

UNIVERSIDAD CATOLICA SAN PABLO

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y HUMANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ALEXITIMIA EN ESTUDIANTES CON SOBREPESO U OBESIDAD DE UNA UNIVERSIDAD PARTICULAR DE AREQUIPA”

Tesis presentada por las bachilleres:

**CAMILA ELSA CLAUDIA ZEVALLOS
VILLANUEVA**

MARÍA VERÓNICA VELASCO BENAVIDES

Para optar el Título Profesional de **LICENCIADAS
EN PSICOLOGÍA**

Asesora: Dra. Jessica Lizbeth Lewis Paredes

AREQUIPA – PERÚ, 2019

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a todas las personas que nos ayudaron y vieron crecer como profesionales y personas, especialmente a nuestras familias, profesores y amigos que siempre estuvieron allí para alentarnos y recordarnos, que sí era posible lograr lo que nos proponíamos.

También a todas aquellas personas a quienes con sus sufrimientos y dolencias nos inspiraron para seguir adelante, siendo útiles a la sociedad y dando lo mejor de nosotras mismas en bien de quienes lo necesitan.

Agradecimientos

En primer lugar, queremos agradecer a Dios por darnos el maravilloso don de la vida, así como por cada detalle que a permitido en nuestras historias para nuestro bien y el bien de quienes nos rodean, así como por habernos permitido llegar hasta este momento tan ansiado y por todo lo que esto significa para cada una de nosotras.

Agradecemos también la paciencia, ayuda, esfuerzo y amor de nuestras familias, profesores y amigos, quienes siempre nos motivaron y con sus palabras sinceras y afectuosas nos instaron a nunca rendirnos a pesar de las dificultades y así lograr este sueño.

Muchas gracias.

Contenido

Resumen	8
Capítulo 1	10
Planteamiento del problema	10
Justificación	10
Pregunta de investigación	13
Objetivos de la investigación	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
Capítulo 2	14
Marco teórico.....	14
Salud mental en universitarios	14
Obesidad	21
Conceptos de Obesidad.....	21
Epidemiología.....	22
Causas.....	24
Aspectos Psicopatológicos.....	26
Aspectos Psicológicos del Sobrepeso y Obesidad	29
Alexitimia	39
Concepto.....	39
Desarrollo Histórico.....	40
Características.....	41
Factores Causales.....	42
Relación con la Obesidad.....	44
Funcionamiento Familiar.....	46
Cohesión:.....	52
Adaptabilidad:.....	53
Comunicación:.....	54
Funcionamiento familiar y la relación con alexitimia, sobrepeso u obesidad	55
Hipótesis	65
Capítulo 3	66

Metodología.....	66
Diseño de Investigación.....	66
Participantes	66
Instrumentos.....	68
Procedimiento	70
Análisis de Datos.....	71
Capítulo 4	72
Resultados.....	72
Capítulo 5	77
Discusión	77
Conclusiones:	81
Referencias	83
Anexos.....	96
Escala de alexitimia de Toronto.....	97
Fases III	99
Consentimiento para participar en una investigación.....	101
Acta de consentimiento informado.....	103

Índice de tablas

Tabla 1.....	27
Tabla 2.....	66
Tabla 3.....	67
Tabla 4.....	67
Tabla 5.....	72
Tabla 6.....	72
Tabla 7.....	73
Tabla 8.....	73
Tabla 9.....	74
Tabla 10.....	74
Tabla 11.....	75
Tabla 12.....	75
Tabla 13.....	76

Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Características de la alexitimia.....	40
--------------------------------------------------------	----

Resumen

La alexitimia es una alteración cognitiva afectiva definida por la incapacidad para identificar y expresar las emociones propias y ajenas, la que ha sido relacionada con variados problemas psicosomáticos, dentro de ellos la obesidad y parece tener sus orígenes en interacciones familiares disfuncionales. La presente investigación de diseño transversal, descriptivo – correlacional tiene por objetivo determinar la relación entre el funcionamiento familiar, alexitimia y sobrepeso-obesidad en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. Los instrumentos que se utilizaron son el Test de Alexitimia de Toronto (TAS-20), la Escala de Funcionamiento Familiar (Faces III) y la fórmula para Índice de Masa Corporal (IMC). Los hallazgos permitieron concluir que existe una correlación significativa entre las variables de funcionamiento familiar y alexitimia, ya que los alumnos con familias más funcionales presentaban bajos niveles de esta. Sin embargo, se encontró que no hay una correlación significativa con la variable de sobrepeso u obesidad respecto a las variables de funcionamiento familiar y alexitimia.

Palabras clave: Funcionamiento Familiar, Alexitimia, Sobre peso y Obesidad.

Abstract

Alexithymia is an affective cognitive alteration defined by the inability to identify and express one's own and others' emotions, which has been related to various psychosomatic problems, including obesity and seems to have its origins in dysfunctional family interactions. The present cross-sectional, descriptive - correlational research aims to determine the relationship between family functioning, alexithymia and overweight-obesity in students of a private University of

Arequipa. The instruments used are the Toronto Alexithymia Test (TAS-20), the Family Adaptation and Cohesion Scales (FACES III) and the Body Mass Index (BMI) formula. The findings allowed us to conclude that there is a significant correlation between the variables of family functioning and alexithymia, since students with more functional families had low levels of this. However, it was found that there is no significant correlation with the variable of overweight or obesity regarding the variables of family functioning and alexithymia.

Key words: Family Functioning, Alexithymia, Overweight and Obesity.

Capítulo 1

Planteamiento del problema

Justificación

El presente trabajo constituye un esfuerzo para determinar si existe relación entre el funcionamiento familiar, alexitimia y el sobrepeso u obesidad, por lo que es de gran importancia para esto estudiar a la familia y las relaciones que se dan entre sus miembros debido a que esta interacción es muy compleja y puede generar conflictos al interior de ésta (Rojas & García, 2016). Así también, es necesario identificar aquellas características que las hacen más fuertes y por lo tanto capaces de formar personas con mayores recursos para afrontar las dificultades que presenta el mundo actual, ya que se ha encontrado que la disfunción familiar producto de diversas situaciones predispone a la aparición de síntomas que si no se atienden y tratan oportunamente pueden derivar en un trastorno más complejo que a su vez alimenta la disfunción familiar (Herrera, 1997).

Dentro de estas patologías, Nemiah y Sifneos (1979) mencionan que la alexitimia es un trastorno que se caracteriza por la incapacidad para identificar, describir y expresar tanto las emociones como los sentimientos, influyendo esto considerablemente en la vida cognitiva y afectiva de la persona. Sin embargo, en algunas culturas esta característica es una condición propia, ya que las personas tienden a no ser expresivas ni a manifestar lo que sienten, pero esto, como parte de su idiosincrasia (Rojas & García, 2016) por lo que, cuando la encontramos fuera de este contexto, nos enfrentamos con un trastorno que se ha relacionado con el funcionamiento familiar disfuncional debido a que los conflictos que surgen al interior de la familia, generan estilos patológicos de interacción entre sus miembros, provocando alteraciones en los patrones de

respuesta normal a los problemas, apareciendo comportamientos poco efectivos y hasta nocivos que a su vez influyen en toda la dinámica familiar, aumentando el nivel de disfuncionalidad (Herrera, 1997).

Así mismo, la alexitimia se puede dar como consecuencia del funcionamiento familiar alterado, encontrándose que está presente en distintos tipos de desórdenes como es el caso de depresión, trastornos por uso de sustancias, ansiedad y el control de impulsos (Taylor, Bagby & Parker, citados por Rojas & García, 2016). Existen también antecedentes que relacionan la alexitimia con trastornos psicósomáticos y patología no psicósomáticas como adicción a drogas y estrés postraumático (Pardinielli, citado por Rojas & García, 2016), así como con trastornos de la conducta alimentaria (Cruz, Echeburúa, Etxebarria & Pascual, citados por Rojas & García, 2016). Por otro lado, no se ha podido establecer todavía, si es que la alexitimia se presenta como un trastorno anterior al sobrepeso y la obesidad o por el contrario, es producto de esta condición.

Además, como se verá más adelante, el aumento del sobrepeso y la obesidad en la población mundial es alarmante (Bersh, 2006). Producto especialmente de los malos hábitos en la ingesta de los alimentos y la vida tan acelerada que lleva al consumo de comida rápida con un alto contenido calórico (Bersh, 2006), lo que se ve agravado por las crisis familiares, ya que cuando esto ocurre, la familia no es capaz de dar el soporte necesario a sus miembros y protegerlos, favoreciendo la aparición de distintos trastornos dependiendo de la vulnerabilidad de los individuos, entre otros aspectos (Alasino, 2011).

La relación entre el funcionamiento familiar, alexitimia y el sobrepeso u obesidad, resulta de gran importancia, debido a que las relaciones disfuncionales al interior de la familia podrían dar lugar al desarrollo de trastornos como la alexitimia, lo que provocaría alteraciones en la

conducta alimentaria (Espina, Ortego, Ochoa de Alda & Alemán, citados por Rojas & García, 2016). De ser así, es posible disminuir en gran medida los casos relacionados con la ingesta inadecuada de alimentos, haciendo un abordaje temprano a parejas jóvenes, incentivándolas a manejar mejor su relación, buscando solucionar los problemas oportunamente y desterrando mitos relacionados con el temor o vergüenza a buscar ayuda, contribuyendo a que los hijos crezcan en un ambiente más saludable.

Por todo esto, conocer y encontrar la relación que se da entre las distintas variables antes mencionadas es fundamental, ya que permite ahondar no solo en las causas, sino también en todos aquellos factores que confluyen en la génesis de estas patologías, y así poder trabajar en la prevención a través del abordaje temprano en las familias, por lo que resulta más fácil recibir un tratamiento o terapia que ayude a resolver los conflictos que se dan al interior de la familia y por lo tanto a la recuperación de sus miembros (Behar, 2010), previniendo de esta forma la aparición de nuevos problemas. También, es posible trabajar en la detección oportuna y manejo de estas enfermedades con el fin de mejorar su pronóstico y lograr que los pacientes puedan ser más funcionales y tengan mejor calidad de vida (Behar, 2010).

Este trabajo busca exponer las repercusiones del estado de salud mental sobre aspectos de la salud física, demostrando la integridad biopsicoespiritual de la naturaleza humana (De Lubac, 1979, citado por Tuppia Jaramillo, 2010). Así mismo, pretende poner en evidencia la relevancia de la familia en el desarrollo de factores de protección o riesgo en el psiquismo (Herrera, 1997). Estas características si bien han sido estudiadas en el ámbito de la medicina psicosomática (Rojas & García, 2016), han sido muy poco exploradas en nuestro medio, lo cual agrega valor inédito a nuestra investigación. El alcance de los resultados tendrá impacto en la necesidad de impulsar

desde la universidad, estilos de vida más saludables que procuren mayor bienestar a los estudiantes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe relación entre el funcionamiento familiar, alexitimia y sobrepeso u obesidad?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

- **Objetivo General:**

Determinar la relación entre funcionamiento familiar, alexitimia y sobrepeso/obesidad en estudiantes de una universidad privada de Arequipa.

- **Objetivos Específicos:**

- Describir el funcionamiento familiar en aspectos de cohesión y adaptabilidad en los estudiantes de una universidad privada de Arequipa.
- Definir la presencia de alexitimia en los estudiantes de una universidad privada de Arequipa.
- Hallar los niveles de sobrepeso y obesidad en los estudiantes de una universidad privada de Arequipa.

Capítulo 2

Marco teórico

Salud mental en universitarios

El ser humano es una unidad biopsicoespiritual (De Lubac, 1979, citado por Tuppia Jaramillo, 2010), es decir, constituida por cuerpo, mente y espíritu, por lo que el mal estado de cualquiera de estas dimensiones constituye un mal para las demás, y como tal, es imperativo pensar en las tres como una unidad. Sin embargo, el foco de atención es el cuidado de la salud mental. Una reciente investigación (Chau & Vilela, 2017), en las ciudades de Lima y Huánuco, considera cada vez más frecuente que los jóvenes tengan problemas emocionales debido al estrés permanente que desarrollan debido a estresores académicos, sociales y financieros, que como se sabe, facilitan el desarrollo de malestares a nivel físico y emocional.

Chau y Vilela (2017), mencionan que la vida universitaria puede no ser muy tranquila debido a la gran cantidad de responsabilidades que los alumnos adquieren en la educación superior, la cual es cada vez más competitiva, el tiempo pasa más rápido y pareciera que no hay tiempo para descansar. Sin embargo, a pesar de que esto no es del todo cierto, los jóvenes universitarios sienten la presión y la exigencia que una carrera universitaria conlleva, siendo el mundo académico un contexto caracterizado por presentar un conjunto de demandas que generan estrés y distintos malestares (Chau & Vilela, 2017).

Estos jóvenes están en una etapa de la vida donde su funcionamiento físico y mental debería ser óptimo, pero es cada vez más frecuente, que se sientan estresados, deprimidos, ansiosos, cansados y aburridos, esperando terminar con la carrera lo más rápido posible, sin ningún atisbo

de disfrute de su parte, dejando claro que los trastornos mentales no discriminan edad, sexo, raza o religión (Becerra & Pachamora, 2015). Por todo esto en un mundo con tantas exigencias es importante contar con una buena salud física, pero sobre todo mental. De esta forma es de vital importancia comenzar abarcando la definición de salud mental, seguidamente ir profundizando en el estado de la salud mental de los jóvenes, además puntualizar de manera detallada cuáles son las señales de falta de salud mental en los jóvenes, señalar resultados de diferentes estudios fuera y dentro del Perú, y comentar los resultados más significativos.

Para empaparse del tema, es necesario definir lo que significa la salud mental. La Organización Mundial de la Salud (citada por Velázquez, 2007) la define como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (p. 26).

Según la OMS (s.f.), si se analiza la definición anterior se puede encontrar tres ideas centrales, para comenzar, “la salud mental es una parte fundamental de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad y, por último, la salud mental se relaciona con la salud física y de esta forma, también con la conducta” (p. 14).

Por otra parte, una investigación, realizada por Velázquez en el 2007, considera que a lo largo del tiempo el concepto de salud mental ha evolucionado de manera progresiva tomando un significado diferente, poniendo más énfasis a la relación entre enfermedad mental y violación de los derechos del ser humano, desempleo, exclusión social e incluso pobreza; de esta forma, para

Velázquez (2007), la salud mental no tiene relación alguna con la ausencia de enfermedad, sino más bien es un estado de confort y tranquilidad que suma al crecimiento personal y al despliegue de las potencialidades propias del ser humano en cualquier ámbito de su vida. Por otro lado, Morales, (citado por Pérez, Ponce, Hernández & Márquez, 2010) acerca de la salud mental manifiesta que:

Un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales (siempre que no excedan los límites normales) y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad (p. 32).

Como puede observarse el concepto de salud mental va variando dependiendo fundamentalmente del sistema social y cultural de cada individuo (Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental, 2008). Cuando se habla de temas relacionados a la mente del ser humano, es muy difícil determinar la causa de los desequilibrios y trastornos, razón por la cual su atención y tratamiento debe ser integral, esto se debe a que nunca es una sola causa, siempre es multicausal ya que para que una persona desarrolle problemas psicológicos o psiquiátricos la causa suele ser desde el ambiente, la cultura, la familia, hasta los distintos rasgos de personalidad de la persona y su capacidad de afrontamiento y adaptación a la adversidad (Tobón, 2005).

La salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad, como subraya la OMS, sino que involucra también el bienestar subjetivo, autonomía, competencia y conciencia de la habilidad de desarrollarse intelectualmente, emocionalmente, socialmente, etc. (OMS, 2004). Según Villiant (2003), la salud mental va mucho más allá que la mera ausencia de enfermedad, es tan importante que es una obligación definirla y no pasarla por alto. Según World Psychiatry (2015), usualmente

las personas con una buena salud mental pueden sentir de manera frecuente tristeza, malestar, enojo, e incluso infelicidad, y todas estas emociones son parte de la vida del ser humano, por lo cual, no significa que la persona no esté mentalmente sana. Sin salud mental no hay salud en lo absoluto ya que repercute en el ámbito social, familiar, amical, conductual, etc.

La salud mental siempre será un concepto complicado de definir debido a que hace referencia a un estado de bienestar psicológico, a pesar de eso, es difícil llegar a un consenso que nos especifique a que se refiere ese equilibrio por la gran cantidad de connotaciones poco específicas y más que nada porque la experiencia de bienestar y salud son subjetivas e intrínsecas del sujeto (Cabanyes & Monge, 2010). Se puede concluir, en cuanto a la a definición de salud mental, que una persona es sana mentalmente siempre y cuando tenga la capacidad de desarrollar sus habilidades y potencialidades sin problemas, pudiendo cumplir metas y objetivos, no dejando que los problemas definan sus relaciones interpersonales ni tampoco el desarrollo de su vida cotidiana, todo se interrelaciona y si un ámbito de la vida está mal, los demás probablemente se pueden ver afectados. La salud mental es un tema que debe ser de interés para todas las personas y no únicamente para aquellas que son diagnosticadas con un trastorno mental (Cabanyes & Monge, 2010).

