



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**¿Qué variables familiares intervienen en el desarrollo del
hambre emocional?**

Autora: Mercedes Peleteiro Rosón
Directora: Jessica Moraleda Merino
Madrid

2021/2022

Resumen

El objetivo de este estudio consistió en determinar qué variables familiares pueden estar relacionadas con el desarrollo del hambre emocional. Para ello, se utilizó un diseño ex post facto retrospectivo, con una muestra no clínica de 200 sujetos (66,5% mujeres y 33,5% hombres) con una edad media de 26 años. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionario del Comedor Emocional (CCE), Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-1), Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar (FACES-III) y el Egna Minnen Beträffande Uppfostran, que mide el estilo educativo percibido por adultos (short-EMBU). Los resultados indican que altos niveles de hambre emocional conllevan un mayor riesgo de desarrollar un TCA y se relacionan con haber percibido mayores niveles de rechazo y sobreprotección en la infancia. Parece que el aprendizaje vicario puede intervenir en el desarrollo del hambre emocional al encontrar que el nivel de hambre emocional de los sujetos de la muestra se relaciona con la presencia de hambre emocional en los progenitores. No obstante, no se ha encontrado relación entre los niveles de hambre emocional y las subescalas del FACES III, tampoco con el nivel de calidez emocional percibido en la infancia.

Palabras clave: Hambre emocional, trastornos de la conducta alimentaria, obesidad, cohesión y adaptabilidad familiar, rechazo, sobreprotección y calidez emocional.

Abstract

The aim of this study was to determine which family variables may be related to the development of emotional hunger. To do so, a retrospective ex post facto design was carried out with a non-clinical sample of 200 subjects (66,5% female and 33,5% male) with an average age of 26. The following instruments were applied: Sociodemographic Questionnaire, Emotional Eater Questionnaire (EEQ), Eating Disorder Inventory (EDI-1), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-III) and Egna Minnen Beträffande Uppfostran (short-EMBU). The results have shown that, high levels of emotional hunger carry a higher risk of developing an eating disorder and are related to having perceived higher levels of rejection and overprotection in childhood. This indicates that the social learning theory may intervene in the development of emotional

hunger by finding that the level of emotional hunger of the subjects in the sample is related to the presence of emotional hunger in the parents. However, no relationship was found between the levels of emotional hunger and the FACES-III subscales, nor with the level of emotional warmth perceived in childhood.

Keywords: Emotional hunger, eating disorders, obesity, family cohesion and adaptability, rejection, overprotection and emotional warmth.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
2.1. ¿Qué es el Hambre Emocional?	2
2.1.1. Definición del Hambre Emocional	2
2.2. Conceptualización del Hambre Emocional desde una perspectiva psicoanalítica.....	3
2.2.1. El alimento como fuente de cariño, calor y serenidad	3
2.2.2. Síntoma somático de un conflicto intrapsíquico	5
2.3. Sobrepeso, obesidad y otros hábitos relacionados	6
2.4. Hambre Emocional y variables familiares	8
2.4.1. Funcionamiento e interacción familiar desde el Modelo Circumplejo de Olson (FACES III)	8
2.4.2 Clima familiar	12
2.4.3 Estilos de crianza y de alimentación	13
2.4.4 Modelado parental	15
2.5. Objetivos e hipótesis	16
3. MÉTODO.....	18
3.1. Diseño	18
3.2 Participantes	18
3.3 Procedimiento	19
3.4. Variables de estudio	19
3.5. Instrumentos	22
3.6. Análisis estadísticos	25
4. RESULTADOS	26
4.1. Descripción sociodemográfica	26
4.2. Perfil del comedor emocional	28
4.3. Patología alimentaria y Hambre Emocional	30
4.4. Influencia de las variables familiares en el Hambre Emocional	32
4.5. Hambre Emocional, patología alimentaria y variables familiares	37
5. DISCUSIÓN	39
5.1. Discusión	39
5.2. Conclusiones	42
5.3. Limitaciones y futuras líneas de investigación	42
5.4. Implicaciones clínicas y preventivas	44
6. REFERENCIAS.....	45
7. ANEXOS.....	54

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021), entre el año 1975 y 2016 las cifras de obesidad y sobrepeso se han triplicado y en el caso de niños y adolescentes, la obesidad ha pasado de tener una prevalencia del 4% al 18%. A su vez, los casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han registrado un incremento tanto a nivel mundial como en población española (Infocop, 2021), lo que nos lleva a seguir cuestionándonos qué variables pueden estar influyendo en el desarrollo y mantenimiento de estas patologías.

El estudio del hambre emocional ha empezado a cobrar interés por parte de la comunidad científica, no solo por su relevancia en los trastornos de la conducta alimentaria, sino por su presencia, aunque en menor medida, en población general. Normalmente asociamos los atracones de comida a la Bulimia Nerviosa, el Trastorno por Atracón o a la Obesidad (Guisado y Vaz, 2001), pero lo cierto es que es un síntoma que también puede presentarse en poblaciones no clínicas.

Desde la psicología sabemos que el acto de comer, desde el inicio de la vida de una persona es mucho más que nutrición, sino que es un acto de comunicación entre una madre y su hijo. Por este motivo, diversas investigaciones provenientes de distintos modelos teóricos sostienen que existe una relación entre el desarrollo del hambre emocional y determinadas variables familiares como el clima familiar, los estilos de crianza o el modelado, entre otras.

El presente estudio, *ex post facto*, tiene como objetivo contribuir al conocimiento existente sobre la etiología del hambre emocional y colaborar en la prevención de la obesidad y trastornos de la conducta alimentaria. A través de un cuestionario se ha estudiado la presencia de hambre emocional y posible riesgo de desarrollar un TCA en una determinada población adulta, así como las variables familiares que pueden estar influyendo en estos hábitos alimentarios.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ¿Qué es el Hambre Emocional?

La relación que hay entre la alimentación y las emociones lleva años estudiándose para entender el origen y mantenimiento de los TCA o la obesidad, pero no es necesario hablar de patología para entender el hambre emocional y sus posibles consecuencias para la salud física y mental de las personas. Al contrario, el estudio y comprensión de este fenómeno podría ayudarnos a detectar y prevenir el desarrollo de futuros problemas.

En primer lugar, parece necesario hacer una distinción entre lo que consideramos hambre física y hambre emocional:

- Podríamos definir el *hambre física* como una sensación que surge de manera gradual, como una necesidad biológica de ingerir alimento cuando no se ha comido lo suficiente. Después de comer, el hambre desaparece y el individuo siente satisfacción y plenitud. (Bascuas, 2018)
- En cambio, el *hambre emocional*, no surge de un “agujero en el estómago”, sino de un vacío existencial. No proviene de una necesidad biológica. El impulso de comer es tan fuerte que la persona siente que pierde el control y da igual la cantidad que ingiera, que parece no saciarse nunca. Existe preferencias por tipos de alimentos altamente calóricos, que aportan el “calor” y la energía vital que la persona anhela. Finalmente, aparecen sentimientos de culpa y vergüenza por haber comido en exceso. (Bascuas, 2018; Calvo, 2022)

2.1.1. Definición del Hambre Emocional

El hambre emocional se define como el acto de comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad para hacer frente al afecto negativo (Faith, Allison y Geliebter, 1997). Surge como una necesidad psíquica o emocional al ingerir el alimento para sentir bienestar, satisfacer una inquietud o llenar un vacío interno, pero no se atribuye a razones nutricionales.

Muchos autores se han dedicado a estudiar las variables que influyen en el hambre emocional y los atracones: Sánchez y Pontes (2012) sostienen que el “Comedor Emocional” tendrá dificultades para llevar a cabo estrategias de afrontamiento adecuadas y en cambio, recurrirá a la comida para regular el torrente de emociones que se siente incapaz de manejar.

Stephane Clerget (2011) entiende que la comida actúa de ansiolítico al impedir que la persona piense, recuerde o sienta aquello que le resulta tan doloroso, y, en consecuencia, tendrá dificultades para identificar sus emociones y expresarlas, así como para reconocer sus señales de hambre y saciedad (Ramírez y García-Méndez, 2017).

Según la terapeuta Rosa Calvo (Calvo, 2022) otra variable que se asocia al hambre emocional es la ausencia de refuerzos positivos en la vida del paciente. Cuando la persona tiene dificultades para disfrutar de otras esferas de su vida, es más probable que acabe recurriendo a la comida para paliar su aburrimiento o para sentir bienestar.

De esta forma, la soledad, la tristeza o el aburrimiento serán gestionados de forma momentánea con la comida, pero posteriormente, el deseo de comer irrumpirá con más fuerza. Se producirá un apego nocivo (*craving*) que desembocará en la repetición compulsiva de la conducta placentera, el descontrol y la posible aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

2.2. Conceptualización del Hambre Emocional desde una perspectiva psicoanalítica

2.2.1. El alimento como fuente de cariño, calor y serenidad

Desde la psicología sabemos que el acto de comer, desde el inicio de la vida de una persona es mucho más que nutrición, sino que es un acto de comunicación entre una madre y su hijo. En boca de la terapeuta Isabel Menéndez (2007): “la comida nunca es sólo comida”.

Cuando un niño nace su madre lo coge en brazos para darle de comer, y en ese momento lo sostiene tanto física como emocionalmente: le toca, le sonrío, le da calor,

cuidado... cubriendo sus necesidades biológicas y emocionales. El alimento material se junta con el afectivo y todas las sensaciones y percepciones que el bebé experimenta mientras le dan de comer, se quedarán asociadas al alimento durante toda la vida de la persona.

Por esta razón, Menéndez (2007) defiende que el ambiente en que se produce el amamantamiento tiene que ser un espacio tranquilo y seguro, libre de tensiones internas o externas. En cambio, si la madre está ansiosa, triste o tensa en lugar de estar pendiente de las necesidades de su hijo, el niño dejará de sentir a su madre y a la comida como un ambiente seguro y contenedor, se verá envuelto en este clima afectivo contagiándose de los estados internos de su madre.

Otro problema puede ser que la madre interprete todas las demandas de su hijo en relación con la comida y que cada vez que llore, utilice ésta como si fuera el único remedio para las inquietudes de la vida, lo que promoverá una dependencia excesiva de la alimentación (Menéndez, 2007). Además, el niño podrá desarrollar la fantasía de que la comida tiene el poder de sanar todos los disgustos y frustraciones de la vida y así la utilizará a lo largo de los años.

