AN, mientras que en los hombres no se presentó un alto grado de AN.

2.4 Alimentación sin Conciencia Plena

Se identificó que 23.9 % de los participantes muestran un nivel de alimentación sin consciencia bajo, 42.1% se ubicó en un nivel medio y 34 % mostró un nivel de alimentación sin consciencia alto.

2.5 Alimentación Emocional

Los niveles de alimentación emocional nos indican que el 31% de la muestra presenta un nivel bajo, nivel medio un 35% y el 34% tiene un nivel alto de alimentación emocional (Tabla 2).

Tabla 2*Variables del Estudio*

	Mujeres n = 200	Hombres n = 59	Total N = 259
IMC (M, DE)	24.11 (4.9)	24.69 (4.06)	24.24 (4.7)
Peso Bajo	11 (5.5%)	1 (1.7%)	12 (4.6%)
Peso Normal	128 (64.0%)	35 (59.3%)	163 (62.9%)
Sobrepeso	38 (19%)	19 (32.2%)	57 (22.0%)
Obesidad	23 (11.5%)	4 (6.8%)	27 (10.4%)
Insatisfacción Corporal (M, DE)	1.26 (1.6)	.39 (1.4)	1.06 (1.6)
Insatisfacción (deseo de ser más delgado)	139 (69.5%)	29 (49.2%)	168 (64.9%)
Insatisfacción (deseo de ser más grueso)	32 (16.0%)	19 (32.2%)	51 (19.7%)
Satisfacción corporal	29 (14.5%)	11 (18.6%)	40 (15.4%)
Afecto Negativo (General) (M,DE)	2.26 (.79)	1.84 (.70)	2.16 (.79)
Muy bajo	79 (39.5%)	39 (66.1%)	118 (45.6%)
Bajo	76 (38.0%)	15 (25.4%)	91 (35.1%)
Moderado	42 (21.0%)	5 (8.5%)	47 (18.1%)
Alto	3 (1.5%)	N/A	3 (1.2%)
Alimentación sin Consciencia Plena (M, DE)	2.13 (.80)	1.81 (.65)	2.05 (.80)
Bajo	44 (22.0%)	18 (30.5%)	62 (23.9%)
Medio	80 (40%)	29 (49.2%)	109 (42.1%)
Alto	76 (38.0%)	12 (20.3%)	88 (34.0%)
Alimentación Emocional (M, DE)	2.06 (.80)	1.72 (.63)	1.98 (.78)
Bajo	54 (27.0%)	26 (44.1%)	80 (30.9%)
Medio	71 (35.5%)	20 (33.9%)	91 (35.1%)
Alto	75 (37.5%)	13 (22.0%)	88 (34.0%)

Abreviaciones: M = Media, DE=, desviación estándar, IMC, Índice de masa corporal.

¹Reportado como n (%), a menos que se especifique lo contrario.

3. *Correlaciones entre las variables del estudio y modelo de insatisfacción corporal, IMC, alimentación sin consciencia plena y alimentación emocional.*

Con el objetivo de identificar si existe relación entre las principales variables de estudio se llevó a cabo análisis de correlación de Pearson. En la Tabla 3 se puede observar correlaciones estadísticamente significativas entre IMC: e insatisfacción corporal ($r=.573$, $p=.000$) y alimentación sin consciencia plena ($r=.318$, $p=.000$); insatisfacción corporal con: afecto negativo ($r=.263$, $p=.000$), alimentación sin consciencia plena ($r=.575$, $p=.000$) y alimentación emocional ($r=.190$, $p=.002$); y alimentación sin consciencia plena con alimentación emocional ($r=.409$, $p=.000$). Todas correlaciones de signo positivo indican que si una variable se incrementa la otra también lo hace.

Tabla 3

Correlaciones Bivariadas entre las Variables de Estudio.

	IMC	Insatisfacción Corporal	Afecto Negativo	Alimentación Sin Consciencia	Alimentación Emocional
IMC	1				
IC	.573**	1			
AN	.103	.263**	1		
ASC	.318**	.575**	.467**	1	
AEMO	.057	.190**	.510**	.409**	1

Nota: IMC (Índice de Masa Corporal), IC (Insatisfacción Corporal), AN (Afecto Negativo), ASC (Alimentación sin Consciencia), AEMO (Alimentación Emocional).

** $p \leq .01$

Las correlaciones estadísticamente significativas permitieron proponer y probar un modelo que resultó estadísticamente significativo con adecuados indicadores de bondad de ajuste ($X^2=2.381$, $p=.66$, $RMR=.083$, $NFI=.993$, $CFI=1.00$, $RMSEA=.000$). En este modelo, representado en la Figura 3, el afecto negativo (AN_general) influye de manera directa sobre la alimentación emocional ($\beta=.510$) y alimentación sin consciencia ($\beta=.467$); la alimentación sin consciencia plena influye sobre el IMC ($\beta=.318$) y sobre la insatisfacción corporal ($\beta=.438$), mientras que el IMC influye sobre la insatisfacción corporal ($\beta=.434$). El signo positivo de los coeficientes path indican que por cada unidad que se incrementan: a) el afecto negativo, la alimentación emocional y la alimentación sin consciencia, aumentan .510 y .467, respectivamente; b) la alimentación sin consciencia, el IMC y la insatisfacción corporal se incrementan .318 y .438, respectivamente, y c) el IMC, la insatisfacción corporal aumenta .434. Es importante mencionar que el 26% ($R^2=.260$) de la variabilidad en la alimentación emocional y el 21.8% ($R^2=.218$) de la variación en la alimentación sin consciencia es explicado por el afecto negativo; el 10.1% ($R^2=.101$) de la variabilidad en el IMC es explicado por la alimentación sin consciencia; finalmente el 50% ($R^2=.50$) de la variación en la insatisfacción corporal es explicado por el IMC y la alimentación sin consciencia.