Cuando una persona, es este caso un estudiante, cuenta con una salud mental adecuada es capaz de desarrollarse plenamente en su entorno académico, adaptándose y desplegando sus potencialidades convirtiéndolas en actos, cumpliendo metas y relacionándose de manera eficiente con las personas que le rodean. De acuerdo a Pérez et. Al., (2010), los malos hábitos alimenticios, los horarios desordenados, las pocas horas de sueño, la falta de ejercicio, el poco consumo de agua, etc., pueden traer como consecuencia estrés psicológico, ansiedad, depresión, fracaso académico, etc. Los hábitos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias,

conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud a nivel físico y psicológicos (Sánchez-Ojeda & De Luna Bertos, 2015).

Sin embargo, según Pérez et al., (2010), existen factores protectores como el ambiente y las características personales que ayudarán a que la persona desarrolle estrategias de afrontamiento o al contrario desarrolle sentimientos de minusvalía y dependencia para desempeñar diferentes actividades. Para Antúnez y Vinet (2013), la mayoría de estudiantes de pregrado se encuentran en la adolescencia tardía, etapa en donde gran parte de los problemas de salud mental se presentan, especialmente los que tienen relación con los problemas del estado de ánimo y trastornos ansiosos, del mismo modo, resalta qué en el caso de los estudiantes de educación superior, son ellos quienes tienen más dificultades:

Particularmente en los universitarios, el riesgo de presentar cuadros psicopatológicos se relaciona con altos grados de exigencia, competitividad y expectativas que acrecientan la incapacidad de regular emociones, trayendo como consecuencias el estrés, factor importante en la vida de estos jóvenes y que tiene un impacto negativo sobre su salud (Antúnez & Vinet, 2013, p. 210).

Micin y Bagladi (2010) consideran que los jóvenes de educación superior se encuentran en una etapa compleja de la vida en donde se les brinda una serie de tareas y presiones que no se les había presentado antes, en donde los rasgos personales y las características del ambiente pueden dar pase libre a conductas de riesgo y así entender más fácilmente una de las posibles causas del surgimiento de problemas psicológicos en los jóvenes estudiantes e incluso, haciendo que estos problemas sean esperables en la mayoría de los casos.

Según Campo-Cabal y Gutiérrez (2001), la mayoría de estudios respecto al tema sostienen que los estudiantes universitarios tienen mayor predisposición a desarrollar rasgos depresivos, teniendo en cuenta principalmente las presiones de escoger una carrera profesional o ser el mejor de la clase.

Por otra parte, uno de los problemas más frecuentes entre los estudiantes universitarios es el estrés. Holland (2016), resalta que los problemas de salud mental entre los estudiantes universitarios están en aumento, la mayor parte de estudiantes que experimentan estrés psicológico no buscan ayuda psicológica ni servicios de consejería. En este mismo punto, y en los anteriores, mucho se ha mencionado al estrés, sin embargo, una de las principales causas para desarrollarlo es la incapacidad de autoconocimiento emocional y autorregulación emocional (Santoya, Garcés & Tezón, 2018), estos procesos comprenden la identificación y diferenciación de las emociones como también comportamientos que van desde las expresiones emocionales hasta la manera en que se procesan e interpretan las experiencias vividas.

Sin embargo, cuando hay una evidente incapacidad de identificar y expresar las emociones, se llama alexitimia (Santoya, Garcés & Tezón, 2018), por lo tanto, puede presentarse alexitimia en estudiantes universitarios, pero no porque sean estudiantes en sí, sino porque según Rojas y García (2016), en un ambiente familiar positivo va a ser más fácil el desarrollo de un mundo emocional más sano que en un ambiente familiar disfuncional donde puede ser más probable desarrollar alexitimia, por lo tanto, es una condición que puede afectar a los jóvenes en su vida como universitarios.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017), en el 2016 solo el 21, 5% cuenta con educación superior universitaria, de acuerdo a las proyecciones realizadas para

el 2017, en el Perú tenemos aproximadamente 8 millones 441 mil jóvenes entre los 15 y 19 años. En otro estudio del INEI, en el 2017, los jóvenes de 17 a 24 años recibieron educación superior en un 37% en la ciudad de Arequipa, ubicándose entre las tasas más altas.

Otra investigación realizada por Chau y Videla (2017), señala que los jóvenes de 15 a 29 años simbolizan el 26,89% de la población total en el Perú. En esta etapa se espera que el desarrollo de los jóvenes sea óptimo, pero a pesar de esto, se ha informado los resultados de una encuesta llevada a cabo por la Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU, citado por Chau & Vilela, 2017), la cual contó con la participación de jóvenes peruanos entre 15 y 29 años, reportando la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, de riesgo de consumo de alcohol, de trastornos alimenticios y psicóticos, resaltando que los síntomas más notorios que estos jóvenes presentaron fueron la inestabilidad en el sueño, tensión, cefaleas, dolores en el cuello y la espalda, tristeza, preocupación por el peso corporal, etc.

En conclusión, los antecedentes demuestran que a pesar del bienestar y fortaleza física que pueden tener los jóvenes, en muchos casos no es suficiente si es que se encuentran tan vulnerables al desarrollo de los problemas y dificultades anteriormente mencionados, además, en vista de que la edad no necesariamente es sinónimo de salud, se debe poner de manifiesto que existen otros factores desencadenantes tales como el tipo de funcionamiento familiar e incluso la vulnerabilidad genética para desarrollar trastornos mentales, principalmente aquellos que pueden afectar el mundo emocional de los jóvenes, como por ejemplo la alexitimia, como se ha mencionado anteriormente.

Obesidad

Conceptos de Obesidad

Hace cuarenta años, alrededor del mundo, el número de personas con bajo peso era mayor que el de personas con sobrepeso u obesidad. La obesidad ha sido un tema que durante mucho tiempo y hasta la actualidad es controversial y preocupante ya que no solo los adultos se ven afectados, sino también niños y adolescentes; en el transcurso de las últimas dos décadas ha ido creciendo y volviéndose más común aumentando las estadísticas a nivel mundial de manera exacerbada (Malo Serrano, Castillo & Pajita, 2017).

La obesidad es un problema de salud que ha aumentado a lo largo de los años y en todo el mundo. No solo es un problema que afecta el tejido adiposo del cuerpo de las personas, sino que ésta acumulación del tejido graso corporal es debido a la ingesta de calorías que superan el gasto de energía. La obesidad es una afección médica crónica que va yendo en aumento cada vez más, volviéndose una de las enfermedades con más prevalencia en el mundo, aumentando cada año el índice de mortandad a un promedio de 3 millones de personas al año (Moreno, 2012).

Según la Sociedad Argentina de Nutrición (s. f.), el estilo de vida actual de la gente fomenta el mayor consumo de alimentos altos en grasa y calorías, aumentando los mecanismos de confort y el sedentarismo debido a la ejecución de actividades como por ejemplo la gran cantidad de horas frente a una computadora viendo series, generalmente en compañía de comida chatarra.

La OMS (citada por Suárez, Sánchez & González, 2017), definió la obesidad como “el acúmulo excesivo de grasa perjudicial para la salud” (p. 226). Además, otra investigación sostuvo que:

En los niños los depósitos grasos tienen lugar principalmente a nivel subcutáneo, mientras que, en los jóvenes y adolescentes, al igual que en los sujetos adultos, también se forman depósitos grasos intra-abdominales, patrón que se asocia con un mayor riesgo de trastornos metabólicos (Aranceta et al., 2005, p. 13).

Por otra parte, Moreno (2012) resalta que en la mayoría de los países algunas enfermedades de tipo crónico se han desarrollado de forma tan inquietante durante los últimos años, y entre esas enfermedades está la obesidad, que esto no puede ser otra cosa que motivo de preocupación debido a las terribles consecuencias físicas, psíquicas y sociales; volviendo a esta enfermedad de tipo multidisciplinar ya que no basta únicamente con ir al médico. Entre más definiciones de obesidad se encuentra, todas concluyen en lo siguiente:

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por una acumulación excesiva de grasa. Cuando la ingesta es superior al gasto energético tiene lugar un desequilibrio que se refleja en un exceso de peso. El ascendente número de nuevos casos ha dado lugar a catalogarla como epidemia (Rodrigo Cano, et. al., 2017, p. 88).

De esta forma se puede concluir que la obesidad es una enfermedad médica crónica referente al aumento del tejido adiposo, a los malos hábitos alimenticios y a la poca o nula energía gastada en proporción a la cantidad de comida poco saludable ingerida.

Epidemiología

El sobrepeso y la obesidad son problemas que van en aumento día a día, de tal forma que, si las estadísticas continúan incrementándose, para el año 2030 más de 40% de la población del planeta tendrá sobrepeso y más de la quinta parte será obesa (Malo-Serrano et. al., 2017). Es por eso que es necesario conocer las estadísticas de estos problemas precisando que:

Desde 1980 la obesidad se ha duplicado alrededor de todo el mundo, llegando en el año 2014 a más de 1 900 millones de adultos mayores de 18 años con sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones con obesidad, lo que implica una prevalencia en adultos mayores de 18 años de 39% de sobrepeso y 13% de obesidad. Con respecto a la población infantil, existen más de 41 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso u obesidad a nivel mundial, lo que ha significado un incremento de cerca de 11 millones en los últimos 15 años (Malo-Serrano et. al., 2017, p. 174).

Epidemiológicamente hablando, Malo-Serrano et al. (2017) comentan que la obesidad es un problema de salud pública que aumenta la morbimortalidad. El medio de comunicación de España, El Diario (2019), comenta que los índices de obesidad en el país han aumentado al punto de ser similares a las estadísticas de obesidad que tiene EEUU.

La obesidad es una contrariedad de enorme dificultad en la vida del paciente. La International Obesity Task Force (citada por Pajuelo-Ramírez, 2017) calculó que 150 millones de niños de 1 a 10 años fueron diagnosticados con sobrepeso u obesidad. La OMS (citada por Pajuelo-Ramírez, 2017), dio a conocer que en los niños menores de 5 años existían 4 millones con la misma adversidad y que se había incrementado del 5% en 1990 al 7% en el 2012. En las Américas, el 6,9% de los escolares presentaba obesidad (Pajuelo-Ramírez, 2017).

De igual forma en el 2017, según Pajuelo-Ramírez, se ha evidenciado que en el Perú la obesidad está presente con prevalencias preocupantes, sin embargo, en una revisión acerca de la obesidad en América Latina referente a menores de 5 años, se observó que en países como Chile hay un 8,2%, México tiene el 10,2%, Argentina el 10,4% y Colombia el 5,2%. En lo que se refiere al grupo escolar de niños entre los 6 a 9 años, Chile tiene 13,1%, México el 17,4, Colombia el

5,2% y Brasil se encontró que las mujeres tienen 11,8 y los varones el 16,6%. En adolescentes, Chile tiene el 6,6%, México el 12,1%, Colombia el 3,4% y Brasil, encontró que las mujeres tienen el 4% y los varones el 5,8%.

De esta forma, se puede concluir que el sobrepeso y la obesidad continúan en aumento lo cual puede confirmarse con cifras inquietantes que van en aumento con el pasar de los años, alrededor de todo el mundo y en el Perú, la situación no es menos preocupante. Entre los adolescentes peruanos se obtuvo un resultado de 1.3% de obesidad, posteriormente se obtuvo un incremento en la prevalencia llegando al 3.2%; en cuanto a los adultos los resultados no son más reconfortantes ya que la Encuesta Nacional de Nutrición del Poblador Peruano (ENNPE) obtuvo un resultado de 14,2%, evidenciando un incremento significativo a lo largo de los años y siendo las mujeres más afectadas que los varones (Pajuelo-Ramírez, 2017).

Causas

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial en su origen, es decir, no tiene una sola causa sino múltiples, generando que la persona exceda su IMC trayéndole problemas a nivel personal, social, familiar y psíquico. Por eso es importante dar a conocer las causas que pueden desencadenar esta enfermedad, principalmente, el desequilibrio energético entre calorías consumidas y calorías gastadas (Moreno, 2012).

Para comenzar, es común observar cómo es que las personas comen más de lo que deberían y no queman casi nada de calorías, causando algo desproporcionado que les lleva a aumentar de peso. El entorno es otro factor muy importante, en casa tener una familia acostumbrada a no comer sano y sin horarios fijos y falta de disciplina es un punto a tomar en cuenta a la hora del tratamiento ya que estos malos hábitos deberán ser cambiados si se quiere que el paciente aprenda a controlarse y tener la voluntad de bajar de peso. Por otra parte, The National Institute of Child Health and

Human Development (s. f.), evidencia que el factor genético tiene un papel protagónico en la enfermedad; los genes pueden ser un punto contribuyente para aumentar de peso, además, también existen problemas de salud que podrían causar sobrepeso u obesidad como el hipotiroidismo. Finalmente, The National Institute of Child Health and Human Development (s. f.), concluye que los problemas emocionales pueden causar que una persona coma más de lo debido, ya sea por ansiedad, enojo, aburrimiento o solo por el intento de llenar un vacío interno con comida para sentirse mejor por un periodo corto.

Sin embargo, a pesar de las causas anteriormente mencionada y conocidas, existe un factor que debe ser la base del tratamiento y es “el equilibrio emocional”. Muchas veces solo se analiza la forma y se deja de lado el fondo, es por eso que analizar el porqué de la conducta en pacientes con obesidad es fundamental. Las personas que se encuentran en un cuadro de sobrepeso u obesidad son personas psicológicamente diferentes que muchas veces comen para aliviar un vacío o aliviar dolor emocional, la comida les distrae y les hace sentir mejor, al menos por un momento. La ansiedad, la depresión y la baja autoestima son consecuencias psicosociales que podrían fomentar el consumo de comida de forma exacerbada, también pueden determinar patrones de comportamiento y modelos de personalidad, que tienen una influencia sobre la ingesta calórica y el gasto de energía y, en consecuencia, sobre la ganancia de peso (Tamayo & Restrepo, 2014).

Efesalud (2017) propone una forma innovadora de evaluar el sobrepeso y la obesidad mediante una herramienta llamada D.I.E.T.A. Esta herramienta evalúa diferentes áreas emocionales. Se analizan cinco dimensiones: D (desorganización); I (impulsividad); E (emocional); T (traumática) y A (adictividad) en diferentes niveles:

Lo normal es que una o dos de las dimensiones sean las que se disparan y generalmente crean el problema que llevan a comer descontroladamente y a engordar de forma insana. La D se refiere a una desorganización del estilo de vida que lleva a ejecutar hábitos poco sanos; la I se refiere a la impulsividad a la hora de comer, a la ausencia de autocontrol; la E es la emoción que tiene dos partes: una relacionada con la ansiedad y otra con la depresión; la T es haber vivido una experiencia traumática; y la A es la adicción a la comida” (Efesalud, 2017, “estilos de vida”).

De esta forma se puede concluir que el sobrepeso y la obesidad tienen una base emocional significativa que debe tomarse en cuenta para obtener un tratamiento integral y multidisciplinario que de buenos resultados y que pueda mantenerse en el tiempo.

Aspectos Psicopatológicos

Los aspectos patológicos en la obesidad son variados. En los niños se presenta la baja autoestima, ansiedad elevada, ánimo depresivo, escasez de habilidades sociales. Mayor impacto sobre la construcción de la personalidad. En los adultos se presenta el recelo, vergüenza, pasividad, sentimientos de incompetencia, sumisión, escasa capacidad para auto motivarse, existiendo una mayor asociación a trastornos mentales. Se presenta una afectividad negativa que se manifiesta de dos formas (Lewis, 2018):

□ Acción: A cargo del impulso (motor): Impulso de Comer. No es para alimentarse, socializar u obtener placer. Es para evadir.

□ Transformación: A cargo de la reflexión. Generación de una nueva realidad emocional. En contacto con otros (búsqueda interpersonal). Consigo mismo, creatividad, reflexión (Autorregulación).

De acuerdo a Semfyc (2005), el índice de masa corporal (IMC) es el resultado de conectar el peso y la talla de una persona, se calcula utilizando la fórmula siguiente: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$. Según el IMC se considera que el peso de una persona es:

Tabla 1

Clasificación del índice de masa corporal

Clasificación	IMC
Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso	25-29,9
Obesidad Tipo I	30-34,5
Obesidad Tipo II	35-39,9
Obesidad Tipo III (mórbida)	>40

(Recuperado de Limitaciones del IMC, s.f.)