Por el contrario, Winnicott usa el término “madre suficientemente buena” y “preocupación maternal primaria” para describir a una madre capaz de adaptarse de forma extremadamente sensible a las necesidades de su bebé (Lacruz, 2015). Esta madre será capaz de identificar que su hijo no solo le pide comida, también cariño, calor y serenidad.

Entonces podemos afirmar que la forma en que una madre da de comer tendrá un efecto importante en el desarrollo psíquico de su hijo. Genera un estado de confianza que facilita la regulación de sus estados internos y posteriormente el desarrollo de la capacidad de autorregulación del niño (Avellón, Báez, Requejo, y Sanz, 2009). Ya lo decía Winnicott (1947) en uno de sus ensayos, que una buena experiencia de alimentación posibilita una adecuada integración del yo, así como la percepción de que *“el mundo puede contener lo que uno desea y necesita”*.

Esta asociación que se establece entre el alimento y el afecto se mantiene a lo largo de la vida de cualquier persona, tanto es así que todas las culturas y sociedades

siguen utilizando la comida para comunicar sentimientos hacia los demás (amor, cuidado, dedicación...). Como expresa Rosa Calvo “en torno a los fogones las abuelas cocinan tradiciones, las madres despliegan afectos, los emigrantes recuerdan el hogar perdido, los empresarios cierran negocios y las parejas reafirman su amor” (Calvo, 2022).

2.2.2. *Síntoma somático de un conflicto intrapsíquico*

Teniendo en cuenta esta relación que se crea entre sujeto-alimento-afecto, es evidente que las dificultades con la comida nos hablan del mundo interno y emocional de la persona.

Desde un punto de vista psicodinámico, Menéndez sostiene que los problemas con la alimentación son una manera de expresar sentimientos que no pueden ser dichos, emociones que no pueden ser reconocidas o afectos que desde nuestro inconsciente intentan manifestarse (Menéndez, 2007). El síntoma muestra un conflicto, pero también oculta su sentido a la conciencia, por eso anteriormente expusimos que el comedor emocional tendrá dificultades para identificar y expresar sus emociones y deseos.

Las dietas, por ejemplo, pueden convertirse en autocastigos. La obesidad puede representar el miedo a ser sexualmente atractivo para el otro y el bajo peso el temor a crecer y dejar de ser niño.

El recién nacido recibe las sensaciones de ser amado, de seguridad y de protección a través del vínculo que crea con su madre mientras esta le alimenta. Por eso, desde la teoría de la oralidad también podríamos afirmar que la persona que siente descontrol en su vida, o que no es capaz de tolerar sus frustraciones, recurra a aquel placer seguro y conocido desde niño, la comida.

En conclusión, podríamos decir que la alimentación es un reflejo de cómo se encuentra el mundo emocional de la persona. Alguien se puede negar a comer por la pena que siente o, por el contrario, intentar llenar con comida un vacío insoportable más ligado a necesidades psíquicas que nutricionales. En cualquier caso, no debemos olvidar que el síntoma es tan solo una pequeña parte del conflicto que se hace visible.

2.3. Sobrepeso, obesidad y otros hábitos relacionados

La relación que se establece entre el afecto y la comida no es negativa en sí misma, todas las personas tienen cierto grado de hambre emocional, el problema según Calvo (2022) comienza cuando la comida se convierte en la única fuente de refuerzo y bienestar para la persona, cuando los atracones son la única forma de distracción y evasión o cuando la comida aporta compañía, serenidad y descanso ante ciertas situaciones vitales, entonces es cuando empieza a adquirir un carácter adictivo. Las personas comienzan a utilizar la comida como suelen utilizarse otro tipo de sustancias, como una forma de evitar el sufrimiento.

Estos altos niveles de hambre emocional tienen una serie de consecuencias físicas para las personas: un incremento de la ingesta y el desarrollo de Sobrepeso u Obesidad. La terapeuta Rosa Calvo (2022) diferencia dos grupos de pacientes: los pacientes obesos y los pacientes obesos con trastorno por atracón. Estos últimos, con mayores niveles de hambre emocional, presentan mayor vulnerabilidad biológica y cognitivo emocional, así como una sintomatología más grave que los primeros. Según Calvo (2022) las personas que utilizan la comida para evitar afectos negativos y sentimientos dolorosos son más sensibles a la estimulación aversiva y mantienen más presentes en su memoria recuerdos de experiencias negativas. Esto puede relacionarse con la investigación de Strien (2018) que entiende que comer emocionalmente actúa como mediador entre la depresión y la obesidad, poniendo en tela de juicio los tratamientos para la obesidad basados en estrictas dietas que no están obteniendo resultados positivos a largo plazo.

Si entendemos el origen de los TCA y la obesidad como multicausal, debemos de tener en cuenta otros factores que pueden estar interviniendo en el desarrollo y mantenimiento de esta problemática, esto explicaría por qué algunas personas con obesidad presentan síntomas de Trastorno por Atracón y otras no. En su investigación, Martínez Selva y Sánchez Navarro (2020) sostienen que son tres los procesos que pueden estar alterados en las personas con obesidad o trastornos de la conducta alimentaria: déficit de funciones ejecutivas, conducta impulsiva provocada por una actividad exagerada del sistema de recompensa cerebral e influencia de las emociones y estados afectivos en la conducta del comer (hambre emocional). Según Fernández de Mosteyrín y sus colaboradores (Fernández de Mosteyrín, Leal, Mancha y García-Camba, 2010) los pacientes con

obesidad u otros TCA presentan una alteración en la conciencia interoceptiva y, por lo tanto, dificultades para reconocer y responder adecuadamente a sus estados emocionales o sensaciones viscerales como el hambre o la saciedad. También debemos de tener en cuenta los determinantes ambientales (dificultades de conciliación familiar, ambiente obesogénico, exceso de actividades sedentarias, comer de forma inconsciente...), factores genéticos/biológicos, alteraciones en el normal funcionamiento del organismo (por ejemplo, padecer ciertas enfermedades), determinados hábitos alimentarios (dieta inadecuada, dependencia excesiva del contexto o del buen sabor del alimento), etc. (Calvo, 2022)

En las últimas décadas se han realizado numerosas investigaciones (Calvo, 2022) para conocer los efectos de las dietas o de la restricción alimentaria, demostrando que ejercer un control excesivo sobre la ingesta alimentaria tiene consecuencias devastadoras tanto físicas como psíquicas, entre ellas, el desarrollo de un deseo compulsivo de comer (craving), dificultades para discernir las señales de hambre y saciedad, aumento de peso, etc. Como menciona Calvo (2022), cualquier proceso corporal que dependa de estructuras subcorticales, como ocurre con el sueño o con nuestra temperatura corporal, no depende de la voluntad humana y cualquier alteración provocará una serie de consecuencias negativas para nuestro organismo. El objetivo no debe consistir en intentar controlar la comida, sino en dejar que se autorregule.

Desde esta perspectiva, debemos de tener en cuenta los factores psicológicos que influyen en el inicio y mantenimiento del Trastorno por Atracón y la Obesidad con el fin de ayudar a prevenir y tratar estas problemáticas. Por ejemplo, Devonport, Nicholls y Fullerton (2017), demostraron en su investigación que el estrés se asocia a una mayor ingesta de alimentos, y también que la depresión y la tristeza suelen anteceder a episodios de comer compulsivamente (atracones), así como el aburrimiento o la ira.

El presente estudio pondrá el foco en las variables familiares que puedan estar influyendo en el desarrollo del hambre emocional, pero también ha querido observar la relación que se establece entre la conducta alimentaria de una persona con otros hábitos de su vida. Peñas-Lledó y sus colaboradores (Peñas-Lledó, Sancho y Waller, 2002) demostraron que tanto el deporte como el consumo de tabaco y alcohol se relacionaban también con ciertas problemáticas en la alimentación.

Según esta investigación (Peñas-Lledó et al., 2002), no es posible hablar de cómo influye el ejercicio físico en los hábitos alimentarios sin tener en cuenta la variable de género. Los resultados demuestran que, en el caso de los hombres, realizar ejercicio físico correlaciona con mayores niveles de autoestima, autoeficacia y bienestar. En cambio, las mujeres que realizan ejercicio físico regularmente muestran mayor restricción alimentaria, mayor insatisfacción corporal y menor conciencia interoceptiva.

San Mauro y sus colaboradores (2014) opinan que esta diferencia no tiene tanto que ver con el género, sino con los fines con los que una persona realiza ejercicio físico. Cuando se ejercita con fines estéticos, para controlar el peso, adelgazar o ganar musculatura, hay un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria o de tener un mayor nivel de insatisfacción corporal.

Cada vez son más las investigaciones que demuestran que comer compulsivamente y abusar de sustancias activa el mismo circuito cerebral, por este motivo las personas con algún tipo de TCA tienen mayor riesgo de desarrollar problema de abuso de alcohol, sobre todo en el Trastorno por Atracción y la Bulimia Nerviosa (Kane et al., 2004; Ferriter y Ray, 2011; Flores-Fresco et al., 2018).

Desde una perspectiva psicoanalítica se entiende que las personas con síntomas de hambre emocional podrían haberse quedado fijadas en la fase oral, buscando placer y aliviando tensión por medio de la boca. Según la psicoanalista Isabel Menéndez (2007) el estancamiento en esta fase también puede expresarse mediante otros hábitos como un mayor consumo de alcohol, de tabaco o en la conducta de morderse las uñas.

2.4. Hambre emocional y variables familiares

2.4.1. Funcionamiento e interacción familiar desde el Modelo Circumplejo de Olson (FACES III)

En las últimas décadas, el modelo teórico y práctico más utilizado para realizar el diagnóstico relacional de familias con TCA y otras patologías, es el Modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares de Olson, Russel y Spenkle (1979). Estos autores comprendían que el funcionamiento y la interacción de una familia podría estudiarse teniendo en cuenta tres dimensiones: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación familiar.

- La *Cohesión* nos habla del grado de unión emocional que se percibe por parte de los miembros de la familia (Schmidt, 2010). Se refiere a los lazos que establece la familia entre sí, el tiempo que comparten juntos o con otras personas, la toma de decisiones, intereses, etc. (Fernández, 2015). Las familias podrían identificarse según el grado de cohesión como: desligadas, separadas, conectadas o apegadas.
- La *Adaptabilidad* se refiere al grado de flexibilidad y capacidad de cambio de liderazgo, roles o reglas dentro del sistema familiar (Fernández, 2015). Se pueden considerar cuatro niveles: rígidas, estructuradas, flexibles o caóticas.
- La *Comunicación* familiar se entiende como la capacidad de transmitir mensajes claros y congruentes, empatía, apoyo y afecto (Fernández, 2015). Esta dimensión se observa en la Figura 1 porque lo que hace es actuar como facilitador de cambio para las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Según los autores, cambiando el tipo de comunicación que tiene la familia, podrían modificarse las otras dos variables (Sigüenza, 2015).