Figura 3

Modelo de Insatisfacción Corporal, IMC, Alimentación sin Conciencia, Alimentación Emocional y Afecto Negativo

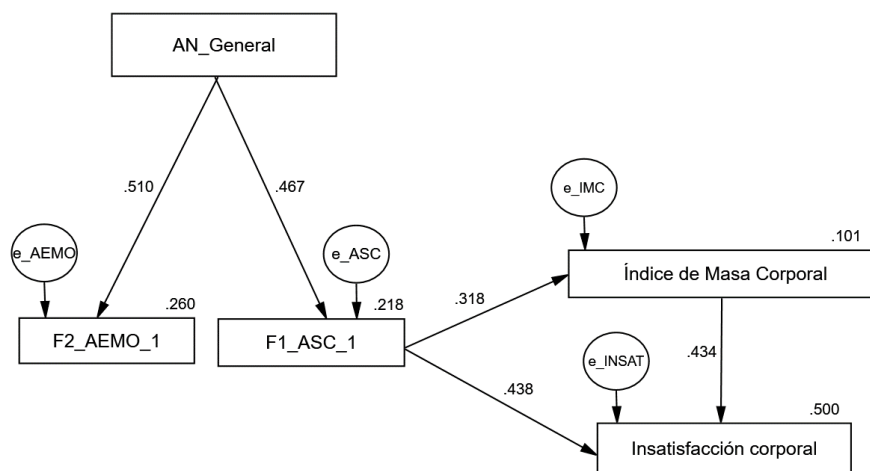


Figura 3. Modelo de insatisfacción corporal, IMC, alimentación sin conciencia (F1_ASC), alimentación emocional (F2_AEMO) y afecto negativo. Los rectángulos representan las variables observadas; los óvalos representan los errores asociados con las variables endógenas.

4. Alimentación sin Conciencia por Sexo y Afecto Negativo

Con el propósito de comparar la alimentación no consciente por sexo y afecto negativo de los participantes, se aplicó ANOVA factorial (Tabla 4) obteniendo los siguientes resultados: Diferencias estadísticamente significativas por el nivel de afecto negativo ($F(3,259)=7.905$, $p=.000$), el análisis de las medias graficadas en la Figura 2, indica que las personas con alto grado afecto negativo presentan los promedios más altos de alimentación sin conciencia plena, de hecho en la Figura 4, se puede observar una relación directa (lineal) que indica que a mayor grado de afecto negativo la alimentación sin conciencia también aumenta (en el gráfico se puede

consultar el valor de las medias). En la Tabla 4 también se puede observar que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($F(1,259)=2.232, p=.136$), tampoco en la interacción sexo y afecto negativo ($F(2,259)=.195, p=.823$). En la Tabla 5, se pueden observar las comparaciones múltiples con la prueba post hoc Bonferroni, identificando diferencias significativas (principalmente) entre el grado bajo y los demás niveles de afecto negativo.

Figura 4.

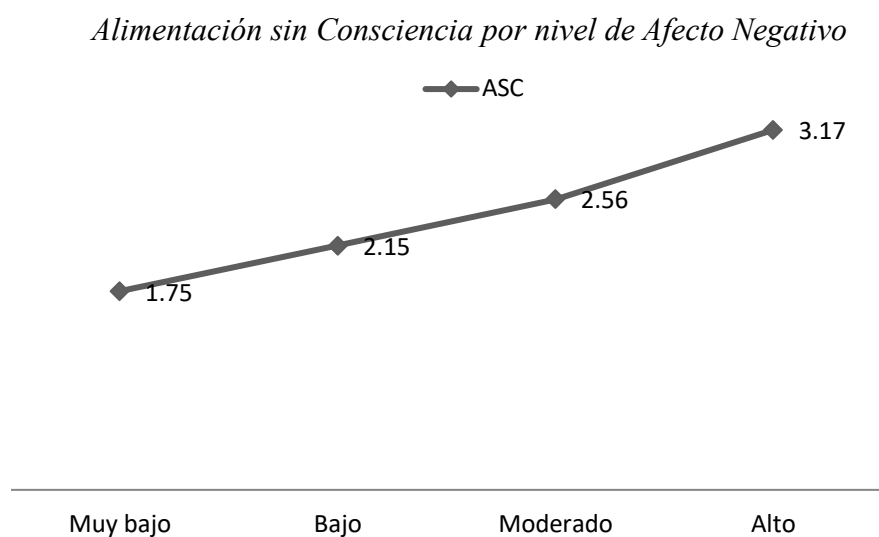


Figura 4: Relación directa (línea) indica que a mayor grado de afecto negativo, la alimentación sin consciencia aumenta.

Tabla 4.*ANOVA factorial Alimentación sin Consciencia por Sexo y Afecto Negativo*

Fuente	Tipo III Suma Cuadrados	df	Media	F	Sig.
Corrected Model	29.007 ^a	6	4.835	9.019	.000
Intercept	257.774	1	257.774	480.863	.000
Sexo	1.196	1	1.196	2.232	.136
Afecto negativo	12.713	3	4.238	7.905	.000
SEXO * Afecto Negativo	.209	2	.105	.195	.823
Error	135.088	252	.536		
Total	1258.222	259			
Corrected Total	164.096	258			

a. R Cuadrado = .177 (R Cuadrado Corregida = .157)

Tabla 5*Comparaciones multiples de la variable ASC con la prueba post hoc Bonferroni*

(I) AN GENERAL R	(J) AN GENERAL R	Diferencia de Medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de Confianza 95%	
					Límite Inferior	Límite Superior
Muy bajo	Bajo	-.4020*	10215	.001	-.6736	-.1304
	Moderado	-.8138*	12629	.000	-1.1497	-.4780
	Alto	-1.4167*	42806	.006	-2.5550	-.2784
Muy bajo	Bajo	.4020*	10215	.001	.1304	.6736
	Moderado	-.4118*	13152	.012	-.7615	-.0621
	Alto	-1.0147	42963	.114	-2.1571	.1278
Muy bajo	Bajo	.8138*	12629	.000	.4780	1.1497
	Moderado	.4118*	.13152	.012	.0621	.7615
	Alto	-.6028	43600	1.000	-1.7623	.5566
Muy bajo	Bajo	1.4167*	42806	.006	.2784	2.5550
	Moderado	1.0147	42963	.114	-.1278	2.1571
	Alto	.6028	43600	1.000	-.5566	1.7623

Basado en medias observadas.