También es relevante hacer referencia a las patologías físicas que el sobrepeso y obesidad podrían causar en las personas:

Un IMC mayor de 28 kg/m² se asocia a un aumento del riesgo de padecer enfermedades cerebrovasculares, cardiopatía isquémica o diabetes mellitus, tres o cuatro veces mayor que en la población general. Una distribución central de la grasa corporal definida por el índice de cintura/cadera (ICC) mayor de 0.90 cm para la mujer y 1.0 cm para el hombre se asocia con un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad en relación a la distribución periférica (ICC menor de 0.75 cm y 0.85 cm para la mujer y el hombre respectivamente)

y se considera mejor indicador de riesgo que la cantidad de grasa total. Esta distribución de la grasa corporal es la que se conoce como obesidad abdominal o androide y gluteofemoral o ginoide. En los hombres predomina la primera y en las mujeres la segunda. Los profesionales de la salud deben sensibilizarse con este tema debido a la asociación bien establecida entre el exceso de peso corporal y la aparición de algunas enfermedades como diabetes mellitus no insulino dependiente, cardiopatía isquémica y osteoartritis, además de conocer que la obesidad en la infancia aumenta el riesgo de morbilidad independientemente a que persista o no durante la adultez (Moreno et. al., 2005, p. 58).

Perea et al., (2014) dentro de sus hallazgos, sostienen que la obesidad requiere de un tratamiento amplio, en donde se necesita de:

Dieta/ fármacos/ cirugía bariátrica.

Cambio de estilo de vida.

Ejercicio físico.

Psicoterapia: Terapia Cognitivo Conductual, reestructuración cognitiva y modificación de conducta.

De acuerdo a todo esto, se puede concluir en base a los datos presentados, que la obesidad debe ser tomada con seriedad ya que es una enfermedad que mata, y lo peor de todo ataca con frecuencia a niños. Lo importante es saber prevenirla para que las estadísticas anteriormente mencionadas disminuyan. Además, tomar en cuenta los aspectos patológicos para realizar la intervención de manera adecuada.

Aspectos Psicológicos del Sobrepeso y Obesidad

Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad y el sobrepeso son resultado de una aglomeración exacerbada de tejido adiposo dañino para la salud (OMS, 2018). Se trata de una enfermedad crónica que resulta de un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético dado por el metabolismo y la actividad física, la que se puede calcular a través del Índice de Masa Corporal (IMC) (Bersh, 2006). De igual forma, una circunferencia mayor a 102 centímetros en hombres y de 88 centímetros de cintura en mujeres, resulta un indicador de obesidad, con el consiguiente riesgo de desarrollar diverso tipo de enfermedades tales como diabetes tipo II, hipertensión arterial, enfermedades coronarias y complicaciones en el embarazo, entre otras (Bersh, 2006).

La obesidad simple como entidad clínica, está considerada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad médica, Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) mientras que en el DSM-5 no se encuentra como un trastorno mental, ya que su etiología y desarrollo depende de una serie de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales, los que varían entre los distintos individuos (American Psychiatric Association [APA], 2013). Sin embargo, es importante tener en cuenta los aspectos psicológicos no solo en su etiología, sino también en el curso de cada caso particular de obesidad y sobrepeso, ya que se ha encontrado además en estos pacientes la presencia de ansiedad, depresión, consumo de alcohol y/o trastornos de alimentación, los que afectan y agravan su estado físico (APA, 2000).

Por otro lado, la elevada tasa de obesidad alrededor del mundo es inquietante ya que las cifras son cada vez más altas representando una evidente amenaza a la salud y bienestar de las personas (OMS, 2018). Sin embargo, la raíz de la preocupación general por la obesidad es

principalmente estética, ya que puede encontrarse obesos metabólicamente sanos (Samocha-Bonet, Chisholm, Tonks, Campbell, & Greenfield, citados por Tamayo & Restrepo, 2014), pero a pesar de eso, no se debe perder de vista la interrelación existente entre el sobrepeso/obesidad y el desarrollo de trastornos mentales (Tamayo & Restrepo, 2014). Además, los rasgos de personalidad son fundamentales para saber si el sobrepeso/obesidad es un precursor comportamental o un factor cognitivo que mantiene el comportamiento dañino (Tamayo & Restrepo, 2014).

Sin embargo, a pesar que resulta fácil identificar tanto el sobrepeso como la obesidad, resulta más complicado definirla con relación al aspecto psicológico (Vásquez & López, 2001) debido a que se debe entender que existen diversas formas de definirla por su etiología, las que corresponden a los distintos tipos de teorías tales como la endocrina, genética, energética, celular, neuroquímica y también las psicológicas (Vásquez & López, 2001). Por ello, la importancia de no centrarse únicamente en el aspecto biológico del paciente sino más bien, hay que considerar otros factores como los sociales, culturales y psicológicos que están presentes en esta enfermedad (Vásquez & López, 2001).

Dentro de los factores etiológicos que favorecen el desarrollo de la obesidad, encontramos los siguientes:

La personalidad: “Según un estudio publicado por la Asociación Americana de Psicología, las personas obesas con alto neuroticismo y baja conciencia (personalidad tipo A) tienen alta probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida” (APA, citado por Tamayo & Restrepo, 2014, p. 5). Encontrándose que la impulsividad es el factor predictor más fuerte ya que es importante para mantener un buen peso seguir una dieta balanceada acompañada de

ejercicio físico constante lo que implica compromiso y moderación, algo que resulta complicado para quien no tiene un control adecuado de sus impulsos (Sutin, Ferrucci, Zonderman, & Terracciano, citados por Tamayo & Restrepo, 2014).

El estrés: Cuando el estrés se vuelve crónico, se libera cortisol a través de las glándulas adrenales, que es la hormona que aumenta el apetito, especialmente hacia los alimentos con alto contenido calórico, como son las grasas y los azúcares, lo que reduce la acción del sistema límbico. Sin embargo, comer en exceso no es la única conducta asociada con el estrés; ya que también se puede tener insomnio, se hace menos ejercicio, y se toma más alcohol, todo lo que favorece el aumento de peso (Tamayo & Restrepo, 2014).

La ingesta emocional: En este caso, la persona utiliza la comida para aliviar o suprimir emociones negativas diversas que pueden ser desencadenadas por problemas cotidianos o por situaciones especiales, mientras que algunos otros estudios muestran que un diagnóstico anterior de depresión está asociado al sobrepeso y obesidad, debido a que aumenta la probabilidad de padecerlos (Tamayo & Restrepo, 2014).

Así también vemos, que de acuerdo con las investigaciones realizadas por Seijas y Feuchtman (1997), la obesidad constituye:

Uno de los principales estigmas sociales, disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, con el consiguiente costo psicológico individual (disminución del autoconcepto, autoimagen y autoeficacia, aumento de la ansiedad, afecto disfórico y disminución de la calidad general de las relaciones interpersonales, etcétera) (p. 1).

Además se encontró, que el aspecto psicológico es importante no solo en relación a la comorbilidad que presenta esta enfermedad con otras patologías Bersh (2006), sino también para conocer los aspectos que intervienen en el inicio y mantenimiento de la enfermedad, ya que es sabido que las dietas hipocalóricas y el ejercicio contribuyen a la pérdida de peso cuando se inicia una dieta o tratamiento, pero luego de un tiempo se recupera el peso perdido y hasta más, por lo que es conveniente conocer los factores subyacentes en esta entidad clínica (Tamayo & Restrepo, 2014).

Para Silvestri y Stavile (2005), los factores psicológicos son de suma importancia al hablar de obesidad ya que son los responsables de precipitar y perpetuar la ingesta abundante de comida que excede las necesidades energéticas de una persona, debiendo tenerlos en consideración al momento de hacer el abordaje, ya que de lo contrario el paciente tendrá dificultades para seguir el tratamiento, especialmente cuando se trata de bajar o mantener el peso y así lograr un manejo exitoso del problema.

Tamayo y Restrepo (2014) mencionan que “existen asociaciones sólidas entre la obesidad y una serie de trastornos mentales, entre los que se encuentran el trastorno por atracón, los trastornos depresivos y bipolares, la esquizofrenia y el consumo de algunos medicamentos psicotrópicos” (p. 4), esto debido a que los pacientes con alguna patología psiquiátrica tienen una vida más sedentaria que los que no la padecen, debido a que la medicación que reciben usualmente, puede provocar somnolencia, ansiedad, aumentar el apetito o disminuir el estado de ánimo. En estudios posteriores realizados en el 2017, Castro, Marquina y Gamboa vieron que un factor íntimamente asociado al sobrepeso/obesidad es la depresión, debido a que incrementa la frecuencia de hábitos nocivos y trastornos metabólicos, tales como la obesidad.

Acerca de la obesidad, Bersh (2006) menciona que:

Algunos elementos pueden contribuir al mantenimiento de la obesidad en ciertos pacientes. Algunas personas no logran introyectar en su desarrollo el control sobre la alimentación que inicialmente ejercen los padres, especialmente cuando el sobrepeso aparece en la niñez o cuando hay sobreprotección (p. 4).

También se encontró en este mismo estudio, que la comida puede ser usada como un objeto de transición, ya que se come para aliviar el malestar emocional que siente el individuo, debido a que las personas obesas o con sobrepeso tienden a tener dificultad para reconocer y expresar sus emociones, utilizando la comida como una forma de manejarlas con consecuencias negativas para su salud (Bersh, 2006), “por lo que la comida se convierte en una salida necesaria en familias en las que existe una dificultad para conectarse con el mundo emocional” (Espina, Ortego, Ochoa de Alda & Alemán, citados por Rojas & García, 2016 p. 3).

Por otro lado, Silvestri y Stavile (2005) dicen que no se puede hablar de una personalidad del obeso, sino más bien de rasgos de personalidad compartidos por estas personas, quienes además de tener características tales como la constitución, malos hábitos y un ambiente que favorece una alimentación inadecuada, presentan también, ciertas alteraciones psicológicas que interactúan favoreciendo la aparición o mantenimiento de la obesidad, las que se encuentran relacionadas entre sí y se manifiestan con distinta intensidad en cada uno de los pacientes. Sin embargo (Calzada, Gonzáles, Martínez & Gutiérrez, citados por Korbman, 2010) encontraron que se puede hablar de “algunas características psicológicas que se asocian a las personas obesas, las que son: dependencia, pasividad, baja asertividad, bajo nivel de introspección y baja autoestima” (p. 3).

En esta misma investigación, Silvestri y Stavile también encontraron que las características de personalidad entre los numerosos pacientes obesos que fueron objeto de estudio eran muy distintas entre ellos, ya que había extrovertidos, sociables y productivos, los que colaboraban activamente en las sesiones y tareas que se daba a todos como parte del estudio, pero a la vez, se encontraron personas tímidas y reservadas que contribuyeron también de manera adecuada con lo que se les pidió, no pudiendo determinar la existencia de una personalidad única del obeso (Stunkard & Wadden, citados por Silvestri & Stavile, 2005). Sin embargo, se encontró que “en aquellos individuos donde la “psicogénesis” predomina por encima de los factores constitucionales y biológicos, existiría un trastorno en la personalidad, no determinando esto una “personalidad del obeso”, sino fallas parciales yoicas en distintas personalidades” (Bruch, citado por Silvestri & Stavile, 2005, p. 6).

Para Alvarado, Guzmán y González en el 2005, el tener una baja autoestima representaría un riesgo tanto para la salud como para la felicidad del individuo, ya que se trata de la respuesta psicológica y afectiva de confianza, valoración y respeto por uno mismo, es el sentimiento positivo y de aceptación que en este caso estaría alterado o disminuido. Así también, mencionan que es importante tenerla en cuenta a la hora de establecer pronósticos sobre los trastornos de la conducta alimentaria y su mejoría tendría un impacto favorable en pacientes obesos ya que les permite afrontar de manera más saludable los conflictos, así como la reducción del peso (Beato & Rodríguez, citados por Alvarado et al., 2005), dividiéndosele en baja y buena autoestima.

Para Bersh (2006), la obesidad es una salida para evitar la sexualidad y cuando se teme la separación de los padres, especialmente a quienes esto les resulta amenazante debido a una autoestima deficiente, como lo menciona Rodin (citado por Bersh, 2006), “la obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa de fracaso;

protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional” (p. 4).

Se puede ver entonces, que los factores psicológicos ocupan un lugar relevante tanto en el desarrollo como en el tratamiento de la obesidad, lo que debe ser tenido en cuenta por el profesional de la salud que trata a personas con estos problemas con la finalidad de ayudar, informar y educar a sus pacientes, favoreciendo especialmente espacios para la descarga emocional y expresión de los conflictos. Seijas y Feuchtmann (1997), mencionan al respecto que:

Estos pacientes presentan comúnmente problemas en el área afectiva y cognitiva como baja autoestima y autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo, bajas expectativas de autoeficacia y logro (p. 4).

También se ha visto que la baja autoestima es un factor fundamental para el pronóstico de trastornos de conducta alimentaria, llegando a la conclusión de que el trabajo y mejora en ese punto en concreto, ayudará a que las personas con sobrepeso u obesidad puedan afrontar sus conflictos y problemas de mejor manera, trayendo como resultado la disminución del peso corporal, (Gutiérrez, citado por Bravo, Espinoza, Mancilla & Tello, 2011).

Así también, Bravo et al., (2011) llegaron a obtener resultados importantes en la investigación de los aspectos psicológicos en las personas con obesidad concluyendo que estas personas muestran un interés disminuido ante situaciones que pueden ser emocionantes para otras personas, frecuentemente son pasivas, no suelen tener un pensamiento crítico muy activo, pierden la paciencia con facilidad, se sienten ofendidos en gran medida cuando alguien les critica, suelen

ser más lentos en el trabajo, cuentan con una reserva de energía baja, tienen poca confianza y seguridad en sí mismos, tienden a ser nerviosos y normalmente no participan en actividades grupales.

En otra investigación realizada en el 2010 por Ruíz, Santiago, Bolaños & Jáuregui, se puede evidenciar un grado alto de anhedonia, síntoma característico de la depresión, provocado en gran medida por limitaciones laborales debido al peso, además hace énfasis en cómo pueden llegar a disfrutar algunos aspectos de la vida con la pérdida de masa corporal. Además, el locus de control externo se encuentra presente entre otras de las características de las personas con sobrepeso/obesidad, ya que percibe las situaciones de su entorno como ajenas, es decir, como resultado del azar y la suerte, por lo cual no toma responsabilidad como tampoco cree no tener control sobre sus decisiones.

Así también Ruiz et al., (2010), vuelve a hacer énfasis en la baja autoestima e insatisfacción corporal en personas con sobrepeso u obesidad, explicando que, a mayor masa corporal, menor autoestima, lo que contribuye a evitar situaciones sociales que se presten a la comparación de la figura. También se ha evidenciado síntomas ansiosos en personas con una mayor masa corporal a la normal ya que presentan sentimientos de culpa debido principalmente a la discriminación social, dando paso al sentimiento de inferioridad e inseguridad, desarrollando problemas para afrontar situaciones difíciles y resolverlas. En un 40%, los pacientes con obesidad no se consideran personas felices debido a que no se autoaceptan y carecen de sentido de pertenencia a la sociedad, no sintiéndose integradas a esta (Ruiz et al., 2010).

Se han encontrado también otros aspectos importantes que están relacionados con la esfera psicológica de la persona que la alteran parcial o totalmente, ya que al tratarse de una unidad

biopsicoespiritual, lo que afecta a un área, afecta también a las otras (De Lubac, citado por Tuppia Jaramillo, 2010) y el sobre peso y obesidad en este caso, no son la excepción, por esto la relevancia de profundizar en esta dirección.

En otro estudio mencionado líneas más abajo, se ha podido encontrar aspectos comunes entre las diferentes personalidades de los obesos, donde lo resaltante son las construcciones subjetivas, las que son parecidas a las de los sujetos adictos y pacientes con enfermedades crónicas, relacionándose esto a la personalidad adictiva, así como lo menciona Ravenna (citado por Silvestri & Stavile, 2005) donde el paciente “no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo” (p. 7).

Por lo que la patología de las adicciones según Silvestri y Stavile (2005), está relacionada con cuatro elementos unidos entre sí, que son:

Objeto como droga: La comida en sí no tiene efectos tóxicos inmediatos al ser comida en exceso, aunque deja su función nutritiva y placentera para convertirse en algo tóxico que a la larga produce dependencia y enferma física y psíquicamente.

La persona: El obeso tiene como característica de su personalidad la falta de límites al momento de comer, tampoco los tiene con su cuerpo ni con su conducta, siendo esta demandante e invasora pero también dejándose invadir.

La familia: Cuando la relación entre los miembros de la familia está alterada, se promueve las adicciones desde etapas tempranas.

Factores socioculturales: Hay elementos que contribuyen ejerciendo presión en la conducta social y en el desempeño del individuo que tiene obesidad, generando una dependencia que provoca que acomode su estilo de vida al mantenimiento de la conducta adictiva, la que si perdura en el tiempo continuará con la negación de los efectos negativos, disminuyendo, justificando y engañándose. En este momento el comportamiento ya es automático y guiado por las emociones, a pesar que la comida no es adictiva, sí lo es, la relación de la persona con esta (Silvestri & Stavile, 2005).