Olson (2011) plantea que los extremos tanto en la dimensión de cohesión (familias desapegadas o fusionadas) como en la dimensión de adaptabilidad (familias rígidas o caóticas) reflejan un funcionamiento familiar problemático. Mientras que los niveles intermedios de ambas dimensiones se asocian a un funcionamiento más saludable. A

continuación, se muestran la Tabla 1 y la Tabla 2 para describir los diferentes tipos de familias.

Tabla 1.

Tabla descriptiva de los tipos de familia de acuerdo con la dimensión de “Cohesión” del Modelo Circumplejo

Tipos de familias	Tiempo compartido	Vinculación emocional	Fronteras/ Límites
Familias desligadas	Estimulan el desarrollo de la autonomía, pero no comparten tiempo juntos	Ninguna. Ausencia de sentimiento de seguridad y pertenencia.	Límites rígidos
Familias separadas	Los miembros de la familia comparten tiempo entre sí y con personas de fuera del sistema	Vínculo seguro, cálido y de empatía	Claros límites generacionales, muy independientes, pero con capacidad de tomar decisiones en familia
Familias conectadas	Los miembros de la familia comparten tiempo entre sí y con personas de fuera del sistema	Vínculo seguro, cálido y de empatía	Límites semi-abiertos, con espacio para el desarrollo personal de cada uno
Familias apegadas	Poco espacio para la privacidad y pocos intereses fuera de la familia	Altos niveles de dependencia y falta de diferenciación. Se	Límites difusos, dificultad para identificar el rol de cada miembro

demanda mucha

lealtad familiar.

Nota. Sigüenza, W. (2015). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. *Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología*. Ecuador.

Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D. y Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastorno de la conducta alimentaria. Una investigación desde el Modelo Circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9 (2), 153-162.

Tabla 2.

Tabla descriptiva de los tipos de familia de acuerdo a la dimensión de “Adaptabilidad” del Modelo Circumplejo

Tipos de familias	Liderazgo	Roles	Reglas
Familias caóticas	Ausencia de liderazgo	Cambio de roles constantes entre los miembros de la familia	Disciplina muy cambiante o ausente
Familias flexibles	Liderazgo compartido, se puede cambiar cuando la familia lo considere necesario	Roles compartidos, varían en función de las necesidades de la familia	Disciplina democrática
Familias estructuradas	Liderazgo compartido, se puede cambiar cuando la familia lo considere necesario	Roles compartidos, varían en función de las necesidades de la familia	Disciplina democrática
Familias rígidas	Liderazgo autoritario	Roles absolutamente fijos, intransigentes	Disciplina rígida, sin opción de cambios

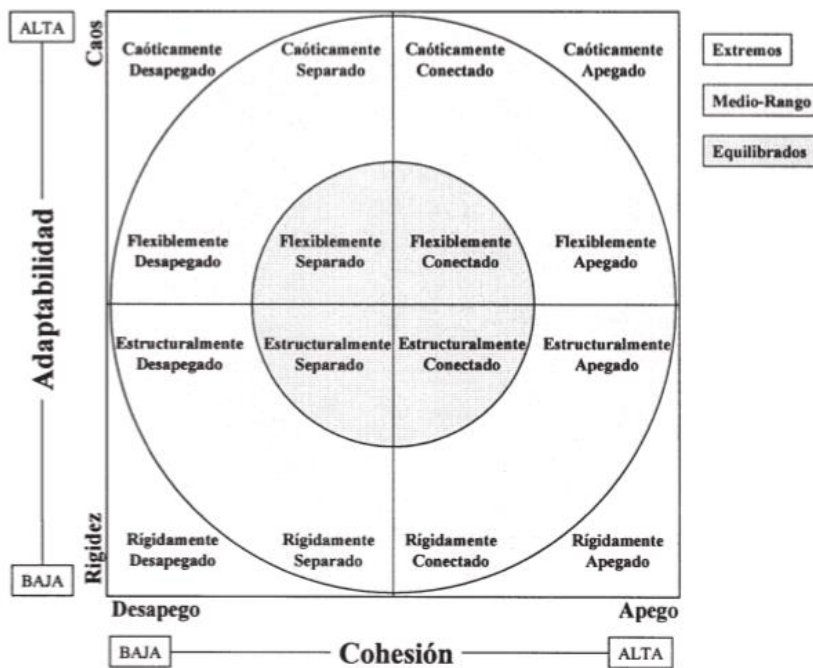
Nota. Sigüenza, W. (2015). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. *Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología*. Ecuador.

Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D. y Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastorno de la conducta alimentaria. Una investigación desde el Modelo Circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9 (2), 153-162.

Para evaluar estas dimensiones Olson, Portner y Lavee (1980) crearon un instrumento de medida, el FACES, que ya ha pasado por varias modificaciones. En el presente trabajo utilizamos la versión FACES III (Olson et al., 1985) para determinar en qué dimensión del gráfico se sitúan los sujetos de nuestro estudio al tener en cuenta la variable de cohesión y la variable de adaptabilidad. A continuación, se muestra la Imagen 1 para describir el Modelo Circumplejo y los 16 tipos de sistemas familiares que resultan.

Figura 1:

Modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares de Olson (1978)



Nota. Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338

2.4.2. *Clima familiar*

Numerosas investigaciones se han dedicado a estudiar qué características específicas del funcionamiento familiar pueden considerarse factores de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria y por lo tanto también para el hambre emocional.

Se ha demostrado que un patrón de alta conflictividad, baja cohesión y baja expresividad emocional juegan un importante papel en la etiología de la Bulimia Nerviosa y el Trastorno por Atracón (Dimitropoulos, Freeman, Bellai y Olmsted, 2003; Sainos-López, Sánchez, Vázquez y Gutiérrez, 2015; Tetzlaff, Schmidt, Brauhardt y Hilbert, 2016). Según Tetzlaff (2016), en las familias de miembros con Trastornos por Atracón también se observan dificultades para satisfacer las necesidades emocionales, así como una falta de flexibilidad y de adaptabilidad para aceptar la autonomía de sus miembros o para cambiar su estructura cuando el ambiente lo requiere.

López, Herrero y Botella (2014), también hablan del excesivo control parental, el intrusismo y la hiperprotección como variables familiares que dificultan la individualización de los hijos y que suponen un riesgo para desarrollar algún tipo de TCA.

Según Romano y Heron (2021) este clima de baja cohesión y expresividad puede favorecer que los padres usen el alimento en forma de premio y de regulación emocional con sus hijos, lo que fomenta una mayor represión emocional y mayores niveles de hambre emocional a corto y largo plazo. Estos hallazgos sugieren que el comer emocional no solo está relacionado con las dificultades individuales para hacer frente al afecto negativo, sino también con dificultades en los vínculos y en la comunicación entre padres e hijos.

Por otro lado, Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006) también sugieren la importancia del clima familiar que se crea a la hora de las comidas y que puede reforzar hábitos alimentarios saludables y prevenir conductas alimentarias problemáticas o, por el contrario, favorecer la aparición de creencias erróneas y miedos hacia la alimentación. En su estudio se demostró que las familias con mayor riesgo para desarrollar problemas alimentarios presentaban: mayor nivel de disciplina y rigidez hacia la alimentación,

preocupaciones por el aspecto físico y altos niveles de conflictividad en las relaciones familiares.

En esta misma línea de estudio, Laliberté, Boland y Leichner (1999) destacaron que la preocupación de la familia por el peso y la figura, por las apariencias sociales y el énfasis en los logros, eran factores de riesgo para desarrollar cualquier tipo de problemática alimentaria. Además, se ha demostrado que los comentarios críticos o burlas de los padres y el estímulo para hacer dieta se asocia con la insatisfacción corporal, intentos de restricción y pérdida de peso, conductas alimentarias desordenadas y de alto riesgo, y trastornos alimentarios (Rodgers y Chabrol, 2009).

Estos resultados son coherentes con la premisa de la teoría de los sistemas familiares de que la psicopatología individual puede ser el resultado de patrones disfuncionales de interacción y comunicación familiar. Sin embargo, es necesario mencionar que los resultados de otras investigaciones contradicen estos datos, sosteniendo que los hallazgos de baja cohesión, baja expresividad y alto conflicto son típicos de familias disfuncionales en general y no específicamente de familias con miembros con trastornos de la conducta alimentaria (Sim et al., 2009; Stern et al., 1989).

2.4.3. Estilos de crianza y de alimentación

Numerosos estudios se han dedicado a lo largo del tiempo a entender de qué manera el patrón de crianza que tienen los padres repercute en el posterior funcionamiento de sus hijos. Se ha demostrado que los niños educados bajo un patrón autoritativo tienen un mayor sentimiento de autoeficacia y mejor gestión emocional. En cambio, los padres que educan bajo un estilo autoritario, permisivo o negligente no proporcionan a sus hijos oportunidades para que aprendan a hacer frente adecuadamente a los desafíos de la vida. Estos niños tendrán más dificultades de comportamiento, de gestión y regulación emocional y de tolerancia a la frustración.

Algunos autores han querido conocer la relación entre estos patrones de crianza y el hambre emocional (Topham et al., 2011), demostrando que los hijos de madres con un patrón de crianza autoritativo, emocionalmente responsivas y que toleran la expresión emocional de sus hijos sin minimizar su importancia, eran menos propensos a recurrir a

la comida ante circunstancias o emociones negativas. Al contrario de lo que ocurre con un estilo de crianza autoritario, en el que hay mucho control parental, pero poca afectividad y tolerancia a la expresión emocional. Estos niños reportaron mayores niveles de hambre emocional (Snoek, Engels, Janssens y Strien, 2007).

Otros autores (Patrick y Nicklas, 2005) han descrito la relación que se establece entre los estilos de alimentación de los padres y la posterior relación de sus hijos con la comida. Birch y Fisher (1998) identificaron tres patrones de alimentación infantil que se corresponden con la taxonomía de los estilos parentales: Autoritario, permisivo y autoritativo.

- *Estilo de crianza y de alimentación permisiva o “negligencia nutricional”*: Se caracteriza por poco control y falta de límites, pero una buena expresión del afecto. En cuanto a la alimentación es común que estos padres dejen que el niño ingiera lo que quiera y en las cantidades que él quiera.