*p≤.05

5. *Comparación de IMC por sexo, alimentación sin consciencia y afecto negativo.*

Así mismo, para comparar el IMC por sexo, alimentación sin consciencia y afecto negativo de los participantes, se aplicó ANOVA factorial (Tabla 6) obteniendo los siguientes resultados: Diferencias estadísticamente significativas por el nivel de alimentación sin consciencia plena ($F(2,259)=7.978$, $p=.000$), lo cual indica que, los participantes con altos niveles de alimentación sin consciencia presentan los niveles más altos de IMC (Figura 5). De igual forma, se puede observar que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la interacción sexo y alimentación sin consciencia ($F(2,259)=1.022$, $p=.361$), tampoco en la interacción sexo y afecto negativo ($F(2,259)=.487$, $p=.786$).

Tabla 6

Anova Factorial. Comparación de Índice de Masa Corporal por Sexo, Alimentación sin Consciencia y Afecto Negativo

Variables	Tipo III Suma		Media		
Correlacionadas	Cuadrados	gl	cuadrada	F	Sig.
Corrected Model	985.704 ^a	18	54.761	2.746	.000
Intercept	30766.326	1	30766.326	1542.771	.000
SEXO	76.110	1	76.110	3.817	.052
AN	53.025	3	17.675	.886	.449
ASC	318.182	2	159.091	7.978	.000
SEXO* AN	26.964	2	13.482	.676	.510
SEXO * ASC	40.760	2	20.380	1.022	.361
AN * ASC	48.591	5	9.718	.487	.786
SEXO * AN * ASC	40.274	3	13.425	.673	.569
Error	4786.139	240	19.942		
Total	158014.738	259			
Correlación Total	5771.843	258			

a. R Cuadrado = .171 (R Cuadrado Corregida = .109)

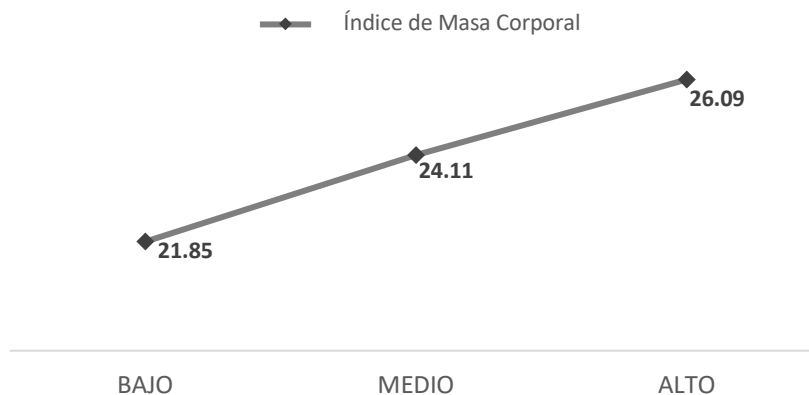
Figura 5*Índice de Masa Corporal y Niveles de Alimentación sin Conciencia*

Figura. 5 Niveles de IMC por alimentación sin consciencia (ASC), al aumentar la ASC, aumenta el IMC.

En la Tabla 7, se pueden observar las comparaciones múltiples con la prueba post hoc Bonferroni, identificando diferencias significativas en el IMC entre todos los grupos de comparación de ASC.

Tabla 7

Comparaciones múltiples de la variable IMC con la prueba post hoc Bonferroni

(I)F1	ASC	R1	(J)F1	ASC	R1	Diferencia de Medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de Confianza 95%	
									Límite Inferior	Upper Bound
Bajo			Medio			-2.2544*	.71036	.005	-3.9669	-.5418
			Alto			-4.2357*	.74045	.000	-6.0208	-2.4505
Medio			Bajo			2.2544*	.71036	.005	.5418	3.9669
			Alto			-1.9813*	.63998	.007	-3.5242	-.4384
Alto			Bajo			4.2357*	.74045	.000	2.4505	6.0208
			Medio			1.9813*	.63998	.007	.4384	3.5242

(R Cuadrado Corregido = 19.942)

*p≤.05

6. Comparación de insatisfacción corporal por sexo, alimentación sin consciencia y afecto negativo.

Se comparo la Insatisfacción corporal por sexo, alimentación sin consciencia y afecto negativo de los participantes, para lo cual se aplicó ANOVA factorial (Tabla 8) obteniendo los siguientes resultados: Diferencias estadísticamente significativas por el nivel de alimentación sin consciencia plena ($F(2,259)=22.035$, $p=.000$), lo cual indica que, los participantes con insatisfacción corporal presentan los niveles más altos de alimentación sin consciencia plena (Figura 4). De igual forma, se puede observar que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la interacción sexo y alimentación sin consciencia ($F(2,259)=.274$, $p=.761$), tampoco en la interacción sexo y afecto negativo ($F(2,259)=1.796$, $p=.149$).

Tabla 8

ANOVA Factorial. Comparación de Insatisfacción Corporal por Sexo, Alimentación sin Consciencia y Afecto negativo

Source	Tipo III		Media cuadrada	F	Sig.
	Suma Cuadrados	gl			
Corrected Model	280.764 ^a	18	15.598	8.559	.000
Intercept	48.523	1	48.523	26.626	.000
SEXO	2.282	1	2.282	1.252	.264
AN	4.809	3	1.603	.880	.452
ASC	80.312	2	40.156	22.035	.000
SEXO * AN	2.096	2	1.048	.575	.563
SEXO * ASC	.998	2	.499	.274	.761
AN * ASC	2.095	5	.419	.230	.949
SEXO * AN * ASC	9.817	3	3.272	1.796	.149
Error	437.367	240	1.822		
Total	1008.000	259			
Corrected Total	718.131	258			

a. R Cuadrado = .391 (R Ajuste Cuadrado = .345)

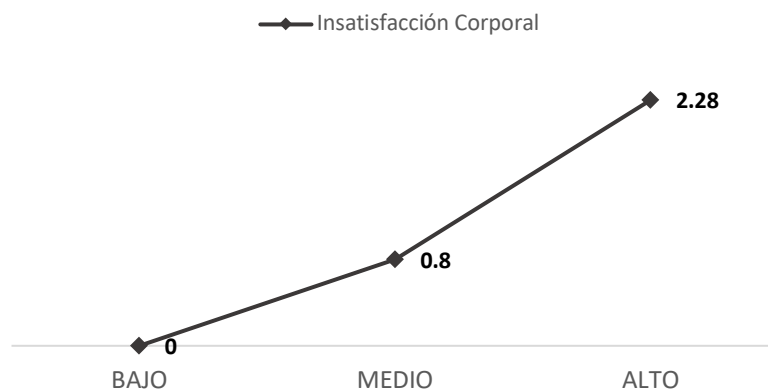
Figura 6*Insatisfacción Corporal y Niveles de Alimentación sin Consciencia*

Figura 6. Medias de Insatisfacción Corporal por grado de ASC, al aumentar la Alimentación no consciente, aumenta el la Insatisfacción Corporal.