Se ha mencionado anteriormente, dentro de este aspecto y entre otras cosas, que las fallas parciales en las estructuras psíquicas del individuo sería lo que hace complejo y único cada caso, por lo que Bruch hace énfasis en:

La dificultad que tiene el obeso para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo –tal vez como penosa herencia de la incapacidad empática materna, reiteradamente sufrida– distinguir hambre de saciedad ni hambre de otras emociones que le embargan cotidianamente. La consecuencia de esto, es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Esta conducta en el adulto, ahora activa, repite su trauma específico temprano: haber sido alimentados cuando manifestaban a sus madres un estado de tensión interna, independientemente de cuál fuese la que los embargaba (Bruch, citada por Silvestri & Stavile, 2005, p. 7).

Entonces, se trata de una condición médica compleja que tiene numerosos elementos de distinta índole en su génesis y que en la mayoría de casos va acompañado también por características psicológicas que a pesar de ser diversas y no necesariamente graves, son compartidas en diferente medida entre aquellos que la padecen Bersh (2006), por lo que todavía

hay mucho que estudiar al respecto y un abordaje multidisciplinario sería la mejor opción para tratar el problema y así poder obtener resultados a largo plazo.

Sin embargo, se puede observar que muchos especialistas tratan de generalizar el curso de las enfermedades, el pronóstico y el resultado del tratamiento en los pacientes, sin considerar que cada individuo es único, por lo que no es posible predecir los resultados sin tener en cuenta un abordaje sistemático que permita seguir un camino conceptual y metodológico, especialmente en lo que se refiere al aspecto psicológico de la obesidad (Vásquez & López, 2001).

Alexitimia

Concepto

La alexitimia es un trastorno que influye en la vida afectiva y cognitiva, presentando deficiencias en la capacidad de identificar, describir y expresar sentimientos. En el 2015, De la Serna refirió que la alexitimia era más frecuente de lo que se creía, que afectaba a las personas y a su entorno inmediato. Las personas con un alto índice de alexitimia usualmente tienen dificultades para expresar sus sentimientos por otras personas, y lo que es más preocupante, a veces no llegan a entender los sentimientos de los demás. En el 2007, Rueda y Pérez García definieron la alexitimia como “una constelación de características afectivo-cognitivas que denotan un déficit en el procesamiento y la regulación de las emociones” (p. 105).

Sánchez García (2010), realizó una investigación que ayudó a profundizar en el mundo de la alexitimia, pero a la vez planteó que la alexitimia es un factor base para las somatizaciones, dando a conocer cómo la incapacidad de expresar emociones hace que estas se expresen a través del cuerpo de manera perjudicial para la salud. De esta forma, define la alexitimia como aquellas características cognitivas que evidencian algún déficit en el campo cognitivo y experimental en

cuanto a las respuestas de la emoción y la regulación interpersonal de la misma. Por lo tanto, según Rojas Ramírez y García Méndez (2016), las personas con alexitimia tienen gran dificultad para diferenciar e identificar sus emociones de manera interna y expresarlas de manera externa.

De esta forma se llega a la conclusión de que la alexitimia tiene tres características fundamentales:

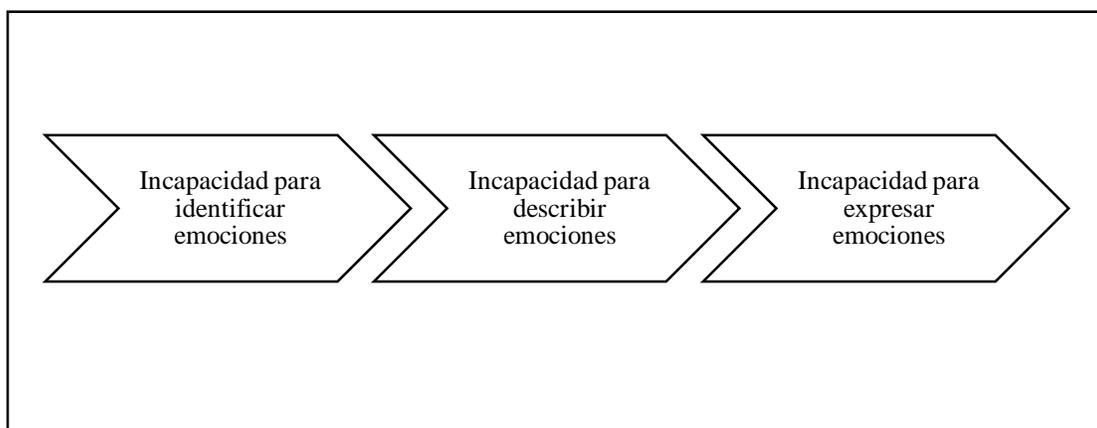


Figura 1. Características de la alexitimia

Desarrollo Histórico

Nemiah y Sifneos (citados por Rojas & García, 2016), fueron quienes introdujeron el término de “alexitimia” en los años 70 llegando a la conclusión de que este trastorno es una marcada incapacidad para expresar de forma verbal o simbólica las emociones.

Según Arancibia y Behar (2015), la palabra “alexitimia” proviene de las voces griegas *a* (sin), *lexis* (palabra) y *thimos* (afecto). Etimológicamente representa la “falta de palabras para las emociones” (p. 25), conceptualización introducida por Sifneos desde el referente psicoanalítico

para explicar el síntoma psicossomático, interpretado como el resultado de emociones no expresadas, manifestadas mediante el lenguaje y el simbolismo somático.

Los fundamentos de la definición de alexitimia se basan en la corriente psicoanalítica, en donde se analizaron a pacientes con enfermedades psicossomáticas con grandes obstáculos internos para expresar los afectos de manera verbal. Esta característica se acompañaba de la dificultad para la expresión de las emociones y tendencia a canalizar las tensiones a través de la vía corporal. (psicopsi, s.f.).

Características

Acerca de la alexitimia, es importante saber que:

En todos se producen emociones, sólo que existe una incomprensión de las mismas por parte de los alexitímicos, es como si escuchasen un idioma que desconocen, por ejemplo, el chino, saben que les quiere decir algo su propio cuerpo, o las emociones de otra persona, pero son incapaces de entender qué es. Son personas que sienten como los demás, en el sentido de que reciben los mismos impactos emocionales a través de la publicidad, los medios sociales, o directamente de persona a persona, pero parecen impermeables, no porque no les afecte, sino porque no llegan a entender lo que se les quiere transmitir, luego el proceso de comunicación se ve interrumpido. A pesar de esta sintomatología, es difícil que la persona acuda a consulta por un problema de alexitimia, debido a que escasamente es consciente de que lo sufre y de sus consecuencias (De la Serna, 2015, p. 24).

Por otra parte, las características de la alexitimia según Otero (citado por Escudero, 2006), son:

La dificultad para identificar, describir y expresar los sentimientos.

Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la actividad emocional.

Proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasías.

Estilo cognitivo orientado al exterior.

Factores Causales

De la Serna (2015), considera que el origen o la causa de la alexitimia puede considerarse como multifactorial debido a que los puntos de arranque serían la herencia genética y el ambiente. En el 2015, se da énfasis al factor ambiente ya que sobresale más en este caso por la baja capacidad para expresar los sentimientos que pueden ser fruto de vivir en una sociedad rígida y conservadora en donde ser expresivo puede no ser bien visto o de venir de una familia en donde la expresión de sentimientos es escasa o nula, principalmente por los roles asignados como, por ejemplo: “los hombres no lloran” (De la Serna). Según de la Serna (2015) “(...) el no saber cómo expresar tus emociones, ya sean estas positivas o negativas, van a asociarse con las adicciones, los trastornos de la alimentación o los trastornos de personalidad psicopáticos” (p. 5). Por tanto, los factores causales son:

El ambiente

Una de las causas de la alexitimia es el entorno sociocultural en el que la persona crece y se desarrolla, además, puede llegar a ser transmitido de manera filogenética. Por ejemplo, un estudio expone lo siguiente:

Del lado oriente del mundo como en China y Japón favorecen la alexitimia frente a la cultura occidental de EE.UU. y Europa; los hombres educados en modelos tradicionales sexistas son más alexitímicos que las mujeres; por otra parte hoy día van surgiendo datos

que permiten inferir que la alexitimia es, cuando menos parcialmente, un valor familiar transmitido, los hijos de padres alexitímicos que sobrevaloran la alexitimia muestran una personalidad más acentuada en este rasgo que los hijos de familias donde el control emocional no se valora tanto (Escudero, 2006, p. 103).

Los genes

De la Serna (2015), comenta que el factor genético también juega un papel fundamental para el desarrollo de la alexitimia, sosteniendo que:

Desde la perspectiva biológica, la determinación de las diferencias, viene “programada” en el A.D.N. en concreto en el par 23, siendo la presencia del cromosoma “Y” determinante y desencadenante de las distintas manifestaciones biológicas y neuronales, propiciando determinados desarrollos diferenciales en hombres y mujeres, que luego van a condicionar sus habilidades y potencialidades. La postura intermedia indica que se está determinado biológicamente para poder desarrollar más fácilmente unas habilidades que otras, pero esto va a depender de “la presión ambiental” es decir, de las necesidades que promueven el esfuerzo y ejercicio y con ello el desarrollo de una u otra función (De la Serna, 2015, p. 31).

Específicamente para el tema de la alexitimia, Sifneos (citado por De la Serna, 2015), quien acuñó este término en el ámbito clínico, señaló que se pueden distinguir entre dos tipos en función en su origen:

La Primaria de orden biológico, por la cual se produce una alteración en las estructuras implicadas en el procesamiento neuronal de las emociones impidiendo así su correcto funcionamiento, debido a factores hereditarios.

La Secundaria que se origina por las condiciones medioambientales y las circunstancias que vive, por ejemplo, causado por una situación traumática.

Relación con la Obesidad

La alexitimia ha sido relacionada de manera estrecha a distintas enfermedades que atacan la salud mental, entre ellas los trastornos psicósomáticos y los trastornos alimenticios, es así como se observa que la incapacidad para expresar emociones podría llevar a consecuencias como estas. Según una investigación realizada por Pedinielli (citado por Rojas & García, 2016), las personas con alexitimia tienen mayores probabilidades de desarrollar adicción a las sustancias psicoactivas o a cuidar en menor medida de su salud mental. Es por esto que, una investigación realizada en el 2007 por Rueda y Pérez, recalca que no es una sorpresa que la alexitimia esté ampliamente relacionada a enfermedades cardiovasculares o incluso la obesidad, otros trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como la bulimia y la anorexia nerviosa se encuentran relacionados con la alexitimia. Sin embargo, en este caso se ampliará más en el punto específico de la relación de la alexitimia y la obesidad.

Carano (2012) menciona que las personas con alexitimia muestran insatisfacción con su apariencia física, como también mayores síntomas de depresión, baja autoestima, dificultad para identificar sentimientos e ideación suicida. Según Merino, Godás y Pombo (2001), aunque inicialmente el concepto de alexitimia surgió ligado a los trastornos psicósomáticos, a medida que aumentaba el número de investigaciones en torno al constructo se observó que las características alexitímicas estaban presentes en una amplia variedad de trastornos, entre los que se incluyen: trastornos de dolor crónico, trastorno por abuso de sustancias, y trastorno de estrés; pero sobre todo se observó una elevada incidencia alexitímica en pacientes con trastorno alimentario. Para

finalizar, Ochoa de Alda (2009), considera que los factores familiares, los factores estresantes y la alexitimia juegan un rol fundamental en el desarrollo de problemas relacionados a la alimentación.

Una tesis realizada por Sánchez García, (2010) da luces a la relación entre una persona y su capacidad para identificar y expresar sus sentimientos, así mismo cuando una persona desarrolla alexitimia puede crear distintos problemas psicosomáticos, depresión e incluso problemas médicos como el sobrepeso u obesidad, y es en este punto en que nos damos cuenta de la gravedad de no poder expresar lo que sucede en nuestro interior, evidenciando que las consecuencias pueden perjudicarnos a nivel cognitivo y físico.

La obesidad es un problema de salud cuyas causas son multifactoriales, pueden ser genéticas, psicológicas, ambientales, etc. Sin embargo, Farmanews (2019) publicó un artículo de nutrición que decía: “Cuando las personas tienen dificultades para gestionar sus emociones, suelen comer de forma excesiva” (Párrafo 1). Por tal motivo la obesidad puede estar relacionada con la alexitimia, las personas con alexitimia no expresan sus sentimientos y los confunden con sensaciones corporales propias de la actividad emocional por lo cual buscan llenar el vacío comiendo; es por eso que un estudio científico ha investigado la relación directa entre el incremento del Índice de Masa Corporal (IMC) y “comer emocionalmente” (Farmanews, 2019). Es de esta manera que la alexitimia se relaciona con la obesidad, sin duda, un punto que no debe ignorarse y debe tomarse en cuenta dentro del tratamiento interdisciplinario que requiere la obesidad, ya que, si una persona no sabe lo que siente a nivel emocional, evidentemente va a tratar de regular esos sentimientos que no puede identificar realizando actividades nocivas como ingiriendo comida de manera exacerbada para tratar de calmarse y sentirse mejor. Otro estudio llevado a cabo por científicos del Departamento de Psicología de la Universidad de Swansea en Gales llegó a la conclusión de que la alexitimia, que deriva en la necesidad de “comer

emocionalmente”, tiene un rol fundamental en el incremento del IMC, estableciendo así una relación entre esas dos variables (Farmanews, 2019).

Funcionamiento Familiar

Un estudio reciente recalcó la importancia de la familia, resaltando que es el primer lugar donde se experimenta las principales prácticas educativas, estilos de socialización, habilidades sociales, estrategias para afrontar problemas, etc. Por lo que el trasfondo de la mayoría de los problemas psicológicos, por no decir de todos ellos, es el núcleo mismo de la vida de la persona, el lugar donde nace, el lugar de donde viene: La familia, llamada también el principal factor del desarrollo humano (Henao & García, 2009).

Teniendo en cuenta esto, se ha visto que a lo largo de los años se han dado diversas definiciones de familia, las que han ido variando de acuerdo con el tiempo, adaptándose a los cambios y a los diversos movimientos históricos que la han afectado. Como menciona Agut (2012), este concepto puede estudiarse desde diversos aspectos, tanto el antropológico, como el sociológico, jurídico y biológico entre otros, los que constituyen distintas formas de ver a la familia, así como la relación entre sus miembros, el lugar que ocupa cada uno en esa interacción y la relación con las otras familias.

En este sentido, el autor mencionado líneas más abajo, concluye que la familia es:

Un proyecto vital de existencia en común que quiere ser duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de dependencia del grupo, ya que existe entre sus miembros un compromiso personal, y en el que se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia (Palacios & Rodrigo, citados por Agut, 2012, p. 37).

Para Garrido, Reyes, Torres y Ortega (citados por Rojas & García, 2016), la familia es el primer y más importante ambiente social donde la persona se desarrolla y aprende a relacionarse con los demás ya que ésta incorpora su propio estilo al momento de interactuar, encontrando en la familia los recursos necesarios para relacionarse con su entorno, de tal forma que es capaz de transmitir los roles, normas y demás que forman parte de su cultura.

Herrera (1997) dice que la familia es un grupo social que debe cumplir algunas funciones básicas como son la económica, la biológica y la educativa que incluye el aspecto cultural y espiritual, por lo que el cumplimiento o no de dichas funciones sirve como indicador para medir el funcionamiento familiar, es decir, si la familia logra satisfacer las necesidades básicas, tanto materiales como espirituales de sus integrantes, sirviendo como un sistema de apoyo.

Sigüenza, en el 2015, menciona que cada familia tiene su propia identidad, la que se expresa a través de los rituales y rutinas que forman parte de la vida en común y que favorecen su resistencia ante los acontecimientos adversos de la vida, aumentando la estabilidad familiar sin impedir su desarrollo, ya que se trata de un intercambio sostenido con el entorno, siendo incluso la familia, capaz de reformar la cultura y de reformular la tradición, logrando así cambiar la sociedad.

En este contexto se puede entender entonces a la familia como un ente fundamental para la sociedad ya que tiene un rol que no lo cumple ninguna otra institución sea del estado o no, debido a que se trata principalmente de la formación y desarrollo de los individuos que ella misma genera (Sigüenza, 2014), lo que va a tener gran repercusión a lo largo del tiempo ya que cuando las personas crecen dentro de una familia sana, sus posibilidades de hacer frente a las dificultades que les presenta la vida son mayores y mejores porque cuentan con los recursos, habilidades y

competencias que aprendieron al interior de ésta, pero cuando la familia no provee a sus integrantes el soporte, ayuda y recursos básicos para su desarrollo tanto afectivo como emocional, sus miembros pueden tener serias carencias a nivel físico, emocional, psicológico y social, lo que puede afectar su desempeño en el futuro, dando lugar a diversos trastornos (Sigüenza, 2015).

Herrera, en el 2017, menciona que desde la perspectiva sistémica, la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas a los que pertenecerían sus miembros, pero a la vez, pertenece a un sistema mayor, que es la sociedad. Por esto la importancia de la calidad de las interacciones familiares, ya que sus miembros están unidos por lazos muy fuertes, de tal modo que lo que modifica o afecta a uno también logra alterar a otro y en consecuencia a la familia entera, como ocurre cuando cualquiera de sus miembros enferma gravemente, viéndose alterada toda la dinámica familiar (Herrera, 2017).

Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los que tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto), lo que es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un culpable, sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad que presenta la familia como sistema (Herrera, 1997, p. 1).

La familia por lo tanto es una unidad y no solo la suma de sus miembros o las características personales de cada uno de ellos, tratándose entonces de un conjunto de interacciones como resultado de esta unidad, donde para Herrera (1997), el funcionamiento familiar ya no sería lineal, sino circular, es decir que lo que era la causa puede pasar a ser el efecto o consecuencia y viceversa debido a que se trata de una interacción recíproca, lo que va a explicar las causas de la disfunción familiar, llegando de esta manera al centro del conflicto. De esta forma cuando se encuentra un

síntoma, este puede ser explicado por la disfunción familiar existente en el sistema y no solo viendo al paciente como el problema, sino como el portador de la dinámica familiar disfuncional (Horwitz, citado por Ortiz, 1999).

Entonces, para que una familia funcione adecuadamente requiere de una mínima organización que le permita cumplir su función protectora y socializadora (Barbagelata & Rodríguez, 1995). Esta estructura da el marco que organiza y estructura las diferentes unidades que componen el sistema familiar, indicando las pautas de interacción entre sus miembros y con los otros sistemas (Minuchin & Fishman, citados por Agut, 2012).

En consecuencia, el funcionamiento familiar es el resultado de diversos procesos que ayudan o facilitan la adaptación de la familia al cambio ante diferentes circunstancias, donde cualquier tensión originada por movimientos internos como un fallecimiento, o externos como el cambio de colegio de los hijos, se ve reflejado en el sistema y en el funcionamiento familiar, siendo necesario un proceso de transformación constante de las interacciones que se dan en el grupo familiar, así como de las reglas de este, a fin de lograr la permanencia de la familia y el crecimiento de sus integrantes, donde la flexibilidad puede garantizar la transformación y el desarrollo en momentos de cambio, y la estabilidad permite conseguir en el ámbito familiar un lugar seguro para que sus miembros encuentren la orientación afectiva y cognitiva necesaria (“Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I)”, (s.f.).

Sin embargo, cuando esto no ocurre como lo menciona Sigüenza (2015), “la familia se ve comprometida en su funcionalidad por conflictos o perturbaciones que no se pudieron superar por sí mismos, lo que podría ocasionar desajustes en los planos: físico, psicológico y social de sus miembros” (p. 12).

Al enfocarnos entonces en la perspectiva sistémica, encontramos que hay algunos términos que son de gran importancia al momento de hablar de familia ya que nos permiten definir algunas de sus características como sistema, los que son:

Conjunto: Esto porque constituye la totalidad y no representa únicamente la suma de sus partes sino más bien algo que se logra mediante la construcción de un sistema de valores y creencias adquiridos por medio de las experiencias compartidas, así como por los rituales y costumbres que pasan de generación en generación y que a través del tiempo dan una identidad al grupo, manteniendo el sentido de pertenencia de sus integrantes (Espinal, Gimeno & Gonzáles, 2006).

Estructurado: La familia tiene una estructura que responde a sus necesidades para poder funcionar, siendo importantes las reglas al momento de la interacción entre sus miembros, así como una jerarquía que regule la relación entre ellos, los familiares y con el exterior, lo que facilitará la pertenencia o exclusión de sus miembros. El conocimiento de las reglas, sean implícitas o explícitas ayudará en la intervención ya que se sabrá cómo es la forma en que la familia resuelve sus conflictos, sean estos individuales o de grupo (Espinal et al., 2006). Además, estas reglas se basan en otras que son de un orden superior, las metarreglas que regulan los aspectos más importantes como la posibilidad del cambio de las reglas y que en algunos sistemas menos flexibles, es difícil reconocer la importancia del cambio de metas, roles o patrones con los que interactúan para superar el problema ya que cualquier cambio es percibido como una amenaza (Watzlawick, Weakland & Fisch, citados por Espinal et al., 2006).

Personas: El enfoque sistémico retoma el papel del individuo dentro de la familia, no solo como resultado de la totalidad sino que hay que reconocer su desempeño como

sujeto capaz de cambiar el sistema, las metas y la interacción dentro de la familia con lo que tiene la posibilidad de generar un cambio a partir del desarrollo de la resiliencia que le permite afrontar y resistir los sucesos difíciles partiendo de modelos no cercanos a su entorno, lo que utiliza para potenciar su desarrollo personal y social logrando superar las dificultades. Sin embargo, es preciso señalar que no todas las personas tienen esta capacidad para producir los cambios que se necesitan al interior de una familia (Espinal et al., 2006).

Propositivo: Otra característica de la familia es que se trata de un sistema evolutivo que está orientado a lograr algunas metas específicas como son la protección y educación de los hijos, además de su incorporación a la sociedad de forma activa, pero también, alcanza a todos los miembros de la familia, especialmente a los más vulnerables (Espinal et al., 2006).

Auto-organizado: Al tener la familia sus propias metas, encuentra los mecanismos para alcanzarlas, convirtiéndose en agente de su propio cambio, gracias al esfuerzo de sus miembros, retroalimentándose a través de la información que tiene sobre la eficacia de sus procesos y las tácticas empleadas para conseguirlas, contribuyendo a que la auto-organización sea más eficaz. Sin embargo, no todas las familias pueden lograrlo, ya que presentan resistencia al cambio, evitando la acomodación del sistema debido a la incorrecta evaluación de los resultados o medios (Espinal et al., 2006).

Interacción: Los integrantes de la familia están en constante relación, influyéndose entre ellos de forma bidireccional, lo que permite que el sistema se mantenga estable ya que todos forman parte de él, estén sanos o enfermos. Por lo que una intervención de tipo sistémico debe de tener en cuenta el sistema familiar y no solo al paciente

portador del síntoma, tratando de corregir las interacciones que se dan al interior de la familia (Espinal et al., 2006).

Abierto: Se considera a la familia un sistema abierto debido a que sus límites son permeables a la influencia de los agentes externos u otros sistemas que la pueden alterar o modificar ya que está en continua interacción con ellos (Musitu et al., citados por Espinal et al., 2006).

Por ello, el modelo Circunflejo de Olson (Costa et al., 2009) aborda 3 dimensiones importantes que son consideradas en diversas teorías con el fin de dar un diagnóstico relacional del sistema familiar, encontrando en las distintas familias áreas saludables y otras problemáticas de acuerdo a estas dimensiones, las que son:

Cohesión: En el 2009, Costa et al., explican que se trata de “los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí. Sus indicadores específicos incluyen: cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación” (p. 45), existiendo dentro de las familias 4 niveles de cohesión: desligadas, separadas, conectadas y aglutinadas, donde los niveles centrales son los más saludables, es decir las separadas y conectadas, mientras que los niveles extremos serían los más problemáticos, por lo que a continuación describiremos las características de cada una:

Familias Desligadas: Para Aguilar (2017) estas familias “se caracterizan por una gran autonomía individual y poca unión familiar, límites generacionales rígidos, mucho tiempo separados física y emocionalmente, priman las decisiones individuales, las actividades y los amigos son individuales y no familiares” (p. 19).

Familias Separadas: La independencia entre los miembros de la familia es moderada, tienen límites intergeneracionales claros, existe equilibrio entre permanecer solos y compartir con la familia, los amigos son tanto individuales como familiares, hay actividades familiares e individuales y se favorece las decisiones individuales (Aguilar, 2017).

Familias Conectadas: Se da una moderada independencia de la familia, los límites generacionales son claros, hay tiempo y espacio tanto para los amigos como para las actividades familiares sin que esto impida que sus miembros tengan amigos y tiempos individuales y las decisiones importantes se toman en familia (Aguilar, 2017).

Familias Aglutinadas: El 2017, Aguilar dice que estas familias “se definen por su alta sobre-identificación familiar que impide el desarrollo individual; los límites generacionales son borrosos; el tiempo, los amigos y las actividades deben compartirse en familia; todas las decisiones son tomadas en familia” (p. 19).

Adaptabilidad: “Viene a ser la calidad y expresión del liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones existentes en la familia. Sus indicadores específicos incluyen: liderazgo, asertividad, control, disciplina, estilos de negociación, relaciones de rol y reglas relacionales” (Costa et al., 2009, p. 45). Hay 4 niveles también dentro de esta dimensión, que son familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas, donde nuevamente los niveles del centro son los más saludables, mientras que los extremos son los problemáticos, características que describiremos a continuación:

Familias Rígidas: Para Aguilar (2017) estas familias “se caracterizan por un liderazgo autoritario y fuerte control parental, los padres imponen las decisiones;

disciplina estricta, rígida y su aplicación es severa; roles rígidos y estereotipados; las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio” (p. 20).

Familias Estructuradas: Existe liderazgo que puede llegar a ser autoritario, pero también es igualitario, el control es estable y democrático, encontrándose que son los padres quienes toman las decisiones, mientras que los roles se pueden compartir, pero a la vez son estables y las reglas se cumplen y casi no cambian (Aguilar, 2017).

Familias Flexibles: Se da un tipo de liderazgo igualitario que acepta cambios, el control es para todos por igual, el cambio se da con facilidad y las decisiones se dan por acuerdo, la disciplina es democrática con resultados inciertos, los roles se comparten e intercambian, cumpliéndose las reglas con flexibilidad, pudiendo cambiar algunas Aguilar (2017).

Familias Caóticas: Aguilar (2017) reconoce a estas familias “por un liderazgo limitado o ineficaz; no existe control; disciplina poco severa, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, falta de claridad en los roles y frecuentes cambios en las reglas” (p. 21).

Comunicación: Para Costa et al., (2009), “esta dimensión es considerada como facilitadora, dado que, en sus niveles saludables, permitiría la movilidad del sistema en las dos dimensiones anteriores” (p. 45). Se trata de la capacidad de escucharse, de hablar, de tener respeto por las opiniones de los demás y de compartir los sentimientos.

El Faces III, (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) o Escalas de Evaluación de Cohesión y Flexibilidad Familiar) que es el instrumento utilizado en esta investigación, evalúa de forma implícita la variable comunicación, siendo subyacente o estructural

a la adaptabilidad y a la cohesión, lo que implica que entre más adaptada y cohesionada sea una familia mejor serán sus procesos comunicacionales y por el contrario, mientras menos adaptada y cohesionada se encuentre, sus estados comunicacionales serán más escasos (Sigüenza, 2015).

Para Lorente & Martínez (citado por Sigüenza, 2015), la comunicación dentro del Modelo Circunflejo de Olson es considerada como un aspecto importante, siendo un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones. Sin embargo, por ser facilitadora no se encuentra graficada en este modelo, debido a que si se cambia el estilo comunicacional de las familias, muy probablemente se podría modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar.

Encontrándose que las familias balanceadas son aquellas que pueden establecer un equilibrio en los niveles de apego y de flexibilidad para el cambio, gracias a su adecuado proceso de comunicación; mientras que las familias de rango medio, son las que serían extremas en alguna de las dimensiones de cohesión o adaptabilidad, pero balanceadas en la otra; y las familias extremas, las cuales tendrían muy altos o muy bajos niveles de apego y de flexibilidad (Ferreira, 2003).

Por lo tanto, estas tres dimensiones permitirán hacer un análisis de la situación en la que se encuentra una familia, así como el grado de vulnerabilidad o protección que tienen sus integrantes ante las distintas dificultades que deben afrontar (Sigüenza, 2015).

Funcionamiento familiar y la relación con alexitimia, sobrepeso u obesidad

Existen diversos estudios que relacionan el tipo de funcionamiento familiar con la alexitimia y además con algún trastorno de la conducta alimentaria, específicamente con el sobrepeso u obesidad que es el tema de la presente investigación, por lo que es conveniente para

este trabajo, revisar la forma en que la familia maneja sus conflictos y la relación de éstos con la génesis de dichos trastornos (Rojas & García, 2016), ya que se ha encontrado evidencia de que las dificultades al interior de la familia pueden generar tal malestar emocional y psicológico en sus miembros, que inconscientemente buscan expresar de alguna forma distinta a la habitual, las emociones negativas guardadas probablemente desde etapas muy tempranas, producto de la disfuncionalidad en la interacción familiar, lo que tendría un correlato fisiológico que se manifiesta de diversas formas, adquiriendo conductas compensatorias que intentan aliviar la tensión interna que vive la persona (Rojas & García, 2016).

Según Rojas y García (2016), “la forma en que se relaciona el funcionamiento familiar con la alexitimia puede ocasionar problemas en la conducta alimentaria, tales como el sobrepeso y la obesidad, que tienen implicaciones en la salud mental y física de los individuos” (p. 4). Así mismo, estos autores sostienen que la influencia de la familia en el ser humano no puede ser ignorada o considerarse irrelevante porque no lo es, lo es prácticamente todo; y la alexitimia así como la obesidad, que es considerada una enfermedad médica, no se libran de la influencia de este grupo humano de personas que comparten la misma sangre (Rojas & García, 2016).

Algunos autores destacan, que la falta de regulación emocional o también alexitimia, no corresponde solamente a un rasgo de personalidad, sino que se trata del resultado de la experiencia individual que el paciente ha incorporado acerca del manejo de las emociones, principalmente cuando se trata de la interacción con personas muy cercanas y en relación a estados negativos y muy fuertes de excitación emocional (Cole-Detke & Kobak, citados por Behar, 2010).

Existen también antecedentes en la década de los años setenta que consideran a la alexitimia como un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos psiquiátricos,

psicosomáticos y patologías no psicossomáticas, lo que se menciona en investigaciones realizadas en adicción a drogas, estrés postraumático así como también en trastornos de la conducta alimentaria (Rojas & García, 2016), pudiéndose confirmar esto en estudios posteriores, ya que vemos que este síntoma está relacionado con la depresión que es una patología psiquiátrica, gracias a que se ha hallado que los puntajes de alexitimia tienden a disminuir cuando ésta mejora. Sin embargo, no se puede decir si la alexitimia es una causa o un síntoma de depresión (Behar, 2010).

Por otro lado, en esta misma investigación, su autora sostiene que “el desarrollo de alexitimia y síntomas depresivos en respuesta a experiencias infantiles de abuso y descuido parece estar fuertemente asociada a la severidad de los TCA” (Mazzeo & Espelage, citados por Behar, 2010, p. 5) lo que corroboraría la idea que hay una fuerte relación entre alexitimia, funcionamiento familiar y en este caso sobrepeso y obesidad.

En otra investigación realizada por Murillo (2017), se encontró que una escasa apertura en la capacidad para comunicar los afectos y reconocer las emociones son síntomas de alexitimia, la que está presente en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, mencionando, además, que la familia es fundamental en el trabajo de identificación, definición y expresión de las emociones y sentimientos.

Vargas, en el 2013, halló que las personas que padecen de algún trastorno de la conducta alimentaria se sienten muy controladas por su familia y la sociedad, no pudiendo responder a esto con asertividad debido a su sumisión, timidez y sentimientos de inutilidad, lo que no les permite reaccionar de forma adecuada, utilizando en cambio una conducta no asertiva como es la agresión u hostilidad que va dirigida hacia ellos mismos y se manifiesta a través de comportamientos poco adaptativos como son sentimientos de culpa y autocrítica (Williams et al., citados por Behar,

2010), que en general empeoran el cuadro, por lo que es importante prestar atención a estos aspectos, al momento de realizar una intervención.

También se encontró pacientes con TCA que manifestaron antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones interpersonales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas (Behar, Manzo & Casanova, citados por Vargas, 2013, p. 3). Este mismo estudio mostró que:

Muchos de estos factores sugieren una posible dificultad para manifestar conductas asertivas o habilidades sociales, tanto para poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, como para expresar juicios discrepantes de manera independiente, y a la propia expresión de sentimientos y opiniones (Vargas, 2013, p. 4)

lo que confirmaría, lo mencionado anteriormente.

Del mismo modo, algunas investigaciones han mostrado que existe relación entre el funcionamiento familiar, la aparición de síntomas somáticos y el desarrollo de enfermedades, especialmente cuando se trata de pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria, encontrándose que la alexitimia era una condición presente en los dos padres, la que está relacionada a la comunicación por medio de la comida ya que ésta resulta ser el escape cuando la familia tiene problemas para conectarse emocionalmente entre sus miembros (Rojas & García, 2016).

En este mismo estudio Rojas y García, en el 2016, encontraron una alta relación entre mujeres obesas que presentaban alexitimia, las que manifestaban tener atracones de comida debido a la complicación para verbalizar los afectos, lo que explicaría la importancia del tipo de funcionamiento familiar en cuanto a los factores de riesgo o protección en la adquisición de algún problema relacionado con la conducta alimentaria, lo que reafirmaría que tanto el ambiente familiar como el social están directamente relacionados con los hábitos alimenticios, esto debido a la relación entre funcionamiento familiar y alexitimia, favoreciendo la aparición de problemas tales como sobrepeso y obesidad.