- *Estilo de crianza y de alimentación autoritaria*: Se caracteriza por un alto control y una supervisión excesiva. Son familias con dificultades para expresar el afecto y muy rígidas en cuanto a las reglas de conducta. Intentan controlar la alimentación del niño impidiendo que coma ciertos alimentos y obligándole a ingerir otros. Se ha asociado este estilo de alimentación con una menor ingesta de frutas y verduras y menor sensibilidad a las señales fisiológicas de saciedad. Además, cuando los padres restringían el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares, se hacía más probable que los niños desearan y acaban ingiriendo en grandes cantidades estos alimentos “prohibidos” y en cambio, aquellos alimentos que tanto se alentaban a ingerir, acaban produciendo una mayor aversión por parte del niño. En términos de peso también se ha asociado un mayor índice de masa corporal en estos niños.

- *Estilo de crianza y de alimentación autoritativa*: En este caso hay un control alto por parte de los padres, pero también una buena expresión del afecto, expectativas altas sobre el hijo y también una buena comunicación. Se alienta al niño a comer alimentos saludables teniendo en cuenta sus elecciones y preferencias, los adultos determinan qué alimentos se ofrecen y los niños determinan qué alimentos se

comen. Se ha demostrado que estos niños acaban ingiriendo una mayor cantidad de frutas y verduras y menos comida “basura”, además de un mejor índice de masa corporal.

Según la terapeuta Calvo (2022) una posición negligente o permisiva podría ser la más perjudicial para la persona en cuanto a que impide que se desarrolle la tolerancia a la frustración. Los hijos no aprenden a esperar, sino que sus “deseos” son inmediatamente satisfechos, impidiendo que desarrollen respuestas adaptativas a los problemas y adversidades de la vida.

2.4.4. Modelado parental

Los hijos suelen considerar a sus padres figuras con las que identificarse y modelos de rol de género, en particular en lo que respecta a las actitudes hacia la forma del cuerpo y la alimentación. Por eso, diversos estudios se han interesado a lo largo del tiempo en conocer, desde la teoría del modelado, si la imagen corporal y los comportamientos alimentarios de los niños son modelados por los de sus padres.

Los resultados de estos estudios demuestran que sí existe una transmisión de las preocupaciones de los padres a sus hijos. Por ejemplo, se ha demostrado que existe una relación entre la dieta materna y comportamientos de restricción, impulso por la delgadez e insatisfacción corporal en sus hijas (Rodgers y Chabrol, 2009).

En cambio, los hijos de padres que dan mucha importancia a la regularidad de las comidas familiares parecen mostrar menos desórdenes alimentarios, lo que sugiere que también podría existir un efecto de modelado para las conductas alimentarias positivas (Rodgers y Chabrol, 2009).

En definitiva, los niños aprenden a comer no sólo a través de sus propias experiencias, sino también al observar a los demás (aprendizaje vicario). Cuando un niño que ya empieza a comer solo observa a sus mayores comer con tranquilidad y alegría, hablando y riendo, asociará la comida como algo bueno y placentero. Del mismo modo, si observa a su madre luchar contra las calorías y contra su propio cuerpo, también se hará más probable que desarrolle este tipo de conductas y de actitud hacia la alimentación.

2.5. Objetivos e hipótesis

El presente estudio tiene como **objetivo principal** estudiar la presencia de hambre emocional en una muestra de población general, así como examinar qué variables familiares pueden relacionarse con estos patrones de alimentación. Asimismo, los **objetivos específicos son:**

1. Examinar posibles características personales que correlacionen con el hambre emocional en relación con la literatura previa (seguir una dieta alimentaria, nivel de ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco, morderse las uñas).
2. Analizar cómo correlaciona el hambre emocional con el IMC de la muestra
3. Identificar si existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de hambre emocional y el riesgo a desarrollar un TCA.
4. Identificar si el modelado parental se relaciona con la presencia de hambre emocional.
5. Analizar si el hambre emocional correlaciona con el funcionamiento familiar (nivel de Cohesión y Adaptabilidad).
6. Examinar si el hambre emocional correlaciona con las dimensiones de los Estilos Parentales (Rechazo, Calidez emocional y Sobreprotección)

Teniendo en cuenta la literatura previamente contrastada y los anteriores objetivos, se plantean las siguientes **hipótesis:**

- 1.1. Se espera encontrar mayores niveles de hambre emocional en aquellos sujetos que siguen algún tipo de dieta alimentaria.
- 1.2. Se espera encontrar mayores niveles de hambre emocional o mayor riesgo de desarrollar un TCA en aquellos sujetos que realizan un mayor nivel de ejercicio físico.
- 1.3. Se espera encontrar mayores niveles de hambre emocional en aquellos sujetos que beben alcohol, fuman y se muerden las uñas.
- 2.1. Se espera encontrar mayores niveles de hambre emocional en aquellos sujetos con sobrepeso u obesidad.
- 3.1. Se espera encontrar mayor riesgo de desarrollar un TCA en aquellos sujetos que han dado altos niveles de hambre emocional.

- 4.1. Se espera que los síntomas de hambre emocional de los progenitores (comen cuando sienten emociones desagradables) correlacionen positivamente con los niveles de hambre emocional de la muestra.
- 4.2. Se espera que la insatisfacción corporal de los progenitores influya en un mayor nivel de hambre emocional en los sujetos de la muestra.
- 4.3. Se espera que los sujetos de la muestra hagan más dietas o tengan un mayor nivel de restricción alimentaria cuando sus progenitores también han llevado a cabo estas conductas.
- 4.4. Se espera que los sujetos de la muestra tengan mayores niveles de hambre emocional o mayor riesgo de desarrollar un TCA cuando en sus familias se ha dado mucha importancia al peso, el aspecto físico, la moda, etc.
- 5.1. Se espera que haya mayores niveles de hambre emocional en miembros de familias Desligadas y Apegadas (polos disfuncionales de la dimensión de Cohesión)
- 5.2. Se espera que haya mayores niveles de hambre emocional en miembros de familias Rígidas o Caóticas (polos disfuncionales de la dimensión de Adaptabilidad).
- 6.1. Se espera que los sujetos que han percibido mayores niveles de rechazo o sobreprotección o poca calidez emocional durante su infancia, presenten niveles más altos de hambre emocional en la actualidad.

3. MÉTODO

3.1. Diseño

Se trata de un estudio ex post facto retrospectivo. Para estudiar qué influencia han tenido las variables familiares en el desarrollo del hambre emocional (variable dependiente), se evaluará la actitud hacia la alimentación, así como el funcionamiento y la interacción familiar y los recuerdos que tienen del estilo de crianza que recibió durante su infancia (variables independientes). La información ha sido recogida a través de un cuestionario que se ha publicado en redes sociales.

3.2. Participantes

En el estudio participaron 200 personas (N=200). Estuvo compuesto por 133 mujeres (66,5%) y 67 hombres (33,5%), con edades comprendidas entre los 18 y los 39 años, siendo la edad media 26 años. El estudio se dirigió a una población adulta y no clínica, todos los participantes fueron seleccionados según los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad y menor de cuarenta años, no tener hijos y hablar correctamente el castellano. Los criterios de exclusión fueron: ser mayor de cuarenta años, tener hijos, haber sido diagnosticado alguna vez de un trastorno de la conducta alimentaria y no hablar correctamente el castellano.

Atendiendo a estos criterios tuvimos que eliminar 22 sujetos de la muestra, 20 de ellos por indicar que sí habían sido diagnosticados alguna vez de un trastorno de la conducta alimentaria y los otros 2 restantes por ser mayores de 40 años.

En cuanto a los datos sociodemográficos, más del 80% de la muestra han acabado la carrera o tienen un máster y tan solo el 4% de los sujetos están desempleados (sin estudiar y/o trabajar). El 76% de la muestra tiene una familia constituida por padres casados, mientras que el 16,5% tienen padres divorciados o separados, en menor medida hay familias reconstituidas (5%) y monoparentales (2,5%). En cuanto al tipo de convivencia que mantienen los participantes, aproximadamente la mitad de la muestra vive con sus padres (46%) y la otra mitad está independizada (54%).

3.3. Procedimiento

En primer lugar, se tuvo que solicitar la aprobación de la aplicación de la investigación al Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas. Una vez se obtuvo, pudimos realizar el cuestionario utilizando la herramienta de Google Forms. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico incidental distribuyendo el cuestionario por medio de redes sociales como whatsapp y correo electrónico.

A cada sujeto de este estudio se le explicó en que consistía la investigación y de acuerdo con el consentimiento informado, se les expresó el carácter anónimo y confidencial de sus respuestas y la voluntariedad de participar en este estudio. Junto con la cláusula de protección de datos, se presentaron una serie de preguntas de carácter sociodemográfico y una batería de instrumentos para responder (EDI-I, FACES III, CCE y S-EMBU). No hubo un límite de tiempo para dar las respuestas, pero se calculó que tardarían aproximadamente 20 minutos en acabar de rellenar el cuestionario.

Posteriormente los datos fueron almacenados en una hoja de Excel para su posterior análisis mediante el programa SPSS versión 26.

3.4. Variables de estudio

Las variables del presente estudio, así como sus escalas de medida se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3.