De igual forma, podemos observar en la Tabla 9 que las diferencias fueron estadísticamente significativas en la Insatisfacción Corporal y entre todos los grupos de Alimentación sin Conciencia ($p=.000$).

Tabla 9*Comparación Múltiple entre Insatisfacción corporal y Alimentación sin Conciencia*

(I) F1	ASC	R1	(J) F1	ASC	R1	Diferencia de Medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de Confianza 95%	
									Límite Inferior	Límite Superior
Bajo			Medio			-1.02*	.215	.000	-1.54	-.51
			Alto			-2.51*	.224	.000	-3.05	-1.97
Medio			Bajo			1.02*	.215	.000	.51	1.54
			Alto			-1.49*	.193	.000	-1.95	-1.02
Alto			Bajo			2.51*	.224	.000	1.97	3.05
			Medio			1.49*	.193	.000	1.02	1.95

Basado en medias observadas

The error term is Mean Square (Error) = 1.822.

* $p \leq .05$.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo general conocer la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC), la insatisfacción corporal (IC), el afecto negativo (AN), la alimentación sin consciencia (ASC) y la alimentación emocional (AEMO) en una muestra de universitarios del área de la salud en Tijuana, B.C.

Los resultados indican una correlación significativa entre el afecto negativo, el cual influye de manera directa sobre la alimentación emocional y la alimentación sin consciencia. Por lo que, al aumentar el AN, la AEMO y la ASC plena aumenta. Lo anterior concuerda con lo mencionado por Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, (2016), en donde se identifica que las personas que muestran un alto nivel de afecto negativo tienen mayores niveles de alimentación sin consciencia. Por su parte, lo mismo sucede con la alimentación emocional (Hearon et al., 2013). Cabe mencionar que no se encontró relación significativa entre índice de masa corporal y el afecto negativo, sin embargo, se identificó que el IMC influye directamente en la insatisfacción corporal, lo cual concuerda con la investigación de Casillas-Estrella et al., (2006), en la cual reportaron encontrar un grado moderado o severo de insatisfacción con la imagen corporal en el 65% de los participantes, siendo más alto en mujeres y personas con obesidad abdominal, sobrepeso y obesidad. De igual forma se obtuvo que el IMC está influenciado por la alimentación sin consciencia, lo cual concuerda con la literatura donde se describe que, comer sin atención plena, puede explicar un aumento en la alimentación emocional y por ende, cierto grado de aumento de peso a largo plazo, por un consumo excesivo de alimentos bajos en nutrientes y ricos en calorías (Taylor et al., 2015). Además, en la sociedad contemporánea, gran

parte el sobrepeso y la obesidad hoy se asocian con la ingesta excesiva de alimentos baratos, pero muy apetitosos y de baja calidad, que dominan las opciones alimentarias en muchas comunidades en la actualidad, (Kristeller & Epel, 2014). A su vez, la ASC influye sobre el IMC y la IC, mientras que el IMC influye directamente en la IC.

Respecto al primer objetivo específico que fue identificar si existe relación entre el Afecto Negativo (AN) y el Índice de Masa Corporal (IMC), no se reporta una correlación significativa. Esto, contrario a lo que mencionan Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, (2016), donde mencionan que se encontró una correlación positiva significativa entre IMC y afecto negativo, sin embargo, en la presente investigación, se encontró que el AN influye de manera indirecta sobre el IMC, a través de la ASC.

Así, el segundo objetivo específico fue conocer la relación entre el afecto negativo (AN) y la insatisfacción corporal (IC) en el cual no se encontró una relación significativa entre ambos, por que, al aumentar el afecto negativo, no hay aumento en la insatisfacción corporal. Esto coincide con investigaciones previas, donde mencionan que no hay relación entre la insatisfacción corporal y la autoestima, ni entre la obesidad y la depresión (Contreras-Valdez et al., 2016).

Por otra parte, en los resultados de esta investigación se buscaba como tercer objetivo específico, identificar la relación entre la Alimentación sin Consciencia (ASC) y el Afecto Negativo (AN). Se reporta una relación positiva significativa entre estas dos variables, es decir, las personas que presentan un alto nivel de afecto negativo, presentan promedios más altos de

alimentación no consciente. Esto se muestra conforme a la literatura que menciona que, son varios los factores que influyen en la alimentación sin conciencia como: consciencia interna limitada, mala regulación en las emociones, auto juicio negativo y problemas en los límites de auto control (Kristeller & Epel, 2014).

Por otra parte, el cuarto objetivo específico busco comparar la ASC dependiendo del sexo, en el cual no se encontró una relación significativa entre las variables, lo que concuerda con investigaciones realizadas donde se reportan resultados similares al no indicar una diferencia significativa entre hombres y mujeres respecto a la Alimentación sin Consciencia (Kes & Can Cicek, 2021). Sin embargo, el estudio anterior si reportan una diferencia por sexo en la alimentación emocional, donde menciona que esto puede ser causado por que tanto las mujeres como los hombres jóvenes pueden tener diferencias en manejar eventos estresantes. Lo cual es importante considerar para futuras investigaciones sobre la diferencia en alimentación emocional entre sexos.