Todo esto correspondería a los aspectos psicológicos que están presentes de los pacientes que sufren de algún trastorno de la conducta alimentaria, lo que se ve corroborado por otro estudio realizado por Balsa en el 2014, el que refiere que “la relación entre emociones e ingesta alimentaria es bidireccional, ya que tanto los estados de ánimo pueden propiciar una alteración en la conducta alimentaria como la misma ingesta puede modificar las emociones y estados de ánimo” (p. 1). Encontrando que cuando el paciente fracasa en controlar el peso, se generan perturbaciones emocionales tales como depresión, angustia, incapacidad para manejar situaciones conflictivas o estresantes y baja autoestima, las que actúan nuevamente como disparador, reforzando el círculo que perpetúa la actitud y conducta hacia la ingesta, impidiendo que se logre mantener una dieta que ayude a bajar de peso (Balsa, 2014).

Entonces, el deseo incontrolable de tener experiencias que sean gratificantes debido a estados emocionales alterados, conduciría a las personas a enfocarse en la comida, dejando de lado los factores psicológicos y situándolas en un locus de control externo, respuesta que estaría relacionada a un aprendizaje en base a experiencias anteriores, las que fueron aversivas, convirtiéndose de esta forma en un reto casi insuperable para el paciente (Balsa, 2014). Por lo

tanto, este estado mental “que en muchas ocasiones afecta la motivación de lucha en decisiones de salud porque se concluye que no se tiene el poder de cambiar la condición que se padece” es lo que se llama Indefensión Aprendida (Balsa, 2014, p. 3).

Así también, algunas de las investigaciones relacionadas con la familia reportan que los estresores psicosociales en el entorno familiar, como los problemas económicos, la depresión materna, la angustia y el abandono, se han asociado con la obesidad infantil, así como la dispersión, el caos y el aglutinamiento familiar se relacionan con una mayor prevalencia de obesidad en las mujeres (Jaramillo-Sánchez et al., citados por Rojas & García, 2016, p. 2).

En este punto, tenemos que tener en cuenta que de acuerdo a la cultura de cada familia hay una mayor o menor apertura a la expresión, tanto de los sentimientos como de las emociones, y esto depende principalmente de lo que los padres transmiten a sus hijos, ya que se trata de un comportamiento aprendido al interior de ésta (Rojas & García, 2016), pero también es un mecanismo usado para evitar los conflictos como veremos más adelante, especialmente cuando la familia no cuenta con los recursos para manejar los problemas que se presentan dentro de ella. Sin embargo, Rojas & García en el 2016, mencionan que “en ciertas culturas, un tipo de funcionamiento puede ser disfuncional, pero en otras no” (p. 7).

En este mismo estudio, se encontró que había alta correlación entre alexitimia y los atracones de comida en mujeres obesas debido a la dificultad para verbalizar los afectos, siendo la interacción familiar un factor de riesgo, pero también de protección en cuanto al desarrollo de dificultades en la conducta alimentaria, lo que confirmaría que este comportamiento se aprende mediante la experiencia directa de la familia con la comida (Rojas & García, 2016).

Según Alasino, (2011) “la acumulación de problemas en las relaciones interpersonales produce una gran parte de las tensiones y angustias que acosan al obeso y trastornan su fisiología” (p. 37) al igual que todas aquellas experiencias cargadas de emociones intensas, las que son responsables de crear patrones desorganizados que alteran el funcionamiento del organismo, por lo que un síntoma psicósomático, resulta ser la respuesta fisiológica de un estado emocional alterado y “dependiendo del grado de satisfacción de los miembros de la familia con su funcionamiento familiar se tendrá más o menos síntomas psicósomáticos” (Rojas & García, 2016, p. 1).

Diversos estudios señalan que en pacientes que sufren de alexitimia, hay antecedentes de disfunción familiar, especialmente en el tipo de familia aglutinada, pero también se encontró que la alexitimia puede verse fortalecida por una pobre o nula expresión afectiva cálida, que es propia de las familias saludables (Kind & Mallinckrodt, citados por Rojas & García, 2016), identificando que en familias que presentan características patológicas, especialmente emocionales existe la tendencia a que los hijos desarrollen alexitimia y tengan dificultad para reconocer sus sentimientos (Lumley, Mader, Gramzow & Papineau, citados por Rojas & García, 2016).

De igual forma, Alasino (2011) menciona que se cree que el desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en el que los padres compensan las propias frustraciones y desengaños de su vida a través de su devoción hacia el niño, dando lugar a relaciones negativas y cargadas de tensiones en las que el hijo resulta ser el soporte emocional de los padres, teniendo que asumir problemas que no son suyos sino más bien de sus progenitores.

Rojas y García (2016) encontraron que la familia es un factor de gran importancia en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente en la obesidad y el

sobrepeso, ya que, al identificar oportunamente estos problemas de salud, es posible brindar el tratamiento adecuado, dando al paciente el acompañamiento y la seguridad necesarias para su recuperación y rehabilitación. Cabe mencionar también, que tanto el sobrepeso como la obesidad al tener relación con la alexitimia, hace necesario no solo contemplar en el tratamiento el cambio de los malos hábitos alimentarios, sino también, realizar un abordaje psicológico para aprender un correcto manejo de las emociones (Behar, 2010).

También se mencionó que el factor cohesión/reglas es el predictor para que la alexitimia sea tratada no solo como un problema individual del paciente sino más bien como el síntoma que presenta la familia que evita el conflicto y las tensiones emocionales, ya que tienen dificultad para expresar las experiencias emocionales, siendo estas últimas bloqueadas con el fin de evitar los conflictos y dar una falsa imagen de armonía al interior de la familia, por lo que dentro de ésta se pueden generar los recursos emocionales que favorezcan o impidan el desarrollo del sobrepeso y la obesidad (Rojas & García, 2016).

Murillo, en el 2017, encontró que:

Existe una relación entre el funcionamiento familiar reportado por las pacientes y sus síntomas alexitímicos, hallando que una baja cohesión estaría relacionada con la dificultad para identificar y describir sus emociones. Asimismo, se encontró que las pacientes que percibían a sus familias con mayor disfuncionalidad presentaban mayor dificultad para identificar y describir sus emociones. En este marco, se concluyó que la disfuncionalidad familiar percibida por la paciente estaría vinculada con sus síntomas alexitímicos, (p. 2).

En otro estudio, realizado con adultos en México por Rojas y García en el 2016, se halló que aquellas personas que tenían un peso normal, el principal predictor positivo de alexitimia fue

el factor mando/problemas respecto a la manifestación de sentimientos, lo que significa que la falta de claridad en cuanto a las reglas dentro de una familia, además de la incapacidad de manifestar sentimientos son elementos que pueden favorecer el desarrollo de la alexitimia, cuya característica es principalmente esta incapacidad. Por otro lado, el factor cohesión/reglas estaba relacionado de forma negativa con la alexitimia, lo que implica que un menor vínculo entre los miembros de la familia, favorecería el aumento de la conducta alexitímica.

Sin embargo, en el caso de los pacientes con sobrepeso y obesidad, ambos grupos tienen como primer factor cohesión/reglas y hostilidad/evitación del conflicto como el segundo, lo que confirmaría otros estudios realizados anteriormente en los que se menciona a ambas entidades clínicas como un mismo fenómeno, solo que uno precede al otro, a pesar que no es posible asegurar que todas las personas que tiene algún trastorno de la conducta alimentaria, sean alexitímicas, aunque es muy alta la posibilidad (Rojas & García, 2016), lo que corrobora otro estudio realizado por Ruiz, Santiago, Bolaños y Jáuregui (2010), en el que se determina que quienes sufren de sobrepeso u obesidad presentan una prevalencia del 42% de alexitimia, así como dificultades en el entorno social en el que se desenvuelven.

Estos resultados indican la importancia de la familia para la prevención de sobrepeso y obesidad; de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2011) “la familia puede favorecer la rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud y facilitar el cumplimiento del tratamiento terapéutico, así como brindar apoyo y seguridad” (Rojas & García, 2016, p. 6).

Como se ha visto, en el normopeso, sobrepeso y obesidad, el factor cohesión/reglas es predictor de alexitimia. Sin embargo, se ha encontrado que la alexitimia no se trata de un problema

del paciente como tal, sino más bien es el síntoma de una familia que evita el conflicto y las tensiones emocionales, mostrando que sus integrantes tienen dificultades para expresar sus experiencias afectivas ya que las emociones son bloqueadas con el fin de evitar los conflictos y mantener un ambiente equilibrado, donde el síntoma somático de toda la familia sería el lenguaje que utilizan, para evitar hablar de lo que sienten (Onnis et al., citado por Rojas & García, 2016).

Una investigación realizada en Arequipa por Arias y Galagarza (2017) profundizó en la relación entre funcionamiento familiar y alexitimia, donde encontraron que Alarcón (citado por Arias y Galagarza, 2014) reportó que los estudiantes universitarios de Lima cuyas familias eran más cohesionadas tenían niveles más altos de felicidad, mientras que las familias demasiado cohesionadas presentaron rasgos de alexitimia.

Luego de hacer esta revisión, es necesario reconocer la importancia que tiene el funcionamiento familiar como factor protector pero a la vez como el predictor de los distintos trastornos que se conocen, ya que como se ha visto, la familia es el lugar donde la persona aprende a relacionarse con los demás y consigo misma, por lo que un ambiente estresante o poco favorable para las relaciones interpersonales, resulta en comportamientos poco adaptativos que tienen consecuencias dañinas para todos sus miembros. También, se ha podido entender, que tanto la obesidad como la alexitimia comparten en su etiología factores ambientales y psicológicos que están estrechamente relacionados con la familia y el tipo de cultura que hay en cada una de ellas, por lo que para poder dilucidar cuál es anterior al otro, hace falta mayores estudios sobre el tema, por lo que sería conveniente hacer una revisión más exhaustiva a futuro, ya que se trata de un problema complejo que va en aumento y que requiere mayor atención de parte de los profesionales de la salud con el fin de ayudar a los pacientes, quienes buscan alivio a su sufrimiento.

Hipótesis

A mayor funcionamiento familiar menores niveles de alexitimia, y menores niveles de sobrepeso y obesidad.

Capítulo 3

Metodología

Diseño de Investigación:

El diseño de la presente investigación es de tipo descriptivo-correlativo ya que describe las dimensiones de las variables y determinará si éstas se relacionan entre sí o no. Es de tipo transversal ya que medirá las variables en la muestra poblacional en un único momento (Ato, López & Benavente, 2013).

Participantes

Tabla 2
Variables Sociodemográficas de los Participantes

		Universitarios	
		X	(DE)
Edad		20.75	2.26
Peso		63.49	10.58
Talla		164	13.79
Sexo	Masculino	214	(49.1)
	Femenino	222	(50.9)

La población de estudio fue de 7738 estudiantes de una universidad privada de Arequipa. La muestra utilizada estuvo conformada por 436 estudiantes con una edad promedio de 20.75 y una desviación estándar de 2.26, de los cuales el 49.1% eran hombres y 50.9% eran mujeres.

En cuanto a peso promedio, se observa una media de 63.49 Kg. y una desviación estándar de 10.58; a su vez, en base a la talla, el promedio fue de 164 cm con una desviación estándar de 13.79.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que se utilizó la muestra de acuerdo a la facilidad de acceso que nos brindaron en la universidad privada, en un intervalo de tiempo dado para la ejecución de las evaluaciones (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Tabla 3
Descriptivos - Sexo/Edad-Peso-Talla

	Varones		Mujeres		U de Mann Whitney	<i>p</i>
	X	(DE)	X	(DE)		
n°	214		222			
Edad	20.91	2.34	20.60	2.19	22145.50	0.22
Peso	70.44	9.11	56.79	6.96	4838.00	0.00
Talla	171.29	5.80	159.00	5.50	2872.00	0.00

La tabla 3 detalla la comparación que se hizo en la variable sociodemográfica sexo respecto a la edad, el peso y la talla; se observan diferencias significativas en cuanto al peso y talla ($p=0.00$), en cuanto ambos se presentan mayores niveles de estos en los varones que en las mujeres.

Tabla 4
Descriptivos por Carrera

	n°	%
Psicología	40	9.2
Derecho	72	16.5
Educación	24	5.5
Ingeniería Industrial	105	24.1
Carrera Ingeniería Civil	54	12.4
Ingeniería de Telecomunicaciones	20	4.6
Ciencias de la Computación	18	4.1
Administración	83	19
Contabilidad	20	4.6

En base al análisis de las carreras evaluadas en la universidad privada, se observa una mayor incidencia de ingeniería industrial con 24.1% y derecho con 16.5%; siendo con menor incidencia las carreras de ingeniería de telecomunicaciones y contabilidad respectivamente con 4.6% y ciencias de la computación con 4.1%.

Criterios de Selección: Inclusión – Exclusión

Inclusión:

- Estudiantes de una universidad privada, varones y mujeres, entre los rangos de edad de 17 y 27 años.
- Estudiantes de las distintas carreras profesionales de la universidad privada de la ciudad de Arequipa.

Exclusión:

- Estudiantes cuyas fichas estén incompletas y/o deterioradas en las cuales no se comprenda el llenado de las mismas.
- Estudiantes que no hayan firmado el consentimiento informado o que no hayan querido participar del estudio de forma voluntaria.

Instrumentos:

Test de Alexitimia de Toronto:

El TAS-20 evalúa alexitimia desde tres factores fundamentales (Rojas y García, 2016):
Dificultad para identificar sentimientos, correspondiente a los ítems 01,03,06,07,09,13,14.
Dificultad para describir sentimientos, correspondiente a los ítems 02,04,11,12,17 y finalmente
dificultad para describir emociones, correspondiente a los ítems 05,08,10,15,16,18,19,20.
Se puntúan las respuestas entre 1 y 6 utilizando la escala de Likert, la puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar entre los 20 y los 100 puntos. Una puntuación menor a 61 evidencia ausencia

de alexitimia, mientras una puntuación igual o mayor a 61 da como resultado la presencia de alexitimia. Un estudio realizado en Trujillo, Perú por Aguilar Paredes (2007), utilizó el Alfa de Cronbach obteniendo un 78%, lo que indica una confiabilidad significativa calificando el instrumento como válido y confiable para su aplicación en la presente investigación. Además, según Arias y Galagarza (2017), quienes aplicaron el Tas-20 en Arequipa, comentan que el test presenta un índice de consistencia interna moderado-alto, resultado que fue obtenido por medio del Alfa de Cronbach ($\alpha=0.81$).

Escala de Funcionamiento Familiar:

Es la evaluación de la percepción del sistema familiar actual y una evaluación acerca del sistema familiar ideal. El FACES III, consta de 20 preguntas. Proporciona indicadores del grado de satisfacción de los miembros de la familia en relación a su sistema familiar actual. La discrepancia entre ideal y percibido es importante, ya que ella provee una medida de la satisfacción existente en el actual sistema familiar. Los ítems tienen grados de respuestas que van de 1 a 5, siendo 1 equivalente a “Nunca” y 5 equivalente a “Siempre”. Mide dos variables: Adaptabilidad y Cohesión.

Un estudio realizado en Perú en el 2016, sostiene que: “Los resultados del análisis de confiabilidad para el modelo original del FACES-III, según los índices alfa, theta y omega en las escalas de cohesión, real e ideal, mostraron niveles altos de confiabilidad (consistencia interna), nunca menores a 0,79. Las escalas de adaptabilidad, real e ideal, mostraron niveles de confiabilidad moderados, entre 0,55 y 0,86” (Bazo et al., p. 467).

Por otra parte, Bazo et al., (2016), comentan que el FACES-III tiene una validez de contenido, y sostienen que esta prueba tiene confiabilidad y validez suficientes para poder utilizarse en la población de jóvenes que viven en Perú.

Índice de Masa Corporal (IMC):

Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Para calcular el índice de masa corporal se utiliza una sencilla fórmula que es: peso/talla al cuadrado (Lopategui, 2008).

Procedimiento:

Se coordinó con la facultad de Psicología para obtener el permiso de las distintas escuelas de la universidad para evaluar a los alumnos. Una vez que se obtuvieron las respuestas correspondientes, se solicitó a los docentes que cedan de 15 a 20 minutos para realizar todo el proceso, dependiendo del número de alumnos en cada clase.

Posteriormente, se comenzó las evaluaciones pasando por las aulas que fueron asignadas y se les explicó a los alumnos, de qué se trataba la investigación, se les pidió que firmen el consentimiento informado a aquellos que aceptaron participar, haciendo hincapié en que se mantendría la confidencialidad de los datos brindados por los participantes para que puedan responder con toda libertad. Después de esto, se les dio las indicaciones para que puedan completar tanto el Test de Alexitimia de Toronto como el Faces III y cuando cada alumno terminó y entregó las pruebas se les talló y pesó, de tal forma que solo se necesitó una sesión con los alumnos de cada aula para completar las evaluaciones, todo se realizó en un periodo aproximadamente de 10 días. Una vez finalizada la evaluación, se procedió a revisar las pruebas y se conservaron aquellas que cumplían con todos los criterios de inclusión, se dejó de lado tanto las que no cumplían con los rangos de edad, como aquellas en las que los datos solicitados estaban incompletos o fueron llenados de forma incorrecta, finalmente se descartó el 5% aproximadamente de las evaluaciones por estos motivos, quedando 436 alumnos evaluados.