Tabla de correspondencia entre las variables de estudio y su operativización

Variables relacionadas con la alimentación	Indicador operativo	Instrumento
Hambre emocional	Suma total de las puntuaciones de los 10 ítems de la escala CCE (Escala Likert 0-3)	CCE (<i>Cuestionario del comedor emocional</i>)

Patología alimentaria	Suma total de las puntuaciones de los 64 ítems de la escala EDI-1 (Escala Likert 0-5)	EDI-1 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria)
Obsesión por la delgadez	Suma de las puntuaciones de 7 ítems (Escala Likert 0-5). Intenso impulso de estar mas delgado o fuerte temor a la gordura.	EDI-1
Bulimia	Suma de las puntuaciones de 7 ítems (Escala Likert 0-5). Tener pensamientos o darse comilonas o atracones de comida incontrolables.	EDI-1
Insatisfacción corporal	Suma de las puntuaciones de 9 ítems. (Escala Likert 0-5). Insatisfacción extrema con la forma general del cuerpo o con determinadas partes del mismo.	EDI-1
Miedo a la madurez	Suma de las puntuaciones de 8 ítems. (Escala Likert 0-5). Deseo de volver a la seguridad de la infancia.	EDI-1
Conciencia introceptiva	Suma de las puntuaciones de 10 ítems (Escala Likert 0-5). Dificultad para reconocer los estados internos físicos (hambre y saciedad) y emocionales.	EDI-1
Ineficacia	Suma de las puntuaciones de 10 ítems (Escala Likert 0-5). Sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida.	EDI-1

Perfeccionismo	Suma de las puntuaciones de 6 ítems (Escala Likert 0-5). Grado en que la persona cree que sus resultados personales deberían ser mejores.	EDI-1
Desconfianza interpersonal	Suma de las puntuaciones de 7 ítems (Escala Likert 0-5). Sentimiento de alienación, desinterés por establecer relaciones íntimas y dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.	EDI-1
IMC de la persona	IMC= kg/m ²	IMC (<i>Índice de Masa Corporal</i>)

Variables familiares	Indicador operativo	Instrumento
Funcionamiento familiar	Suma de las puntuaciones de los 20 ítems de la escala FACES III (Escala Likert 1-5) La suma de las subescalas nos indica el tipo de familia que es según su nivel de cohesión y adaptabilidad	FACES III (<i>Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar</i>)
Cohesión	Suma de las puntuaciones de 10 ítems (Escala Likert 1-5). Mide el grado de unión emocional	FACES III
Adaptabilidad	Suma de las puntuaciones de 10 ítems (Escala Likert 1-5). Mide el grado de flexibilidad y capacidad de cambio familiar	FACES III

Rechazo	Suma de las puntuaciones de 7 ítems (Escala Likert 1-4). Presencia de hostilidad, degradación, conductas abusivas y críticas, negligencia por parte de los progenitores, etc.	S-EMBU <i>(Cuestionario de Estilo Educativo Percibido por Adultos)</i>
Calidez emocional	Suma de las puntuaciones de 6 ítems (Escala Likert 1-4). Presencia de muestras de cariño, de aceptación, confianza y apoyo por parte de los progenitores.	S-EMBU
Sobrepotección	Suma de las puntuaciones de 10 ítems (Escala Likert 1-4) Mide el grado de intromisión de los padres, preocupación y control excesivos, altas expectativas, imposición de rígidas normas, etc.	S-EMBU

Nota. Garner, D.M (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D. y Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastorno de la conducta alimentaria. Una investigación desde el Modelo Circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9 (2), 153-162.

Penelo, E., Viladrich, M.C. y Doménech, J.M. (2009) *Cuestionario de estilo educativo percibido por niños (EMBU-C), adolescentes (EMBU-A) y progenitores (EMNU-P)*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

3.5. Instrumentos

Se aplicaron los siguientes cuestionarios para recoger información acerca de los participantes del estudio:

- **Cuestionario sociodemográfico:** Antes de responder a las pruebas psicométricas los participantes debieron responder a una serie de cuestiones de carácter sociodemográfico: datos sobre el género con que se identifican, edad, nacionalidad, formación académica, situación laboral, su núcleo de convivencia, la estructura de su familia de origen, IMC, consumo de alcohol y tabaco, si se

muerden las uñas, si están siguiendo algún tipo de dieta y el nivel de actividad física que mantienen a lo largo de la semana.

- **Ítems sobre modelado parental:** Para reconocer la influencia del modelado parental sobre el desarrollo del hambre emocional, se plantearon una serie de cuestiones relacionadas con los hábitos alimenticios de los progenitores, la presencia de hambre emocional, la satisfacción que tienen hacia su propio cuerpo, la importancia que le dan al aspecto físico, qué peso tienen, etc (Rodgers y Chabrol, 2009).
- **CCE** (*Cuestionario del Comedor Emocional*; Garaulet, Canteras, Morales, López-Guimera, Sánchez-Carracedo y Corbalán-Tutau, 2012). El objetivo de este cuestionario es identificar la ingesta emocional en personas adultas con obesidad, no obstante, también puede aplicarse a poblaciones no clínicas para evaluar en qué medida las emociones afectan a la conducta alimentaria de la muestra, como es el caso de este estudio. Está compuesto por 10 ítems con una escala de 4 puntos en la que los sujetos indican en qué medida les ocurre cada situación, siendo 1- Nunca y 4- Siempre, las puntuaciones más bajas nos indicarán menor presencia de hambre emocional. Puntuaciones totales de 0 a 20 nos indican que no hay hambre emocional o que los niveles de hambre emocional no implican riesgo para la salud física o psíquica de la persona, en cambio, puntuaciones de 21 a 30 sí nos indican niveles muy altos de hambre emocional, así como riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria. Las tres dimensiones que explican el 60% de la varianza tienen que ver con la desinhibición (alfa de Cronbach de 0,773), el tipo de alimento (alfa de Cronbach 0,656) y el sentimiento de culpa (alfa de Cronbach 0,612).
- **EDI-1** (*Eating Disorder Inventory-1*; Garner, Olmstead y Polivy, 1983; adaptado al castellano por Guimerá, Querol y Torrubia Beltri, 1987). Se trata de un cuestionario formado por 64 ítems distribuidos en 8 subescalas, tres de ellas (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) evalúan síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia nerviosa) y los otros cinco (Miedo a la madurez, Conciencia introceptiva, Ineficacia, Perfeccionismo y Desconfianza interpersonal) miden características

psicológicas generales que pueden asociarse al desarrollo de TCA (Herrero y Viña, 2005). El cuestionario se ha validado para personas mayores de 11 años y tiene una escala de 6 puntos en la que los pacientes responden según se sientan más identificados siendo 0- Nunca y 5-Siempre. En el presente estudio utilizaremos el mismo criterio que utilizaron Gandarillas y Febrel (2000), así como Herrero y Viña (2005) para determinar situaciones de riesgo de TCA: que la escala de Obsesión por la delgadez tenga una puntuación mayor de 11. Se muestra una consistencia interna menor en muestras no clínicas obteniendo un alfa de Cronbach entre 0,65 (en la escala de Miedo a Madurar) y 0,93. En cambio, en muestras clínicas el alfa de Cronbach oscila entre 0,80 y 0,93.

- **FACES-III** (*Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar*; Olson, Portner y Lavee, 1985; adaptado al castellano y validado en población española por Polaino-Lorente, A. y Martínez, P., 1995). El presente instrumento se desarrolló a partir del Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales de Olson (1979), está formado por 20 ítems que se puntúan en una escala de Likert de 5 puntos, siendo 1-Nunca y 5-Casi siempre. El objetivo del cuestionario atendiendo al Modelo Circumplejo, es evaluar las escalas de Cohesión y Adaptabilidad familiar. La consistencia interna del instrumento total muestra un alfa de Cronbach de 0,78, la escala de Cohesión muestra una consistencia interna mayor (0,72) que la escala de Adaptabilidad (0,68) en la adaptación española (Forjaz, et al. 2002).

- **Short-EMBU** (*Cuestionario de Estilo Educativo Percibido por Adultos*; Arrindel et al., 1999; adaptado al castellano y validado en población española por Arrindel et al., 2004). Se trata de una versión más abreviada del cuestionario Eigna Minen Beträffande Uppfostran (EMBU) de Perris, Jacobson, Lindstrom, Von knorring y Perris (1980). Este instrumento tiene como objetivo evaluar los recuerdos del adulto con respecto al estilo de crianza que recibió durante su infancia, es decir, se mide información de carácter histórico. Consta de 23 ítems y 3 escalas: Rechazo, Calidez emocional y Sobreprotección. Se contesta siguiendo una escala de 4 puntos tipo Likert, siendo 1- No nunca y 4- Sí siempre. La adaptación española muestra un alfa de Cronbach de 0,73-0,87.

3.6. Análisis estadísticos

Para la consecución del objetivo principal de esta investigación y facilitar la interpretación y comprensión de los resultados, se procedió a codificar las puntuaciones directas obtenidas en el CCE en “*sin riesgo de TCA*” y “*con riesgo de TCA*” atendiendo a los baremos estandarizados del manual de Garaulet y sus colaboradores (2012).

En primer lugar, se evaluó la distribución de la normalidad de la muestra por medio de la prueba estadística de *Kolmogorov-Smirnov*; al no poder asumir el supuesto de normalidad por ser inferior a ,01 se utilizaron pruebas no paramétricas para realizar los análisis de datos de esta investigación. Se describen a continuación.

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación típica de los datos, para las variables cualitativas se usaron frecuencias. La comparación de las variables cualitativas se llevó a cabo por medio de la prueba de *Ji-cuadrado* excepto en aquellos casos en que la frecuencia esperada era menor de 5 y superaba al 20% del total, en este caso se utilizó la *prueba exacta de Fisher*. Se utilizaron los residuos tipificados corregidos para interpretar de forma precisa la relación existente entre las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se compararon utilizando la prueba *U de Mann-Whitney*. Para conocer la asociación entre el hambre emocional, las variables clínicas del EDI-1 y las variables familiares del FACES III y del S-EMBU se ha calculado el coeficiente de correlación *rho de Spearman*.

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico *SPSS Statistics* versión 26 (IBM Corporation, 2019). La *p* presentó valores bilaterales a lo largo de toda la investigación y la significación estadística se estableció en $p < 0,05$ (95%), salvo en las comparaciones múltiples que se estableció la corrección por Bonferroni.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción sociodemográfica

En la tabla Tabla 4 se muestran las características sociodemográficas de la muestra con respecto a sus niveles de hambre emocional. A través de la prueba de Chi-cuadrado se encontraron diferencias significativas entre el *género* de la muestra en relación con el nivel de hambre emocional. En cambio, no se encuentran diferencias significativas entre el hambre emocional y el resto de variables sociodemográficas (*vivir con sus padres, nivel de estudios y situación laboral*). En la relación entre la *estructura de la familia de origen* y el hambre emocional, no se cumplía la frecuencia mínima en una de las variables de 5 y por lo tanto se utilizó el estadístico de Fisher. La prueba exacta de Fisher indica que tampoco hay diferencias significativas.

A continuación, también aplicamos los residuos corregidos utilizando un nivel de confianza de 0,95, y como valor de referencia 1,96 para determinar diferencias significativas. Gracias a los residuos tipificados corregidos podemos interpretar con precisión que las *mujeres* tienen mayores niveles de hambre emocional y por lo tanto mayor riesgo a desarrollar un TCA (2,0) que los hombres. Con respecto al nivel de estudios, el factor “*universidad*” también tiene un número de sujetos mayor de lo que cabría esperar bajo la condición de independencia (2.1).

Tabla 4.