En relación al quinto objetivo específico, referente a la comparación del IMC dependiendo del sexo, la ASC y el AN. El resultado obtenido entre la correlación significativa entre IMC y alimentación sin conciencia, podemos ver que coincide con estudios previos reportados en la literatura, como lo muestran Pintado-Cucarella & Rodríguez-Salgado, (2016) en su estudio dónde reportarían una correlación negativa entre alimentación consciente y el IMC ($r = .544, p \leq .01$), lo cual indica que las personas con un mayor IMC tienen menos conciencia en su alimentación. En cuanto a IMC y el sexo, no hubo relación significativa, contrario a lo

reportado previamente en la literatura, donde se pudo encontrar que el IMC de jóvenes turcos fue significativamente más alto que el de las mujeres (Kes & Can Cicek, 2021).

Referente al sexto objetivo que buscaba comparar la IC dependiendo del sexo, la ASC y el AN. En la presente investigación se encontraron diferencias significativas por sexo, con alimentación sin consciencia, sin embargo, no con en el afecto negativo. Esto concuerda con lo encontrado por Pineda-García et al., (2017), en el cual, menciona que se encontraron diferencias significativas entre los sexos y la insatisfacción corporal, ya que las mujeres están más insatisfechas corporalmente que los varones y se menciona que es casi una regla estar insatisfecho con la imagen corporal, en especial cuando no se cuenta con el cuerpo socialmente premiado o se encuentran fuera de los estándares de belleza socialmente establecidos. De igual manera, se ha encontrado una relación inversa, donde se relaciona un alto grado de alimentación consciente con una apreciación por la imagen corporal (Webb et al., 2018). Referente a la comparación por sexo y el afecto negativo, al no encontrarse diferencias, se puede reportar que en la presente investigación no hubo diferencias entre hombres y mujeres referente al AN.

Limitaciones

Una de las limitaciones de la presente investigación fue que, la medición del IMC se obtuvo con los pesos y las estaturas auto reportadas. Es decir, no hubo una medición directa con los participantes, por lo que puede haber discrepancia tanto en la estatura como en el peso percibido y los datos reales. Además, por cuestiones de la pandemia a nivel mundial por COVID 19, no se realizaron las medidas relacionadas con la circunferencia de cintura (CC) y el índice de cintura cadera (Ci/Ca) para la estimación de grasa abdominal, lo cual estaba considerado medirse en los participantes en las instalaciones de la universidad.

La segunda limitación es el tamaño de la muestra, además de que fue no probabilística, por lo cual no fue aleatoria. Es decir, no se pueden generalizar los resultados a la población. Además, que solo corresponde a datos de una población de estudiantes universitarios y de cierto grupo de edad.

Sugerencias

Se sugiere ampliamente continuar realizando investigaciones donde se pueda obtener el peso y las medidas antropométricas correctas de los participantes, lo cual puede disminuir la discrepancia en los datos. Además, que la muestra sea probabilística y que pueda realizarse en población con diferentes grados de estudio o sociodemográficos. Así como complementarla con investigaciones de enfoque cualitativo, donde es probable se encuentren distintos factores que puedan resultar significativos para este tema.

Conclusiones

En la presente investigación se concluye que, el afecto negativo influye de manera directa en la presencia de la alimentación sin consciencia y de la alimentación emocional. La alimentación sin consciencia influye de manera directa en el IMC indicando que, si se aumenta la alimentación sin consciencia, también el IMC aumenta. La insatisfacción corporal es explicada en gran medida tanto por el IMC, así como por la alimentación sin consciencia.

No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, tanto para la alimentación sin consciencia, como en el afecto negativo. Lo cual puede tenerse en consideración para futuras investigaciones. Además, es importante subrayar la profundización en la investigación de estos temas, con distintas variables que puedan abarcar diferentes datos sociodemográficos, factores bio-psicosociales, familiares, así como de accesibilidad.

Referencias

- Abad, F., Rivero, J., Fandiño, E., Vera, J. A., de Vera, M., & Montero, L. (2012). Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso. *ENE. Revista de Enfermería*, 6(2), 24–31.
- Agudelo, D., Buena Casal, G., & Spielberg Donald, C. (2007). Ansiedad y Depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33–41.
- Ambrona, T., & López-Pérez, B. (2014). A Longitudinal Analysis of the Relationship between Positive and Negative Affect and Health. *Psychology*, 05(08), 859–863. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.58097>
- Aranda, G., Elcuaz, M. R., & Go, C. F. (2017). *Atención Primaria*.
- Baile, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista De Humanidades “Cuadernos Del Marqués De San Adrián*, 2, 1–17. http://www.uned.es/cattudela/revista/n002/baile_ayensa.htm
- Baminiwatta, A., & Solangaarachchi, I. (2021). Trends and Developments in Mindfulness Research over 55 Years: A Bibliometric Analysis of Publications Indexed in Web of Science. *Mindfulness*, 12(9), 2099–2116. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01681-x>
- Barquera, S., Campos, I., & Rivera, J. A. (2013). Mexico attempts to tackle obesity: The process, results, push backs and future challenges. *Obesity Reviews*, 14(S2), 69–78. <https://doi.org/10.1111/obr.12096>
- Barquera, Simón, Hernández-Barrera, L., Trejo-Valdivia, B., Shamah, T., Campos-Nonato, I., & Rivera-Dommarco, J. (2020). Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. Ensanut 2018-19. *Salud Publica de Mexico*, 62(6), 682–692. <https://doi.org/10.21149/11630>

- Beshara, M., Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2013). Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*, *67*, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.012>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- California, S. de S. del E. de B. (2015). Estrategia Para La Prevención Y Control Del Sobrepeso, Obesidad Y La Diabetes En Baja California. *Secretaria de Salud del Estado de Baja California*, 1–49. <https://www.gob.mx/salud/documentos/estrategia-sod-bajacalifornia>
- Casillas-Estrella, M., Montaña-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí-Gascón, M., & Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, *17*(4), 243–249. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v17i4.463>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M. Á. (2016). Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in girls with obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *7*(1), 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.04.001>