Análisis de Datos:

Se realizó la tabulación de los datos en Excel y en Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22) (IBM Corp, 2013). Se realizó el análisis con los estadísticos descriptivos de asimetría y kurtosis, además de utilizar las pruebas de Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk para determinar la distribución de la muestra. Posteriormente, se procedió a realizar un análisis de los descriptivos de muestra y un análisis de correlación de Pearson o Rho de Spearman dependiendo del análisis de normalidad.

Capítulo 4

Resultados

Tabla 5
Pruebas de normalidad

	ASIMETRÍA		CURTOSIS		Z ASIMETRIA	Z CURTOSIS
	Asimetría	Error estándar	Curtosis	Error estándar		
Funcionalidad	-.508	.117	1.131	.233	-4.34	4.85
Alexitimia	.019	.117	-.241	.233	0.16	-1.03

Tabla 6

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Funcionalidad	.048	436	.018	.983	436	.000
Alexitimia	.033	436	.200*	.996	436	.440

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Alexitimia de Toronto (Tas-20) y el Faces III en relación al IMC de 436 alumnos de una universidad privada de la ciudad de Arequipa.

Al hacer el análisis de normalidad por medio de los estadísticos descriptivos de asimetría y curtosis, como a su vez de las pruebas para normalidad Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk; se determinó que la distribución de la muestra es normal por los parámetros establecidos, por lo que la estadística a utilizar será de orden no paramétrico debido a que se utilizó Rho Spearman.

Tabla 7
Tabulación Cruzada - Cohesión/Adaptabilidad

		Adaptabilidad				
		Familia Caótica	Familia Flexible	Familia Estructurada	Familia Rígida	
Cohesión	Familia Desligada	n°	0	1	0	0
		%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
	Familia Separada	n°	1	9	5	0
		%	6.7%	60.0%	33.3%	0.0%
	Familia Conectada	n°	0	68	110	2
		%	0.0%	37.8%	61.1%	1.1%
	Familia Aglutinada	n°	0	42	185	13
		%	0.0%	17.5%	77.1%	5.4%

En la Tabla 7 se observa el cruce entre las escalas de cohesión y adaptabilidad que corresponden a la prueba de funcionalidad familiar. En la misma se encuentra que hay una mayor presencia de familias conectadas y flexibles (68), familias conectadas y estructuradas (110) y familias aglutinadas y estructuradas (185). En los cruces restantes no se observa una presencia significativa de familias, por lo que no se les considera a estos resultados tan relevantes.

Tabla 8
Descriptivos de Funcionalidad Familiar

		n°	%
Cohesión	Familia Desligada	1	.2
	Familia Separada	15	3.4
	Familia Conectada	180	41.3
	Familia Aglutinada	240	55.0
	Familia Caótica	1	.2
Adaptabilidad	Familia Flexible	120	27.5
	Familia Estructurada	300	68.8
	Familia Rígida	15	3.4

	Familia		
Funcionalidad	Balanceada	1	.2
Familiar	Familia Media	353	81.0
	Familia Extrema	82	18.8

En la Tabla 8 se observan los niveles de las escalas de la prueba de funcionalidad familiar, en la cual se identifica que en base a la escala de cohesión hay una mayor presencia de familias aglutinadas (55.0%), en base a la escala de adaptabilidad, hay una mayor presencia de familias estructuradas (68.8%) y en base a la escala de funcionalidad familiar como tal, considerando la totalidad de las pruebas, hay una presencia significativa de las familias medias (81.0%).

Tabla 9
Descriptivos de los Niveles de Alexitimia

		n°	%
Alexitimia	No	404	92.7
	SI	32	7.3

En la Tabla 9 se observan los niveles de la prueba de alexitimia, en esta se observa que 404 estudiantes no presentan alexitimia y 32 estudiantes si presentan alexitimia.

Tabla 10
Comparación de Niveles de Alexitimia en base al Sexo

	Varones		Mujeres		U de Mann Whitney	p
	X	(DE)	X	(DE)		
Alexitimia	39.87	13.85	41.44	15.35	22337.00	0.28

En la tabla 10 se puede observar una comparación de los niveles de alexitimia respecto al sexo, en donde se evidencia que, en esta muestra específica, hay más cantidad de mujeres con alexitimia que varones, sin embargo, no es una diferencia significativamente alta.

Tabla 11
Descriptivos de los Niveles de Peso

		n°	%
Peso	Peso Insuficiente	14	3.2
	Normopeso	320	73.4
	Sobrepeso	52	11.9
	Obesidad Tipo I	34	7.8
	Obesidad Tipo II	16	3.7

En la tabla 11 se observan los niveles de peso según el índice de masa corporal y la disposición hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mismo se evidencia que hay una mayor presencia de un nivel de normopeso 73.4% y posterior al mismo se encuentra el sobrepeso con un 11.9%. En peso insuficiente se obtuvo un 3.2%, en obesidad tipo I 7.8% y en obesidad tipo II 3.7%. No hay presencia de obesidad tipo III.

Tabla 12
Tabla Cruzada - Sexo/IMC Calificación

		Peso			Obesidad	Obesidad	Total	
		Insuficiente	Normopeso	Sobrepeso	Tipo I	Tipo II		
IMC	Varones	n°	7	161	23	13	10	214
		%	3.3%	75.2%	10.7%	6.1%	4.7%	100.0%
Calificado	Mujeres	n°	7	159	29	21	6	222
		%	3.2%	71.6%	13.1%	9.5%	2.7%	100.0%
Total		n°	14	320	52	34	16	436
		%	3.2%	73.4%	11.9%	7.8%	3.7%	100.0%

En la tabla 12 se pueden observar los valores cruzados de la característica sociodemográfica de sexo y la calificación que se brinda por medio del índice de masa corporal; en el cual se observa que, de manera global, entre varones y mujeres no hay diferencias significativas. Para comenzar, peso insuficiente muestra que los varones tienen un 3.3% y las mujeres un 3.2%. En normopeso

los varones han obtenido 75.2% y las mujeres 71.6%. En sobrepeso los varones han obtenido un 10.7% y las mujeres 13.1%. En obesidad tipo I los varones han obtenido un 6.1% y las mujeres 9.5%. Finalmente, en obesidad tipo II, los varones han obtenido 4.7% y las mujeres 2.7%.

Tabla 13
Rho de Spearman - Funcionalidad Familiar/Alexitimia/ Peso

	Identificación de emociones	Descripción de emociones	Expresión de emociones	Alexitimia	Peso
Cohesión	-,205**	-,114*	-.052	-,172**	-0.027
Adaptabilidad	.068	-.017	.077	.059	-0.027
Funcionalidad	-,104*	-.082	-.006	-.088	-0.02
Peso	-.065	-.039	.050	-.033	1

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

En la Tabla 13 se realizó un análisis de correlación entre las pruebas de funcionalidad familiar, alexitimia e índice de masa corporal para poder demostrar si es que existe una relación entre las escalas y si estas son significativas. Se observa que hay una relación negativa muy significativa entre alexitimia y cohesión ($p < 0.01$), lo cual indica que a menor alexitimia, mayor cohesión; además, se observa también, una relación negativa significativa con funcionalidad ($p < 0.05$); es decir que a menor alexitimia se dan mayores niveles de funcionalidad. Por último, se observa una relación negativa muy significativa entre el puntaje total de cohesión y alexitimia ($Rho = -,172$); lo cual indica que a menor cohesión familiar será mayor el nivel de alexitimia. A pesar de haber una relación débil, de igual forma hay una relación significativa entre funcionamiento familiar y alexitimia. No se observan relaciones significativas en cuanto a las pruebas aplicadas y el peso de los alumnos.

Capítulo 5

Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue encontrar la relación entre funcionamiento familiar, alexitimia y sobrepeso u obesidad. Se considera a la familia la primera red de soporte de la persona y el núcleo central más influyente en el desarrollo del ser humano y por ende, un factor importante que ayuda a moldear la vida emocional y social de sus miembros (Suárez & Vélez, 2018). Desde este punto de vista, el funcionamiento familiar puede llevar a la generación de hábitos nocivos y alexitimia en algunos casos, lo que incrementa el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad, especialmente cuando las interacciones familiares no son las más adecuadas (Rojas & García, 2017).

Los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian una correlación negativa altamente significativa entre alexitimia y cohesión familiar. El aspecto específico de alexitimia que más relación tiene con esta característica del funcionamiento familiar es la dificultad para la identificación de sentimientos. Se puede precisar que mientras más sólidos sean los vínculos afectivos en la familia, menor será la dificultad en la identificación de los propios sentimientos. De manera global se observa que existe una relación negativa significativa entre funcionalidad familiar y alexitimia. Es así que las familias balanceadas y medias ofrecen menor presencia de alexitimia y garantizan mejor identificación de sentimientos y emociones.

Los hallazgos descritos guardan relación y coincidencia con los de Rojas y García (2017), cuya investigación acerca de funcionamiento familiar como predictor de alexitimia en personas con sobrepeso/obesidad, señalaba que ambientes familiares altamente funcionales se comportaban como factores de protección contra el desarrollo de alexitimia, mientras que ambientes familiares

negativos implicaban mayor vulnerabilidad a desarrollarla. Estos autores no encontraron correlación de la alexitimia con sobrepeso u obesidad, de la misma forma que el trabajo actual. Es posible que esto último se deba a la gran cantidad de factores intervinientes en la patogénesis del sobrepeso y obesidad.

En cuanto a las descripciones específicas de los tipos de familia según su funcionamiento en el aspecto de cohesión, las familias aglutinadas se encontraron en mayor frecuencia alcanzando un 55%. Ello alude a alta implicación familiar, límites generacionales borrosos, tiempo compartido, actividades en familia, amigos en común y participación en decisiones en conjunto. Este resultado es comparable al hallazgo de Aguilar (2017), que halló una presencia de familias aglutinadas en estudiantes universitarios de 55,5%. El aspecto de adaptabilidad reveló que las familias eran del tipo estructurado de manera predominante con un 68%. Este tipo de familia se caracteriza por liderazgo autoritario, pero equitativo, control estable y democrático, roles compartidos y estables, buen cumplimiento de reglas, las mismas que rara vez cambian. Este resultado es contrario a los resultados de Aguilar (2017), con respecto a las familias del tipo estructurado, ya que encontró solo un 44,8%.

La descripción general del funcionamiento familiar que resulta de la combinación de ambas características (cohesión y adaptabilidad) define familias balanceadas, medias y extremas. Las primeras son la que presentan un mejor funcionamiento, mientras que las últimas describen una dinámica más disfuncional. La actual investigación, encontró de manera predominante, la presencia de familias medias (81%). Según otros trabajos, el buen funcionamiento familiar se correlaciona de manera negativa con la alexitimia, pues esta se incrementa en familias extremas y desciende con las balanceadas. Este hallazgo coincide con el de (Arias & Galagarza, 2017) quienes

encontraron que el funcionamiento familiar predecía la presencia de alexitimia en estudiantes universitarios.

Otro estudio también señala que en pacientes que sufren de alexitimia, hay antecedentes de disfunción familiar, especialmente en el tipo de familia aglutinada, pero también se encontró que la alexitimia puede verse fortalecida por una pobre o nula expresión afectiva cálida (Kind & Mallinckrodt, citados por Rojas & García, 2016), que caracteriza a las familias desligadas, lo que no reafirmaría los resultados obtenidos, pero si puede recalcar que las familias cohesionadas tienden a tener hijos sin alexitimia.

De igual forma se ha encontrado en el cruce de las escalas de cohesión y adaptabilidad que corresponden a la prueba de funcionalidad familiar, donde las familias con mayor presencia son las conectadas y flexibles (68), las conectadas y estructuradas (110) y las aglutinadas y estructuradas (185), las dos primeras son familias que tienen niveles moderados en ambas dimensiones por lo que se les considera dentro de las más funcionales para el desarrollo individual y familiar, lo cual coincide con los resultados del TAS-20 ya que la alexitimia se encuentra con menor frecuencia en la muestra, como lo mencionó Murillo (2017), al poner de manifiesto la importancia de la familia en el trabajo de identificación, definición y expresión de las emociones y sentimientos, siendo un factor protector el buen nivel de funcionalidad familiar, lo que coincide con los resultados hallados.

En cuanto a la variable de alexitimia, recordemos que es un trastorno con gran influencia en el área cognitiva y afectiva y que trae como consecuencia la incapacidad de identificar, describir y expresar sentimientos. Se ha encontrado alexitimia en 7,3% de los estudiantes analizados, por lo que este resultado difiere con las frecuencias de alexitimia encontradas en poblaciones estudiantiles similares, como es el caso de Galagarza y Arias (2017) quienes encontraron una

incidencia de la misma de 32%. Otro autor que menciona que esta característica es frecuente es De La Serna, quien en el 2015 publicó que la alexitimia era muy frecuente, que afectaba al entorno de quien la padecía y que era poco identificada. Por otra parte, en los presentes resultados, al contrario de lo esperado, se muestra que las mujeres son más alexitímicas que los varones, pero no de manera significativa, lo cual difiere con los resultados de Pérez y Galagarza (2017), quienes encontraron que en los varones la alexitimia era más alta que en las mujeres, pero no significativamente.

En los niveles de peso, se observa que hay una mayor presencia del nivel normopeso (73.4%) y posterior al mismo se encuentra el sobrepeso (11.9%), habiendo entre ellos una diferencia significativa. La investigación de Rojas y García (2016) plantea en su hipótesis que la alexitimia puede ser un predictor de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, sus resultados afirman que no todas las personas con IMC alto van a tener alexitimia, al no encontrarse una relación entre ambas variables. Estas afirmaciones son coincidentes con los hallazgos de la presente investigación, donde no se encuentran asociaciones significativas entre el funcionamiento familiar, alexitimia y el índice de masa corporal de los alumnos. Por lo tanto, podemos decir respecto a los resultados que la alexitimia no necesariamente debe traer como consecuencia problemas de peso en los jóvenes alumnos. Es así que la hipótesis se cumple solo parcialmente ya que existe correlación entre funcionamiento familiar y alexitimia, pero no hay correlación entre la alexitimia y el sobrepeso u obesidad. Por otra parte, en la comparación de los niveles de IMC respecto al sexo, se pudo encontrar diferencias no significativas entre varones y mujeres, dado que los varones presentaban resultados un poco más altos en peso insuficiente (3.3%) y normopeso (75.2%), sin embargo, las mujeres presentaban resultados más altos en sobrepeso (13.1%), obesidad tipo I (9.5%) y obesidad tipo II (2.7%). En otra investigación (Saucedo et al., 2015), se muestra que las

mujeres presentaron resultados de 22.1% y los varones 15.5% en sobrepeso, mientras que, en obesidad, las mujeres fueron el 7.1% y los varones 13.8%, lo cual difiere parcialmente con los resultados de la presente investigación, dado que, en la presente investigación, las mujeres tienen niveles más altos no solo en sobrepeso, sino también de obesidad, y los varones tienen niveles más bajos en sobrepeso y obesidad

Las limitaciones del presente estudio están dadas por las dificultades que ofrece toda prueba de autorreporte, en las que muchas veces la sinceridad de los evaluados no es total por la necesidad de aceptación social a pesar del anonimato de las pruebas. En ese sentido, también fue un poco dificultosa la toma de la muestra por la poca colaboración en cuanto al tiempo cedido para las evaluaciones por los docentes. Por otro lado, creemos que sería necesario excluir algunas otras variables que podrían estar interfiriendo en la fiabilidad de las variables como problemas de orden médico o psicológico, las que pueden ser consideradas en futuras investigaciones.

Finalmente, en cuanto a las sugerencias, dada la relación hallada entre la cohesión familiar y alexitimia, se propone la intervención temprana a nivel familiar para favorecer un mejor desarrollo y prevenir patrones alexitímicos. Por último, se sugiere implementar intervenciones destinadas a mejorar el bienestar estudiantil haciendo énfasis en las relaciones familiares y alexitimia.

Conclusiones:

1. Existe una correlación negativa y significativa entre el funcionamiento familiar y la presencia de alexitimia. A mayor cohesión familiar menor presencia de alexitimia. No existe relación entre alexitimia y sobrepeso/obesidad.

2. El funcionamiento familiar predominante es el medio, caracterizado por mayor presencia de familias con alta cohesión.
3. La presencia de alexitimia es baja, correspondiendo al 7,3%.
4. El índice de masa corporal predominante denota normopeso en los estudiantes con un 73,4%.