Características sociodemográficas de la muestra

	C.E con riesgo de TCA		C.E sin riesgo de TCA		Prueba Chi-cuadrado (χ^2)
	N (%)	Residuos corregidos	N (%)	Residuos corregidos	
Género					$\chi^2= 3,956; p=0,047^{*a}$
<i>Hombre</i>	34 (28)	-2.0	33 (41,5)	2.0**	
<i>Mujer</i>	85 (72)	2.0**	48 (58,5)	-2.0	

Nivel estudios					$\chi^2= 4,967; p=0,291^a$
<i>Secundaria</i>	3 (2,5)	,0	2 (2,4)	,0	
<i>Bachillerato</i>	13 (11)	1,2	5 (6,1)	-1,2	
<i>Formación</i>	10 (8,5)	0,3	6 (7,3)	-0,3	
<i>Profesional</i>					
<i>Universidad</i>	40 (33,9)	-2,1	40 (48,8)	2,1**	
<i>Máster</i>	52 (44,1)	1,2	29 (35,4)	-1,2	
Situac. laboral					$\chi^2= 2,895; p=0,408^a$
<i>Estudiante</i>	35 (29,7)	-0,9	29 (35,4)	0,9	
<i>Empleado</i>	43 (36,4)	-0,7	34 (41,5)	0,7	
<i>Estudiante y empleado</i>	34 (28,8)	1,3	17 (20,7)	-1,3	
<i>Desempleado</i>	6 (5,1)	0,9	2 (2,4)	-0,9	
Convivencia					$\chi^2=1,524; p=0,217^a$
<i>Con padres</i>	50 (42,4)	-1,2	42 (51,2)	1,2	
<i>Sin padres</i>	68 (57,6)	1,2	40 (48,8)	-1,2	
					Prueba de Fisher
					(F)
Estruct.familia					$F=2,754; p=0,612^b$
de origen					
<i>Padres casados</i>	88 (74,6)	-0,6	64 (78)	0,6	
<i>Padres divorciados</i>	14 (11,9)	1,1	6 (7,3)	-1,1	
<i>Padres separados</i>	9 (7,6)	0,8	4 (4,9)	-0,8	
<i>Familia monoparental</i>	2 (1,7)	-0,9	3 (3,7)	0,9	

<i>Familia</i>	5 (4,2)	-0,6	5 (6,1)	0,6
<i>reconstituida</i>				

Nota. CE (Comedor emocional). TCA (Trastornos de la conducta alimentaria)

^a prueba de Chi-cuadrado

^b prueba exacta de Fisher

*. $p < 0,05$. Los valores en negrita son significativos

** Residuos mayores a 1,96

4.2. Perfil del comedor emocional

En la Tabla 5 se analizan las características comunes del hambre emocional por medio de la prueba de Chi-cuadrado. A diferencia de otras investigaciones, no hay diferencias significativas entre la *dieta*, el *ejercicio físico*, el *consumo de alcohol*, el *tabaco*, el *hábito de comerse las uñas* o el *IMC* de la muestra con respecto a los niveles de hambre emocional. En aquellas comparaciones en las que no se cumplía la frecuencia mínima en una de las variables de 5, se ha utilizado el estadístico de Fisher, como es el caso del *consumo de alcohol* y *el IMC*. La prueba exacta de Fisher indica que tampoco hay diferencias significativas entre estas variables.

El *riesgo de desarrollar un TCA* se ha calculado en base a tener una puntuación mayor que 11 en la escala de Obsesión por la delgadez del EDI-1 y en este caso sí muestra diferencias significativas con el nivel de hambre emocional. Gracias a la prueba de Chi-cuadrado y atendiendo a los residuos corregidos (4,0) podemos afirmar que existe mayor riesgo de desarrollar un TCA en individuos con altos niveles de hambre emocional. Esto nos indica que los criterios para identificar un riesgo de TCA en ambos instrumentos (EDI-1 y CCE) correlacionan entre sí.

Tabla 5.

Análisis de las características del hambre emocional

C.E con riesgo de TCA		C.E sin riesgo de TCA		
(N=118)		(N=82)		
N (%)	Residuos	N (%)	Residuos	Prueba Chi-
	corregidos		corregidos	cuadrado (x^2)

Dieta alimentaria					$\chi^2= 0,155;$
					$p=0,694^a$
<i>Hace dieta</i>	15 (12,8)	0,4	9 (11)	-0,4	
<i>No hace dieta</i>	102 (87,2)	-0,4	73 (89)	0,4	
Ejercicio físico					$\chi^2= 3,436;$
					$p= 0,329^a$
<i>Sedentario</i>	10 (8,5)	1,8	2 (2,4)	-1,8	
<i>Leve</i>	24 (20,3)	-0,5	19 (23,2)	0,5	
<i>Moderado</i>	53 (44,9)	0,1	36 (43,9)	-0,1	
<i>Vigoroso</i>	31 (26,3)	-0,7	25 (30,5)	0,7	
Fumar/morderse las uñas					$\chi^2= 1,415;$
					$p=0,702^a$
<i>No fuma ni se muerde las uñas</i>	66 (55,9)	1,2	39 (47,6)	-1,2	
<i>Fuma y se muerde las uñas</i>	14 (11,9)	-0,3	11 (13,4)	0,3	
<i>Fuma, pero no se muerde las uñas</i>	17 (14,4)	-0,7	15 (18,3)	0,7	
<i>Se muerde las uñas, no fuma</i>	21 (17,8)	-0,5	17 (20,7)	0,5	
Riesgo de TCA					$\chi^2= 16,170;$
					$p=,000^{*a}$
<i>Sí</i>	24 (20,3)	4,0**	1 (1,2)	-4,0	
<i>No</i>	94 (79,7)	-4,0	81 (98,8)	4,0**	
					Prueba de Fisher
					(F)

Cuánto beben las					F= 0,286;
mujeres					p=0,950 ^b
<i>No bebe</i>	20 (23,5)	0,1	11 (22,9)	-0,1	
<i>Bebe sin riesgo</i>	61 (71,8)	0,1	34 (70,8)	-0,1	
<i>Bebe con riesgo</i>	4 (4,7)	-0,4	3 (6,3)	0,4	
Cuánto beben los					F= 0,567;
hombres					p=0,856 ^b
<i>No bebe</i>	5 (15,2)	0,1	5 (14,7)	-0,1	
<i>Bebe sin riesgo</i>	25 (75,8)	0,5	24 (70,6)	-0,5	
<i>Bebe con riesgo</i>	3 (9,1)	-0,7	5 (14,7)	0,7	
IMC					F=4,137; p=0,255 ^b
<i>Infrapeso</i>	7 (5,9)	1,7	1 (1,2)	-1,7	
<i>Normal</i>	91 (77,1)	-1,2	69 (84,1)	1,2	
<i>Sobrepeso</i>	15 (12,7)	-0,1	11 (13,4)	0,1	
<i>Obesidad</i>	5 (4,2)	1,2	1 (1,2)	-1,2	

Nota. CE (Comedor emocional). TCA (Trastornos de la conducta alimentaria). IMC (Índice de masa corporal)

^a prueba de Chi-cuadrado

^b prueba exacta de Fisher

* $p < 0,05$. Los valores en negrita son significativos

** Residuos mayores a 1,96

4.3. Patología alimentaria y hambre emocional

En la Tabla 6 se realiza la prueba de Mann-Whitney para examinar qué variables del EDI-1 se relacionan con el hambre emocional. La prueba revela que en las escalas de *Obsesión por la delgadez*, *Bulimia*, *Insatisfacción corporal*, *Conciencia interoceptiva* y *Sentimiento de ineficacia* hay diferencias significativas con el nivel de hambre emocional de la muestra. En cambio, las escalas de *Miedo a la madurez*, *Perfeccionismo* y *Desconfianza interpersonal* no muestran diferencias significativas. Estos hallazgos nos permiten determinar qué variables de la patología alimentaria se relacionan con el hambre emocionales y cuáles no.

A continuación, en la Tabla 7, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para estudiar las correlaciones entre el hambre emocional y las variables clínicas del EDI-1, así como con el IMC. Se observa una relación positiva y significativa entre *el hambre emocional* y la *puntuación total del EDI*. De acuerdo con la prueba de Mann-Whitney, también hay una relación positiva y significativa con las subescalas de *Obsesión por la delgadez*, *Bulimia*, *Insatisfacción corporal*, *Conciencia interoceptiva* y *Sentimiento de ineficacia*. En este caso también hallamos puntuaciones significativas en las escalas de *Perfeccionismo* y *Miedo a la madurez*, pero no hay relación con la escala de *Desconfianza interpersonal* y con el *IMC* de la muestra.

Tabla 6.

Análisis de la relación entre las variables clínicas del EDI-1 y el hambre emocional

	C.E con riesgo de	C.E sin riesgo de	Prueba de Mann-
	TCA (N=118)	TCA (N=82)	Whitney
	Media (DT)	Media (DT)	P
EDI Total	50,97 (22,90)	33,00 (17,74)	,000
<i>Obsesión por la delgadez</i>	7,25 (4,95)	2,46 (2,99)	,000
<i>Bulimia</i>	4,25 (3,10)	1,67 (1,71)	,000
<i>Insatisfacción corporal</i>	8,08 (5,86)	3,83 (4,24)	,000
<i>Miedo a la madurez</i>	7,68 (4,61)	6,74 (3,58)	,182
<i>Conciencia interoceptiva</i>	7,86 (5,71)	5,41 (5,03)	,002
<i>Sentimiento de ineficacia</i>	5,41 (5,43)	3,07 (4,15)	,000
<i>Perfeccionismo</i>	6,79 (3,85)	6,32 (4,67)	,160
<i>Desconfianza interpersonal</i>	3,67 (3,39)	3,49 (3,31)	,752

Nota. DT (Desviación típica). CE (Comedor emocional). TCA (Trastornos de la conducta alimentaria). Los valores en negrita son significativos por corrección de Bonferroni $p < 0,005$

Tabla 7:*Correlaciones entre las variables clínicas del EDI-1, el IMC y el hambre emocional*

	EDI	O	BN	I	M	C	IN	P	D	IMC
total										
H.E	,588**	,646**	,609**	,471**	,148*	,374**	,334**	,215**	0,87	0,160

Nota. H.E (Hambre emocional). IMC (Índice de masa corporal) En el EDI-1: O (Obsesión por la delgadez). BN (Bulimia). I (Insatisfacción corporal). M (Miedo a la madurez). C (Conciencia interoceptiva). IN (Ineficacia). P (Perfeccionismo). D (Desconfianza interpersonal).

*. $p < ,05$ (bilateral). **. $p < ,01$ (bilateral). Los valores en negrita son significativos.