- Davenport, K., Houston, J. E., & Griffiths, M. D. (2012). Excessive Eating and Compulsive Buying Behaviours in Women: An Empirical Pilot Study Examining Reward Sensitivity, Anxiety, Impulsivity, Self-Esteem and Social Desirability. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(4), 474–489. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9332-7>
- Dávila-Torres, J., De Jesús González-Izquierdo, J., & Barrera-Cruz, A. (2015). Medicina social Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(2), 240–249. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54
- Dufey, M., & Fernandez, A. M. (2012). Validez y confiabilidad del Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 2(34), 157–173.
- Durukan, A., & Gül, A. (2019). Mindful eating: Differences of generations and relationship of mindful eating with BMI. *International Journal of Gastronomy and Food Science*, 18(May). <https://doi.org/10.1016/j.ijgfs.2019.100172>
- Fernández-Bustos, J. G., González-Martí, I., Contreras, O., & Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 25–33. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(15\)30003-0](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(15)30003-0)
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>
- Franco Justo, C. (2010). Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Atencion Primaria*, 42(11), 564–570. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.10.020>

- Fuentes Artiles, R., Staub, K., Aldakak, L., Eppenberger, P., Rühli, F., & Bender, N. (2019). Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *20*(11), 1619–1627. <https://doi.org/10.1111/obr.12918>
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, *8*(3), 343–361. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198905\)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C)
- García, M. V. A., & Peresmitré, G. G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *3*(1), 9–21. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730101%0A>
- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, *21*(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.06.003>
- Gómez Arias, R. D., Yepes Delgado, C. E., Rodríguez Ospina, F. L., Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez.”, CEPAL, U., (FAO), O. M. de la S. (OMS) y O. de las N. U. para la A. y la A., (OMS), O. de las N. U. para la A. y la A. (FAO) / O. M. de la S., (OMS), O. de las N. U. para la A. y la A. (FAO) / O. M. de la S., Lamus-Lemus, F., Díaz-Quijano, D. M., Rincón-Rodríguez, C. J., Huertas-Moreno, M. L., Garcia Cano, P., Suárez-herrera, J. C., Joaquín, J., Juan, O. S., Serra-, L., Suárez, H; Delisle, H., de Colombia, M. de S. y P. S., ... Granados, J. D. (2017). El costo de la doble carga nutricional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *11*(23), 791–803. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Lineamiento-atencion->

integral.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf%0Ahttps://www.dnp.gov.co/Portals/

- González Block, M. A., Figueroa-Lara, A., Ávila Burgos, L., Balandrán-Duarte, D. A., Aracena-Genao, B., Cahuana-Hurtado, L., & Guerrero-López, C. M. (2017). Retos a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2017. *Salud publica de Mexico*, *59*(2), 126–127. <https://doi.org/10.21149/8214>
- González, M., Herrero, M., Viña, C. M., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *36*(2), 289–304. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536208>
- Gracia Gozalo, R. M., Ferrer Tarrés, J. M., Ayora Ayora, A., Alonso Herrero, M., Amutio Kareaga, A., & Ferrer Roca, R. (2019). Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion. *Medicina Intensiva (English Edition)*, *43*(4), 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2019.03.006>
- Hearon, B. A., Utschig, A. C., Smits, J. A. J., Moshier, S. J., & Otto, M. W. (2013). The role of anxiety sensitivity and eating expectancy in maladaptive eating behavior. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(5), 923–933. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9491-2>
- Hsu, T., & Forestell, C. A. (2021). Mindfulness, depression, and emotional eating: The moderating role of nonjudging of inner experience. *Appetite*, *160*(May 2020), 105089. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105089>
- Hulbert-Williams, L., Nicholls, W., Joy, J., & Hulbert-Williams, N. (2014). Initial Validation of the Mindful Eating Scale. *Mindfulness*, *5*(6), 719–729. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0227-5>

- Jordan, C. H., Wang, W., Donatoni, L., & Meier, B. P. (2014). Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual Differences*, *68*, 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.04.013>
- Kes, D., & Can Cicek, S. (2021). Mindful eating, obesity, and risk of type 2 diabetes in university students: A cross-sectional study. *Nursing Forum*, *56*(3), 483–489. <https://doi.org/10.1111/nuf.12561>
- Khan, Z., & Zadeh, Z. F. (2014). Mindful Eating and it's Relationship with Mental Well-being. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *159*, 69–73. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.330>
- Knol, L. L., Lawrence, J. C., & de la O, R. (2020). Eat Like a Chef: A Mindful Eating Intervention for Health Care Providers. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *52*(7), 719–725. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2020.02.024>
- Kristeller, J. L., Bear, R. A., & Quillan-Wolever, R. (2006). Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. *New York: Guilford Press*, *108*(2), 75–91.
- Kristeller, J. L., & Epel, E. (2014). *Mindful Eating and Mindless Eating: The Science and the Practice*. In: Amanda I, Ngnoumen CT, Langer EJ. *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness*. Malden, MA: John Wiley & Sons Ltd, 2014. 1992.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, *4*(3), 357–363. <https://doi.org/10.1177/135910539900400305>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, *50*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Manku, R. S., Egan, H., Keyte, R., Hussain, M., & Mantzios, M. (2020). Dieting, mindfulness and

- mindful eating: Exploring whether or not diets reinforce mindfulness and mindful eating practices. *Health Psychology Report*, 8(1), 59–67. <https://doi.org/10.5114/hpr.2019.88057>
- Martínez A, M., Flores P, Y., Mercedes R, R., Vásquez G, L., & Gutiérrez S, G. (2010). Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7º al 9º grado residentes en Tamaulipas, México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 1, 7. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_08.pdf
- Martínez Pérez, M., & Sánchez Aragón, R. (2011). Evaluación Multimétodo de la expresión emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 1(31), 11–35.
- Meneses, A. G. A., Román, C. M. L., Guzman, G. R., & Carbajal, L. A. H. (2014). *Percepción de la imagen corporal en estudiantes del corporales pueden influir en la percepción del peso, es un determinante de los nutricionales y de las para mantener un peso saludable entre los.* 69–80.
- Ogden, J., Coop, N., Cousins, C., Crump, R., Field, L., Hughes, S., & Woodger, N. (2013). Distraction, the desire to eat and food intake. Towards an expanded model of mindless eating. *Appetite*, 62, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.11.023>
- Palacios, Y. (2011). La Responsabilidad Social En El Estudiante Universitario De Ciencias De La Salud, Una Nueva Forma De Educar Para La Paz Y La Convivencia Social. *Revista Educación en Valores*, 1(15), 36–52. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n15/art05.pdf>
- Palomino-Pérez, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 47(2), 286–291. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182020000200286>
- Pineda-García, G., & Gómez-Peresmitré, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana*

de Psicología, 23(1), 87–95.

- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Acevedo, S. P., & Ariza, V. V. (2017). El cuerpo: Percepción de atractivo, insatisfacción y alteración en adolescentes de la frontera mexicana del noroeste. [The body: Perceived physical attractiveness, dissatisfaction, and body image alteration in adolescents of the northwest Mexican border.]. *Psicología y Salud*, 27(2), 155–166.
- Pintado-Cucarella, S., & Rodríguez-Salgado, P. (2016). Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 8(2), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2016.11.003>
- Ramírez, A. T. R., & García-Méndez, M. (2017). Construcción de una escala de alimentación emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 3(45), 85–95. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.07>
- Ruiz Fuentes, S., & Llorca, G. (2016). Mindful eating y estilos de ingesta en pacientes con trastornos alimentarios. *Àgora De Salut*, 3, 339–345. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2016.3.36>
- Ruvalcaba, A. J. O. (2018). *Estrategia de Prefención en Trastornos Alimentarios Basada en Alimentación con Atención Plena y Autocompasión*.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 374–386. <https://doi.org/10.1002/jclp>
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? where did it come from? *Clinical Handbook of Mindfulness*, 17–35. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2
- Sierra, J. C. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e*

- Subjetividade*, 3(1), 10–59. <https://doi.org/10.5020/23590777.3.1.10>
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., Pahua Díaz, D., Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., & Pahua Díaz, D. (2016). Epidemiological overview of Mexico's leading causes of morbidity and mortality. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(6), 8–22. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600008
- Taylor, M. B., Daiss, S., & Krietsch, K. (2015). *Associations Among Self-Compassion, Mindful Eating*. 1(3), 229–238.
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181–183. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144>
- Toro Tobar, R. A., Barrera, S. M., Ramos Rodríguez, B. R., & Velásquez Gordillo, A. I. (2019). Sensitividad Ansiosa y Afecto Negativo: Modelo transdiagnóstico para síntomas ansiosos y depresivos. *Revista de Psicología*, 37(2), 583–602. <https://doi.org/10.18800/psico.201902.009>
- Van Den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., & Covert, M. (2002). The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 1007–1020. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00499-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00499-3)
- Wansink, B., & Sobal, J. (2007). Mindless eating: The 200 daily food decisions we overlook. *Environment and Behavior*, 39(1), 106–123. <https://doi.org/10.1177/0013916506295573>
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness

and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272–283.

<https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>

Webb, J. B., Rogers, C. B., Etzel, L., & Padro, M. P. (2018). “Mom, quit fat talking—I’m trying to eat (mindfully) here!”: Evaluating a sociocultural model of family fat talk, positive body image, and mindful eating in college women. *Appetite*, 126(April), 169–175.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.003>

Bibliografia

Anexos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MÉDICA Y PSICOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO
DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA



I. La justificación y los objetivos de la investigación: Usted ha sido seleccionado para una investigación de la Maestría en Psicología de la Salud de la UABC, en la Facultad de Medicina y Psicología. Para tal motivo estamos incluyendo estudiantes universitarios en el área de salud, específicamente Medicina, Psicología y Nutrición. El objetivo de esta investigación es conocer el índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC), afecto negativo y el nivel de alimentación sin atención plena, para identificar si existe relación entre estos términos.

II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito: Se hará lectura del consentimiento informado de forma grupal, a continuación, se solicitará contestar los instrumentos designados, uno sobre alimentación sin atención plena y otro sobre el afecto negativo. Estas pruebas serán por escrito, auto aplicables, entre las cuales se tomarán 5 minutos de receso para poder descansar entre un instrumento y otro. Posteriormente se tomarán medidas de cintura, altura y peso corporal en una báscula específica para este fin, en un lugar privado acondicionado y designado específicamente para este fin y con un testigo en todo momento.

III. Las molestias o los riesgos esperados: Usted no pasará ningún riesgo asociados con el estudio, sin embargo, puede pasar por una ligera incomodidad al momento de las mediciones antropométricas básicas (de peso y talla). Esta medición se hará en un cubículo destinado específicamente para este fin, directamente por la investigadora, en todo momento de forma privada y confidencial.

IV. Los beneficios que puedan observarse: Usted recibirá un folleto sobre información referente a Alimentación Consciente. Los participantes no recibirán un beneficio económico.

V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto: En caso de que exista interés por conocer más sobre el tema, se le referirá con un especialista en el tema para aclarar en una sesión de 30 minutos en línea, cualquier duda o información que desee conocer, sin costo alguno.

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento: En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo a las investigadoras responsables. Para lo cual puede comunicarse con Carolina Pérez Ayala, Maestría en Psicología de la Salud. Correo electrónico: cperez4@uabc.edu.mx.

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento: Su participación es totalmente voluntaria, puede negarse a participar, suspender su participación y no firmar el consentimiento.

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad: La información que se obtenga será anónima y confidencial, se utilizará únicamente para propósitos de análisis científico y su nombre no aparecerá en ningún momento.

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando: Si usted decide participar, es importante que sepa que en cualquier momento de la investigación puede retirarse informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación: No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar este consentimiento informado.

Nombre y firma del participante _____

Nombre y firma de asistente de investigación _____

Testigo: _____ Fecha: _____

El documento del consentimiento informado se redactó con base en los lineamientos para realizar investigación propuestos en la Ley General de Salud, Capítulo I De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Referencia actualizada en el siguiente link: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/tlgsmis.html>

17-08-20 / 17-08-22



Escalas de Afectividad Positiva y Negativa, versión corta en castellano.