Referencias

- Aguilar Paredes, V. (2017). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de Trujillo*. (Tesis de Pregrado). Universidad César Vallejo. Trujillo, Perú.
- Aguilar, C. (2017). *Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en adolescentes tardíos*. (Tesis de Pregrado). Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.
- Agut, M. (2012). *La familia y los trastornos de la conducta alimentaria. Estructura familiar y riesgo*. (Tesis Doctoral). Universidad de Burgos. Burgos, España.
- Alasino, M. (2011). *Factores emocionales y ambientales que predisponen a la obesidad y su mantenimiento*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Abierta Interamericana. Rosario, Argentina.
- Alvarado, A. M., Guzmán, E., & González, M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2). 417-428. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.A. Xalapa, México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210214>
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile*. 209-210. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n2/art10.pdf>

- Aranceta, J., Pérez, C., Ribas, L., & Serra, L. (2005). Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 7(1), 13-20. Recuperado de <http://archivos.pap.es/files/1116-422-pdf/435.pdf>
- Arancibia, M., & Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 53 (1), 24-34. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v53n1/art04.pdf>
- Arias, W. & Galagarza, L. (2017). Alexitimia y funcionalidad familiar en estudiantes de ingeniería. *Perspectiva de Familia*, 2. 27-44. Recuperado de <http://ucsp.edu.pe/imf/wp-content/uploads/2016/10/alexitimia-funcionalidad-familiar-estudiantes-ingenieria.pdf>
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Balsa, M. (2014). Actitud hacia la ingesta y peso corporal. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 12(4). 181-188. Recuperado de www.medigraphic.org.mx
- Barbagelata, N. & Rodríguez, A. (1995). Estructura familiar e identidad. *Documentación Social*. 98, 49-59.
- Bazo, J. C., Bazo, O.A., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., & Bennett, I. M. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 462-70. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n3/a11v33n3.pdf>

- Becerra, J. & Pachamora, R. (2015). *Ansiedad y depresión en estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial de Tarapoto*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Unión. Tarapoto, Perú.
- Behar, A. (2010). Funcionamiento Psicosocial en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2).
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 537-546.
- Bravo del Toro, A., Espinoza, T., Mancilla, L. & Tello M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con Obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 116-118.
Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/292/29215963010/>
- Cabanyes, J., & Monge, M. (2010). *La Salud Mental y sus Cuidados*. Navarra, España. EUNSA.
- Cabello, G. M. & Zúñiga, Z. J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10 (2), 183-188.
- Campo, G., & Gutiérrez, S. J. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud – Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(4), 351-358 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia
- Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., & Ferro, F. M. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder.

The International Journal of Eating Disorders, 39 (4), 332–340.
doi:10.1002/eat.20238

Chau, C., & Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología* 35 (2), 105-106.

¿Cómo determinar el tamaño de una muestra? Recuperado de <http://www.psyma.com/company/news/message/como-determinar-el-tamano-de-una-muestra>

Costa, D., del Luján, M., Masjuan, N., Trápaga, M. A., Del Arca, D, Scafarell, L. & Feibuscheurez, A. (2009). Escala de evaluación del funcionamiento familiar - Faces IV: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicológicas*, 3 (1), 43-56 Uruguay
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545419005> ISSN 1688-4094

De la Serna, J. M. (2015). *Alexitimia: Un mundo sin emociones*. Berlín: Reviews.

De Lubac, H. (1979). *Theology in History*. San Francisco: Ignatius Press

Efesalud. (2017). Emociones que se esconden tras el Sobrepeso y la Obesidad. Recuperado de <https://www.efesalud.com/emociones-sobrepeso-obesidad/>

El Diario. (2019). El crecimiento de la obesidad en España es similar al de EEUU, dicen los expertos. Recuperado de https://www.eldiario.es/sociedad/crecimiento-obesidad-Espana-EEUU-expertos_0_937906349.html

- Escudero, J. (2006). Alexitimia y Vulnerabilidad a Trastornos Alimentarios en Adolescentes gallegos de 12 a 16 años. Burgos: Servicio de Publicaciones, Universidad de Burgos.
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa, I. & Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimenticios. *Anales de Psicología*, 17 (1). 139-149.
- Espina, E. A., Ortego S. de C. M. A., Ochoa de A. M. de A. I., Alemán M. A., Fischer, A. R. y Good, G. E. (1997). Men and psychoterapy: an investigation of alexithymia, intimacy, and masculine gender roles. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34 (2), 160-170.
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). Enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas – Academia.edu*. Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda, Distrito Nacional Santo Domingo – República Dominicana.
- Farmanews. (2019). Un estudio advierte que comer emocionalmente es un factor decisivo en el aumento de peso. Recuperado de [https://www.farmanews.com/Notasprensa/13121/Un estudio advierete que comer emocionalmente es un factor de](https://www.farmanews.com/Notasprensa/13121/Un_estudio_advierete_que_comer_emocionalmente_es_un_factor_de)
- Fischer, A. & Good, G. (1997). Men and psychoterapy: an investigation of alexithymia, intimacy, and masculine gender roles. *Psychotherapy*, 34 (2), 1-11. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/5006/f4b18595121d7858c2c6951c24147386ff3a.pdf?_ga=2.110351173.1311344781.1574318409-1964467793.1574318409
- Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I). Recuperado de:

<https://www.uv.es › lisis › instrumentos › Funcionamiento-FamiliaR>

Health of University Students. (1967). *The British Medical Journal*, 2(5550), 457-458.

Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/20388049>

Henaó, G., & García, M., (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas.

Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 7(2), 785-802

Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales, Colombia.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Selección de la muestra. *En Metodología de la Investigación*. 6, 170-191. México: McGraw-Hill.

Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de*

Medicina General Integral, 13 (6), 591-595. Recuperado de:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

Holland, D. (2016). College student stress and mental health: Examination of stigmatic views on mental health counseling. *Michigan Sociological Review*, 30, 16-43. Recuperado de

<http://www.jstor.org/stable/43940346>

IBM Corp. Released (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM

Corp. Recuperado de <https://www.ibm.com/support/pages/how-cite-ibm-spss-statistics-or-earlier-versions-spss>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). Perú: Indicadores de Educación por

Departamento, 2007 – 2017. Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1529/libro.pdf

Korbman, R. (2010). Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 55 (3). 142-146.

Lewis, J. (2018). Psicopatología en obesidad y otros trastornos. Universidad Católica San Pablo. Arequipa, Perú.

Limitaciones del índice de masa corporal. (s. f.). Recuperado de <https://g-se.com/limitaciones-del-imc-grandes-limitaciones-bp-x5c914415ce0ad>

Lopategui, E. (2008). Determinación del índice de masa corporal. Recuperado de <http://www.saludmed.com/LabFisio/Lab-F-Men1.html>

Malo-Serrano, M., Castillo, N. & Pajita, D. (2017). La Obesidad en el Mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 173-178. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200011

Martínez, K., Ramos, K., & Saavedra, L. (2017). *Sintomatología depresiva en adolescentes con obesidad*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/740/Sintomatologia_MartinezC_astro_Katterine.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Merino, H., Godás, A., & Pombo, G. (2001). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1). 35-44.
- Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/785/78518428006/>
- Moreno, F., López, O., Llanes, R., Cepero, S., & Rodríguez, N. (2005). Obesidad: aspectos patogénicos, alteraciones cardiovasculares asociadas y estrategias terapéuticas. *Mapfre Medicina*, 16. 209-222. Recuperado de <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol16-n3-art7-obesidad.PDF>
- Moreno, M. (2012). Definición y Clasificación de la Obesidad. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23(2), 124-128. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr_Moreno-4.pdf
- Murillo, L. (2017). *Alexitimia y funcionamiento familiar en mujeres con anorexia nerviosa de una clínica privada*. (Tesis de Licenciatura). PUCP. Lima-Perú.
- National Institute of Child Health and Human Development. (s. f.). Sobrepeso y Obesidad. Recuperado de

<https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/obesity/informacion/Pages/causa.as>

[px](#)

Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*. London: Butterworths.

Ochoa de Alda, I. (2009). La Importancia de la Imagen Corporal, la Alexitimia, la Autoestima y los Estilos de Crianza en Jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *Revista de estudios de juventud*, 84. 106-124. Recuperado de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-08.pdf>

Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en la Sierra rural. (2008). Informe General. *Anales de Salud Mental*, 25(1 y 2). Lima.

Ortiz, M. T. (1999). La Salud Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 439-445. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400017&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.

Otero, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), 1-10.

Páez, D. & Casullo, M. M. (2000). *Cultura y alexitimia*. Barcelona: Paidós.

Pajuelo-Ramírez, J. (2017). La obesidad en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 179-185. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13214>

- Perea, A., López, G., Padrón, M., Lara, A., Santamaría, C., Ynga, M., Peniche, J., Espinosa, E., & Ballesteros J. (2014). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Artículo de revisión. Acta Pediátrica de México*. 327-329.
- Pérez, M., Ponce, A., Hernández, J., & Marqués, B. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. *Revista de Educación y Desarrollo*. Guadalajara, México. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/14/014_Perez.pdf
- Pérez, M., Ponce, A., Hernández, J. & Márquez, B. (2010). Mental health and psychosomatic disorders. En O.W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*, 2, 26-34. London: Butterworths.
- Psicopsi. (s. f.). Estudio del psicoanálisis y psicología. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cQDBz70ESQUJ:psicopsi.com/Concepto-alexitimia-Sifneos+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>
- Rodrigo-Cano, S., Soriano, del Castillo J., & Merino-Torres J. (2017). Causas y Tratamiento de Obesidad. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 37(4), 87-92. Recuperado de <https://revista.nutricion.org/PDF/RCANO.pdf>
- Rojas, Ramírez, A. & García, Méndez, M. (2016). Funcionamiento familiar como predictor de la alexitimia de acuerdo al índice de masa corporal. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 6 (2), 2469-2476. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3589/358948300010.pdf>

- Rueda, B. & Pérez-García, A. (2017). Estudio de la alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología*.
- Ruiz, I., Santiago, M.J., Bolaños, P. & Jáuregui, I. (2010). Obesidad y Rasgos de Personalidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria 12*. 1330-1348. Dialnet-Uniroja. Recuperado de http://www.tcasevilla.com/archivos/obesidad_y_rasgos_de_personalidad.pdf
- Sánchez, García, M. (2010). Alexitimia y reconocimiento de emociones, inducidas experimentalmente, en sujetos que presentan somatizaciones. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/286928754_Alexitimia_y_reconocimiento_de_emociones_inducidas_experimentalmente_en_sujetos_que_presentan_somatizaciones
- Santoya, Y., Garcés M. & Tezón M. (2018). Las emociones en la vida universitaria: análisis de la relación entre autoconocimiento emocional y autorregulación emocional en adolescentes y jóvenes universitarios. *Psicogente*, 21(40), 422-439. Recuperado de <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3081>
- Saucedo, T., Rodríguez, J., Olivia, A., Villarreal, M., León, R., & Fernández, T. (2015). Relación entre el índice de masa corporal, la actividad física y los tiempos de comida en adolescentes mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (3), 1082-1090. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309241035017.pdf>
- Seijas, D., & Feuchtmann, C. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26, 38-41.

- Semfyc. (2005). Cálculo del índice de la masa corporal. *Guía práctica de salud*. Recuperado de https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/07/24_01.pdf
- Sifneos. (1996). Alexithymia. Past and present. *Am J Psychiatry*, 7, 137-42.
- Sigüenza, W. (2015). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson. Universidad de Cuenca – Facultad de Psicología. Cuenca-Ecuador.
- Silvestri, E. & Stavile, A. E. (2005). Aspectos Psicológicos de la Obesidad Posgrado en Obesidad a Distancia - Universidad Favaloro. Recuperado de: <https://imeoobesidad.com/blog/aspectos-psicologicos-de-la-obesidad/>.
- Sociedad Argentina de Nutrición. (s. f.). Sobrepeso – Obesidad. Recuperado de http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/sobrepeso_obesidad.pdf
- Statistical Package for the Social Sciences. (2014). Estadística con SPSS 22. Lima, Perú: Macro.
- Suárez, W., Sánchez A. & Gonzáles, J. (2017). Fisiopatología de la obesidad. Perspectiva actual. *Revista chilena de nutrición*, 44 (3), 226. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200011
- Suárez, P. & Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 174. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es>
- Tamayo, D., & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 91-112.

Tobón, F. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1). Universidad de Antioquia, Colombia.

Tuppia, J. & Jaramillo L. (2010). Aportes de la propuesta filosófica-antropológica de Rudolf Allers para el planteamiento de una psicología integral. *Pensamiento Psicológico*, 8 (15), 101-112. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

Universidad de la Frontera. Modelos de Consentimiento Informado. (s. f.). Recuperado de <http://cec.ufro.cl/index.php/modelos-tipo?id=9>

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

Vásquez, V. & López, J. C. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9 (2). 91-96.

Velázquez, T. (2007). Investigaciones Breves. Salud Mental en el Perú: Dolor y Propuesta. Lima, Perú.

Anexos

Escala de alexitimia de Toronto

Faces III

Consentimiento para participar en una investigación

Acta de consentimiento informado

Carrera: **Edad:** **Sexo:** **Fecha:** **Peso:** **Talla:**

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO

(TAS – 20)

Te agradeceríamos respondieras a una serie de cuestiones respecto a cómo te sientes. Elige la opción que consideres correcta o se acerque más a lo que piensas al respecto.

1	2	3	4	5	6
MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	LIGERAMENTE EN DESACUERDO	LIGERAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO

AL1.	A menudo estoy confundido con las emociones que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5	6	
AL2.	Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	
AL3.	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.	1	2	3	4	5	6	
AL4.	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.	1	2	3	4	5	6	
AL5.	Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo.	1	2	3	4	5	6	
AL6.	Cuando me siento mal no sé si estoy triste, asustado o enojado.	1	2	3	4	5	6	
AL7.	A menudo estoy confundido con lo que siento en mi cuerpo.	1	2	3	4	5	6	

AL8.	Prefiero dejar que las cosas pasen solas, sin preguntarme por qué suceden así.	1	2	3	4	5	6	
AL9.	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.	1	2	3	4	5	6	
AL10.	Estar en contacto con las emociones es muy importante.	1	2	3	4	5	6	
AL11.	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.	1	2	3	4	5	6	
AL12.	La gente me dice que exprese más mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	
AL13.	No sé qué pasa dentro de mí.	1	2	3	4	5	6	
AL14.	A menudo no sé por qué estoy enojado.	1	2	3	4	5	6	
AL15.	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	
AL16.	Prefiero ver programas de TV simples pero entretenidos, que programas difíciles de entender.	1	2	3	4	5	6	
AL17.	Me es difíciles expresar mis sentimientos más profundos incluso a mis mejores amigos.	1	2	3	4	5	6	
AL18.	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.	1	2	3	4	5	6	
AL19.	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.	1	2	3	4	5	6	
AL20-	Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos.	1	2	3	4	5	6	

Carrera: **Edad:** **Sexo:** **Fecha:** **Peso:** **Talla:**

FACES III

Te agradeceríamos respondieras a una serie de cuestiones. Elige la opción que consideres correcta o se acerque más a lo que piensas al respecto.

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
	2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
	3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
	4. Los hijos pueden opinar en cuanto a disciplina.
	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.
	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.

	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
	11. Nos sentimos muy unidos.
	12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
	14. En nuestra familia las reglas cambian.
	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
	17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
	18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
	19. La unión familiar es muy importante.
	20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

Estimado participante, nuestros nombres son Camila Zevallos Villanueva y Verónica Velasco Benavides, y somos estudiantes de Psicología de la Universidad Católica San Pablo. Actualmente nos encontramos llevando a cabo un protocolo de investigación el cual tiene como objetivo describir la relación entre el funcionamiento familiar, la alexitimia y el sobrepeso/obesidad.

Usted ha sido invitado a participar de este estudio. A continuación, se entregará la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente. Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

- Si usted accede a estar en este estudio, su participación consistirá en realizar dos pruebas psicológicas que ayudarán a la realización de nuestra investigación, además será medido y pesado, el tiempo en terminar las pruebas será de 15 a 20 minutos, son 436 estudiantes los que conforman la muestra de nuestro estudio.
- Al tomar parte en este estudio usted puede estar expuesto a preguntas con las que se sienta identificado.
- Aunque usted acepte participar en este estudio, usted tiene derecho a abandonar su participación en cualquier momento, sin temor a ser penalizado de alguna manera.
- Usted no se beneficiará directamente por participar en este estudio, sin embargo, la sociedad en general se beneficiará de este conocimiento. Su participación no conlleva costo para usted, y tampoco será compensado económicamente

- **La participación en este estudio es completamente anónima** y el investigador mantendrá su confidencialidad en todos los documentos.
- Usted podrá tener acceso al estudio una vez que haya sido finalizado.
- La investigación será presentada en forma de Tesis para lograr la titulación y posiblemente en un futuro sea utilizada para alguna publicación de tipo académico, para alguna revista o presentada en algún concurso de investigación.
- Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio puede comunicarse con Camila Zevallos al 958653534 o con Verónica Velasco al 958962195.

Nombre Investigador Responsable

Firma

Fecha

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

acepto participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de Investigación de las estudiantes Verónica Velasco Benavides y Camila Zevallos Villanueva, pertenecientes a la carrera profesional de Psicología de la Universidad Católica San Pablo, dirigido por la profesora Jessica Lewis Paredes.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto realizar las pruebas psicológicas y acepto ser medido y pesado.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada joven de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable y será utilizada sólo para este estudio.

Nombre Participante

Firma

Fecha