4.4. Influencia de las variables familiares en el hambre emocional

En la tabla 8 se realizó la prueba de Mann-Whitney para comprobar si hay una relación estadísticamente significativa entre el hambre emocional y el funcionamiento familiar de la muestra, así como el estilo parental con el que fueron criados. Con respecto al funcionamiento familiar nos encontramos con que no hay diferencias significativas en la *puntuación total del FACES III* y el hambre emocional, tampoco las subescalas de *cohesión* y *adaptabilidad familiar* correlacionan con los niveles de hambre emocional de los sujetos. En cambio, los resultados sí que arrojan diferencias significativas en cuanto a los *estilos de crianza* observando que, mayores niveles de *rechazo* y *sobreprotección* se asocian a mayores niveles de hambre emocional, así como riesgo de desarrollar un TCA. La variable “*calidez*” tampoco parece mostrar diferencias estadísticamente significativas.

A raíz de los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar se pudo agrupar la muestra según los distintos tipos de familia del Modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares de Olson, Russel y Spenkle (1979). A continuación, en la Tabla 9, se llevó a cabo la prueba de Chi-cuadrado; los resultados asumen que no hay diferencias significativas en el nivel de hambre emocional en función del tipo de familia. En cambio, el análisis de los residuos corregidos nos indica que las familias *desligadas* tienen mayores niveles de hambre emocional, así como más riesgo de sufrir un TCA al hallar un mayor número de sujetos (2,2) en este factor de lo esperable por azar o bajo la condición de independencia.

Tabla 8:

Análisis de las diferencias en el funcionamiento familiar y los estilos parentales entre los comedores emocionales con y sin riesgo de TCA

	C.E con riesgo de	C.E sin riesgo de	Prueba de Mann-
	TCA	TCA	Whitney
	(N=118)	(N=82)	
	Media (DT)	Media (DT)	P
Func. familiar	63,32 (13,69)	67,73 (12,30)	0,023
(FACES total)			
<i>Cohesión</i>	34,65 (7,73)	37,44 (6,74)	0,018
<i>Adaptabilidad</i>	28,67 (7,30)	30,29 (6,97)	0,075
Estilos parentales			
<i>Rechazo</i>	11,87 (4,75)	9,57 (2,50)	0,002
<i>Calidez</i>	17,75 (3,85)	18,46 (2,80)	0,367
<i>Sobreprotección</i>	24,27 (5,15)	21,95 (4,52)	0,001

Nota. DT (Desviación típica). CE (Comedor emocional). TCA (Trastornos de la conducta alimentaria). Los valores en negrita son significativos por corrección de Bonferroni $P < 0,016$

Tabla 9:

Análisis del nivel de hambre emocional en función del tipo de familia

	C.E con riesgo de TCA		C.E sin riesgo de TCA		Prueba Chi- cuadrado (χ^2)
	(N=118)		(N=82)		
	N (%)	Residuos corregidos	N (%)	Residuos corregidos	
Cohesión					$\chi^2=5,527$; $p=0,137^a$
<i>Desligada</i>	57 (48,3)	2,2**	27 (32,9)	-2,2	
<i>Separada</i>	35 (29,7)	-0,5	27 (32,9)	0,5	
<i>Conectada</i>	17 (14,4)	-1,4	18 (22,0)	1,4	
<i>Apegada</i>	9 (7,6)	-1,1	10 (12,2)	1,1	
Adaptabilidad					$\chi^2=4,666$; $p=0,198^a$

<i>Rígida</i>	13 (11,0)	1,2	5 (6,1)	-1,2
<i>Estructurada</i>	23 (19,5)	1,6	9 (11,0)	-1,6
<i>Flexible</i>	21 (17,8)	-0,5	17 (20,7)	0,5
<i>Caótica</i>	61 (51,7)	-1,5	51 (62,2)	1,5

Nota. CE (Comedor emocional). TCA (Trastornos de la conducta alimentaria).

^a prueba de Chi-cuadrado

* $p < 0,05$. Los valores en negrita son significativos

** Residuos mayores a 1,96

Para conocer la influencia del modelado parental sobre el desarrollo del Hambre Emocional se llevó a cabo una prueba de Chi-cuadrado desarrollada en la Tabla 10. Los ítems “*creo que mi madre come cuando siente emociones desagradables*” y “*creo que mi padre come cuando siente emociones desagradables*” han dado diferencias significativas con el nivel de hambre emocional de la muestra. El resto de variables relacionadas con el hambre emocional de los progenitores, no muestra diferencias significativas con el nivel de hambre emocional de la muestra. Para conocer si existían diferencias significativas entre el *peso de los progenitores* y el nivel de hambre emocional de la muestra se llevó a cabo la prueba de Fisher, ya que no se cumplía la frecuencia mínima en una de las variables de 5 en la prueba de Chi-cuadrado.

Atendiendo a los residuos corregidos podemos interpretar con precisión que los hijos de padres que *comen cuando sienten emociones desagradables* tienen mayores niveles de hambre emocional, así como mayor riesgo a desarrollar un TCA. Además, en los residuos se ha encontrado que, dentro del grupo de sujetos con mayores niveles de hambre emocional y riesgo de desarrollar un TCA, las *madres presentaban también mayores niveles de insatisfacción corporal (2,1)* de lo que cabría esperar bajo la condición de independencia. En este mismo grupo de riesgo de TCA, hay un mayor número de *padres que no hacen dieta* de lo que se esperaría por azar (2,0).

Tabla 10.*Análisis de la influencia del modelado sobre el desarrollo del Hambre Emocional*

	C.E con riesgo de TCA		C.E sin riesgo de TCA		Prueba Chi-cuadrado (χ^2)
	(N=118)		(N=82)		
	N (%)	Residuos corregidos	N (%)	Residuos corregidos	
Satisfacción corporal madre					$\chi^2=7,419$; p=0,24 ^a
<i>Sí</i>	40 (33,9)	-2,6	43 (52,4)	2,6**	
<i>No</i>	44 (37,3)	2,1**	19 (23,2)	-2,1	
<i>Tal vez</i>	34 (28,8)	0,7	20 (24,4)	-0,7	
Satisfacción corporal padre					$\chi^2=1,618$; p=0,445 ^a
<i>Sí</i>	57 (48,3)	-1,3	47 (57,3)	1,3	
<i>No</i>	24 (20,3)	0,8	13 (15,9)	-0,8	
<i>Tal vez</i>	37 (31,4)	0,7	22 (26,8)	-0,7	
Dieta materna					$\chi^2=1,724$; p=0,422 ^a
<i>Sí</i>	74 (62,7)	1,3	44 (53,7)	-1,3	
<i>No</i>	36 (30,5)	-1,3	32 (39,0)	1,3	
<i>Tal vez</i>	8 (6,8)	-0,1	6 (7,3)	0,1	
Dieta paterna					$\chi^2=4,048$; p=0,132 ^a
<i>Sí</i>	47 (39,8)	-1,6	42 (51,2)	1,6	
<i>No</i>	63 (53,4)	2,0**	32 (39,0)	-2,0	
<i>Tal vez</i>	8 (6,8)	-0,8	8 (9,8)	0,8	
C-Emociones desagr. madre					$\chi^2=26,535$; p=0,000 ^a

<i>Sí</i>	44 (37,3)	4,6**	7 (8,5)	-4,6	
<i>No</i>	49 (41,5)	-4,8	62 (75,6)	4,8**	
<i>Tal vez</i>	25 (21,2)	0,9	13 (15,9)	-0,9	
C-Emociones					$\chi^2=6,368;$
desagr. padre					p=0,041^a
<i>Sí</i>	33 (28,0)	2,2**	12 (14,6)	-2,2	
<i>No</i>	68 (57,6)	-2,4	61 (74,4)	2,4**	
<i>Tal vez</i>	17 (14,4)	0,7	9 (11,0)	-0,7	
Importancia					
belleza, físico, etc					
<i>Sí</i>	26 (22,0)	1,8	10 (12,2)	-1,8	
<i>No</i>	92 (78,0)	-1,8	72 (87,8)	1,8	
					Prueba de
					Fisher (F)
Peso materno					F=4,439;
					p=0,209 ^b
<i>Infrapeso</i>	4 (3,4)	-0,1	3 (3,7)	0,1	
<i>Normal</i>	78 (66,1)	-1,6	63 (76,8)	1,6	
<i>Sobrepeso</i>	32 (27,1)	1,2	16 (19,5)	-1,2	
<i>Obesidad</i>	4 (3,4)	1,7	0 (0,0)	-1,7	
Peso paterno					F=1,912;
					p=0,629 ^b
<i>Infrapeso</i>	2 (1,7)	0,3	1 (1,2)	-0,3	
<i>Normal</i>	65 (55,1)	-1,0	51 (62,2)	1,0	
<i>Sobrepeso</i>	44 (37,3)	0,5	28 (34,1)	-0,5	
<i>Obesidad</i>	7 (5,9)	1,2	2 (2,4)	-1,2	

Nota. CE (Comedor emocional). TCA (Trastornos de la conducta alimentaria).

^a prueba de Chi-cuadrado

^b prueba exacta de Fisher

* .p<0,05. Los valores en negrita son significativos

** Residuos mayores a 1,96

4.5. Hambre Emocional, patología alimentaria y variables familiares

Finalmente, en la Tabla 11, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para estudiar las correlaciones entre el Hambre Emocional, las variables clínicas del EDI-1 y las variables familiares del FACES III y del S-EMBU. Como hemos visto anteriormente, los niveles de *hambre emocional* de la muestra únicamente se relacionan significativa y positivamente con el nivel de *rechazo* y *sobreprotección* familiar. En cambio, el *EDI total* sí que tiene una relación significativa con todas las variables familiares, siendo esta relación negativa para las subescalas de *cohesión*, *adaptabilidad* y *calidez emocional* y positiva para el *rechazo* y la *sobreprotección*.

Las subescalas del S-EMBU de *rechazo* y *sobreprotección* familiar también correlacionan significativa y positivamente con todas subescalas del EDI-1 excepto con la *Insatisfacción corporal* y el *Miedo a la madurez*. La calidez también correlaciona significativa y negativamente con todas las subescalas del EDI-1 pero en este caso las excepciones son la *Obsesión por la delgadez* y el *Miedo a la madurez*.

En lo que respecta al FACES-III, la puntuación total del FACES y la subescala de cohesión correlacionan significativa y negativamente con todas las subescalas del EDI-1 excepto con la *Obsesión por la delgadez* y el *Miedo a la madurez*, igual que ocurre con la subescala de calidez. La cohesión familiar tampoco se relaciona con el *Perfeccionismo*. En cuanto al nivel de adaptabilidad familiar se observa que tan solo hay una relación significativa y negativa con los factores de *Sentimiento de ineficacia*, *Perfeccionismo* y *Desconfianza interpersonal*.

Tabla 11.