PANAS

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se ha sentido durante **LA ÚLTIMA SEMANA**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en **LA ÚLTIMA SEMANA** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registra su respuesta con el número 5: Triste 5

Irritable	_____	Motivado	_____
Alerta	_____	Molesto (a disgusto)	_____
Avergonzado	_____	Emocionado	_____
Inspirado	_____	De malas	_____
Nervioso	_____	Firme	_____
Decidido	_____	Culpable	_____
Estar atento	_____	Temeroso	_____
Inquieto	_____	Agresivo	_____
Activo	_____	Entusiasmado	_____
Inseguro	_____	Estar orgulloso	_____

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se siente **GENERALMENTE**, esto es, cómo se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en **GENERAL O REGULARMENTE** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registra su respuesta con el número 5: Triste 5

Irritable	_____	Motivado	_____
Alerta	_____	Molesto (a disgusto)	_____
Avergonzado	_____	Emocionado	_____
Inspirado	_____	De malas	_____
Nervioso	_____	Firme	_____
Decidido	_____	Culpable	_____
Estar atento	_____	Temeroso	_____
Inquieto	_____	Agresivo	_____
Activo	_____	Entusiasmado	_____
Inseguro	_____	Estar orgulloso	_____

Escala de Alimentación sin Atención Plena

Instrucciones: Lee con atención las siguientes afirmaciones y elige marcando con una **X** la opción que más se asemeje con lo que acostumbras hacer.

Recuerda ¡**No existen respuestas correctas o incorrectas!**

Ejemplo: Como fuera de casa. Si lo haces **a veces**, elije la segunda opción

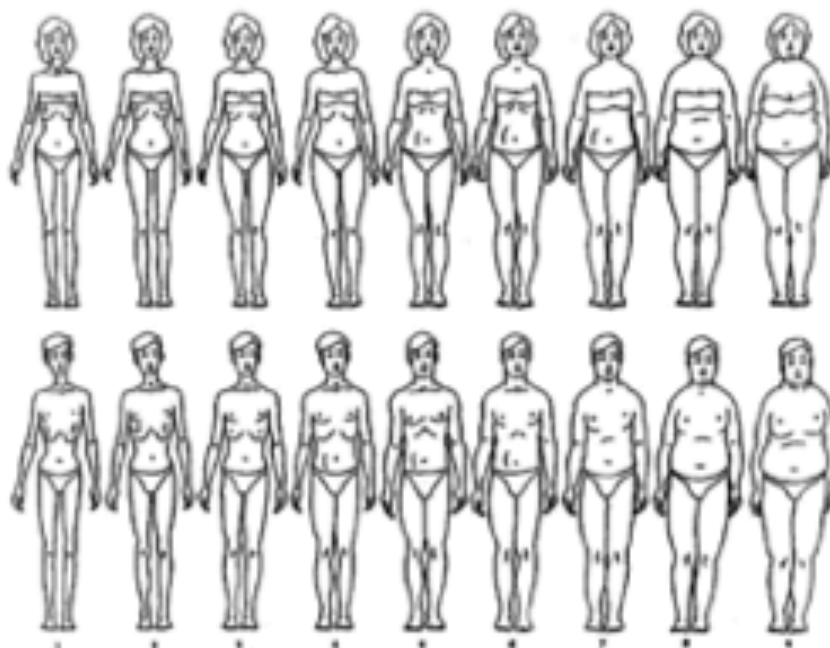
Nunca	A veces X	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
-------	---------------------	----------------	-----------------------	---------

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
1 Me critico por comer ciertos alimentos, por ejemplo: comida chatarra, golosinas y otros					
2 Cuando como alimentos con mucha grasa o azúcar, pienso que voy a engordar					
3 Me critico cuando como de más					
4 Pienso que debería comer menos					
5 Cuando estoy comiendo, me detengo por miedo a engordar					
6 Cuando estoy comiendo, me es difícil dejar de preocuparme por mi peso					
7 Cuando estoy contento (a), como aunque NO tenga hambre					
8 Cuando me siento aburrido (a), como para distraerme					
9 Cuando siento emociones como tristeza o enojo, como para sentirme mejor					

Escala para la Medición de Imagen Corporal

Observa la siguiente figura e indica con una X la silueta que corresponda a tu respuesta.

¿Con cuál silueta te identificas?



___ Silueta 1

___ Silueta 2

___ Silueta 3

___ Silueta 4

___ Silueta 5

___ Silueta 6

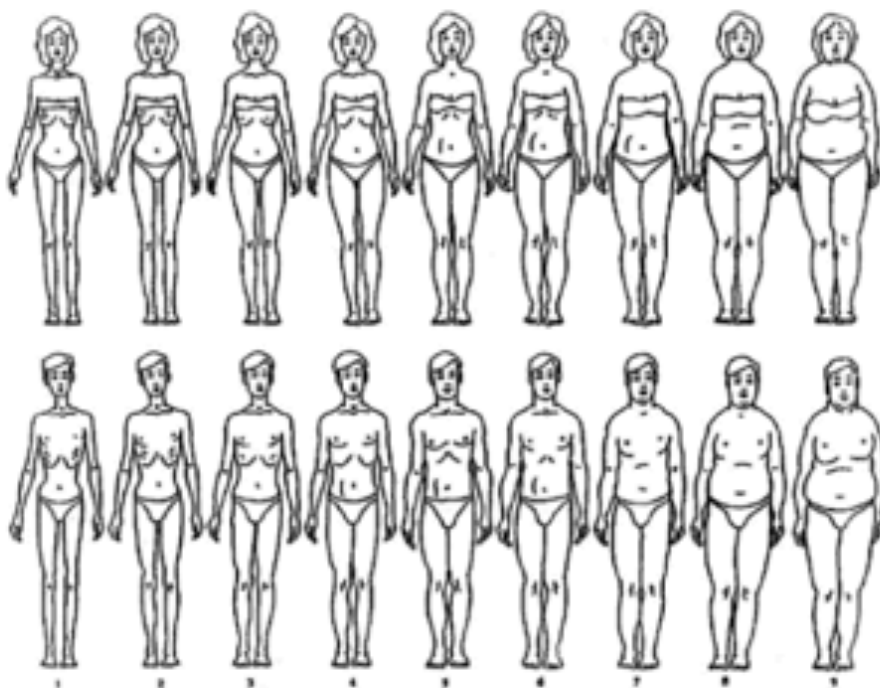
___ Silueta 7

___ Silueta 8

___ Silueta 9

Observa la siguiente figura e indica con una X la silueta que corresponda a tu respuesta.

¿Cuál silueta te gustaría tener?



___ Silueta 1

___ Silueta 2

___ Silueta 3

___ Silueta 4

___ Silueta 5

___ Silueta 6

___ Silueta 7

___ Silueta 8

___ Silueta 9