Correlaciones entre las variables clínicas del EDI-1, el hambre emocional y las variables familiares

	FACES	COH	ADAP	REC	CAL	SOB
total						
H.E	-0,122	-0,116	-0,115	0,271**	-0,100	0,246**

EDI total	-0,262**	-0,285**	-0,183**	0,245**	-0,301**	0,344**
O	-0,025	-0,045	-0,006	0,141*	-0,071	0,156*
B	-0,193**	-0,215**	-0,134	0,328**	-0,172*	0,228**
I	-0,179*	-0,221**	-0,100	0,081	-0,141*	0,136
M	-0,092	-0,092	-0,058	0,058	-0,084	0,036
C	-0,166*	-0,202**	-0,098	0,348**	-0,312**	0,279**
IN	-0,347**	-0,386**	-0,236**	0,309**	-0,340**	0,197**
P	-0,162*	-0,090	-0,206**	0,386**	-0,166*	0,397**
D	-0,244**	-0,246**	-0,184**	0,178*	-0,384**	0,157*

Nota. H.E (Hambre emocional). En el EDI-1: O (Obsesión por la delgadez). BN (Bulimia). I (Insatisfacción corporal). M (Miedo a la madurez). C (Conciencia interoceptiva). IN (Sentimiento de ineficacia). P (Perfeccionismo). D (Desconfianza interpersonal). En el FACES III: COH (Cohesión), ADAP (Adaptabilidad). En el S-EMBU: REC (Rechazo) Cal (Calidez) SOB (Sobreprotección).

*. $p < ,05$ (bilateral). **. $p < ,01$ (bilateral). Los valores en negrita son significativos.

5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

Cuando los niveles de hambre emocional sobrepasan ciertos límites se vuelve disfuncional para la vida de una persona, suponiendo un riesgo para la salud tanto física como psicológica y para desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Por este motivo, en el presente trabajo se ha querido estudiar qué factores personales y familiares pueden relacionarse con el desarrollo de estos altos niveles de hambre emocional.

Teniendo en cuenta la literatura y los objetivos de este estudio, se discuten los resultados obtenidos.

La **hipótesis 1.1** por la que se esperaba encontrar mayores niveles de hambre emocional en aquellos sujetos que siguen algún tipo de dieta alimentaria, **no se cumple**. Esto nos indica que, al contrario de lo que dicen las investigaciones (Calvo, 2022) la dieta alimentaria no influye en un mayor impulso u obsesión por la comida en nuestra muestra. Esto puede ser debido a que el tipo de dieta alimentaria seguida por los participantes de este estudio no es lo suficientemente restrictiva o que no se mantiene a lo largo del tiempo.

La **hipótesis 1.2** por la que se esperaba encontrar mayores niveles de hambre emocional en aquellos sujetos que realizan un mayor nivel de ejercicio físico **no se cumple**. Estos resultados pueden deberse a que los motivos por los que los sujetos de nuestra muestra realizan ejercicio físico no tienen que ver con fines estéticos, para controlar el peso o adelgazar, sino que predominan otras razones como realizar deporte como una forma de ocio, por salud física y emocional, etc. (San Mauro et al., 2014).

La **hipótesis 1.3** por la que se esperaban encontrar mayores niveles de hambre emocional en aquellos sujetos que beben alcohol, fuman y se muerden las uñas, **no se cumple**. Diversas investigaciones han demostrado la relación entre el consumo de alcohol y el Trastorno por Atracón o la Bulimia Nerviosa (Kane et al., 2004; Ferriter y Ray, 2011; Flores-Fresco et al., 2018), en cambio, parece que altos niveles de hambre emocional en una muestra no clínica no se relaciona con un mayor consumo de esta sustancia. Los

resultados también indican que los sujetos con mayores niveles de hambre emocional no muestran necesariamente más síntomas de un estancamiento en la fase oral.

La **hipótesis 2.1** en la que se esperaba encontrar mayores niveles de hambre emocional en aquellos sujetos con sobrepeso u obesidad, **no se cumple**. Esto puede ser debido a que la muestra de sujetos que han dado cifras en el IMC correspondientes a sobrepeso u obesidad tengan muy poca conciencia interoceptiva y, por lo tanto, dificultades para reconocer sus estados emocionales y ser conscientes de sus conductas hacia la alimentación (Fernández de Mosteyrín, 2010). También deben de tenerse en cuenta los factores genéticos, ambientales, hábitos alimentarios... que pueden estar interviniendo en los niveles de sobrepeso y obesidad de la muestra (Calvo, 2022)

La **hipótesis 3.1** en la que se esperaba encontrar un mayor riesgo de desarrollar un TCA en aquellos sujetos que han dado altos niveles de hambre emocional, **sí se cumple**. Esto nos indica que cuando las emociones median en los hábitos alimenticios de una persona ejerciendo algún tipo de control sobre la ingesta, se incrementa el riesgo de desarrollar un TCA. Además, esto nos indica que los criterios para determinar riesgo de desarrollar un TCA de los instrumentos EDI y CCE correlacionan entre sí y que las subescalas del EDI que correlacionan con el nivel de hambre emocional son la Obsesión por la delgadez, Insatisfacción corporal, Bulimia, Miedo a la madurez, Conciencia interoceptiva, Sentimiento de ineficacia y Perfeccionismo. La única subescala que no tiene una relación significativa es la de Desconfianza interpersonal.

La **hipótesis 4.1** en la que se esperaba encontrar que los síntomas de hambre emocional de los progenitores correlacionaban positivamente con los niveles de hambre emocional de la muestra, **sí se cumple**. Los resultados indican que los hijos de padres que comen cuando sienten emociones desagradables, corren mayor riesgo de desarrollar también estas conductas, lo que se explica por medio del aprendizaje vicario (Rodgers y Chabrol, 2009).

La **hipótesis 4.2** en la que se esperaba encontrar mayores niveles de hambre emocional en hijos de padres con insatisfacción corporal, **no se cumple**. Es posible que se deba a que en este caso el moldeamiento no ha tenido lugar. A pesar de estos resultados, los residuos corregidos indican que sí podría haber una relación entre la insatisfacción

corporal de la madre (y no del padre) con mayores niveles de hambre emocional en los hijos, lo que se correspondería con las investigaciones de Rodgers y Chabrol (2009). En relación con esto, **la hipótesis 4.3** en la que se esperaba encontrar un mayor nivel de hambre emocional en los sujetos cuyos progenitores realizaban algún tipo de dieta alimentaria **tampoco se cumple**, lo que también indica una falta de moldeamiento paterno.

La hipótesis 4.4 en la que se esperaba encontrar mayores niveles de hambre emocional en hijos cuyas familias le dan mucha importancia a la belleza, el aspecto físico, el peso y la moda, **no se cumple**, al contrario de lo indicado las investigaciones realizadas por Laliberté, Boland y Leichner (1999). En este caso los resultados pueden deberse a que tan solo 36 sujetos de la muestra han indicado que en sus familias se les da mucha importancia a estos aspectos.

La **hipótesis 5.1** en la que se esperaban mayores niveles de hambre emocional en miembros de familias desligadas y apegadas (polos disfuncionales de la dimensión de Cohesión), **no se cumple**. A pesar de la falta de relación significativa, los residuos corregidos nos indican que sí podría haber una relación entre el desarrollo de altos niveles de hambre emocional y familias desligadas. Se ha demostrado que el Trastorno por Atracón, así como otros trastornos de la conducta alimentaria se relaciona con bajos niveles de cohesión, intrusismo e hiperprotección parental (Dimitropoulos et al., 2003; López et al. 2014; Sainos-López et al., 2015; Tetzlaff et al., 2016), en cambio estos resultados nos indican que dicha relación no tiene por qué generalizarse a poblaciones no clínicas con hambre emocional. En relación con la dimensión de Adaptabilidad del FACES III, **la hipótesis 5.2** en la que se esperaban mayores niveles de hambre emocional en miembros de familias Rígidas o Caóticas **tampoco se cumple**. A pesar de las investigaciones que demuestran que la falta de flexibilidad y adaptabilidad para aceptar la autonomía de los miembros de la familia se asocian al desarrollo del Trastorno por Atracón (Tetzlaff et al., 2016), parece que en poblaciones no clínicas no se establece una relación significativa con le hambre emocional.

La **hipótesis 6.1** por la que se esperaba que los sujetos que han percibido mayores niveles de rechazo o sobreprotección o poca calidez emocional durante su infancia, presenten niveles más altos de hambre emocional en la actualidad **se cumple**

parcialmente. Los resultados indican que sí que hay un mayor nivel de hambre emocional en los sujetos que han sentido mayores niveles de rechazo y sobreprotección en su infancia. La literatura está de acuerdo con esta afirmación; Tetzlaff (2016) sostiene que en los pacientes con Trastorno por Atracción se observan dificultades para satisfacer las necesidades emocionales y López y sus colaboradores defienden que el exceso de control parental, el intrusismo y la hiperprotección dificultan la individualización de los hijos, suponiendo un riesgo para desarrollar un TCA. En cambio, no se identifica menor calidez emocional en los sujetos que muestran mayores niveles de hambre emocional, esto puede relacionarse con lo que Romano y Heron (2021) estudiaron a cerca del clima familiar; estos autores explican que una baja cohesión y expresividad puede favorecer que los padres usen el alimento como forma de premio y de regulación emocional, esto fomenta el desarrollo del hambre emocional y puede conllevar la experiencia subjetiva de un mayor nivel de calidez emocional.

Es necesario mencionar que, aunque las variables del FACES III relacionadas con el nivel de Cohesión y Adaptabilidad familiar no han dado relaciones significativas con el nivel de hambre emocional del CCE, sí lo han hecho con la puntuación total del EDI y con muchas de sus subescalas. Lo mismo ocurre con las escalas de rechazo, calidez y sobreprotección del s-EMBU.

5.2. Conclusiones

A continuación, se muestran las principales conclusiones del estudio teniendo en cuenta los anteriores resultados:

- Altos niveles de hambre emocional se consideran un factor de riesgo para desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- Altos niveles de hambre emocional suponen una mayor *insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez, bulimia, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, sentimiento de ineficacia y perfeccionismo.*
- El hambre emocional se puede desarrollar por medio de aprendizaje vicario.
- Hay mayores niveles de hambre emocional en hijos de padres y madres que comen cuando sienten emociones desagradables (principal rasgo del hambre emocional).

- Hay mayores niveles de hambre emocional en adultos que perciben altos niveles de *rechazo* y de *sobreprotección* familiar en su infancia.
- Los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar no se relacionan con los niveles de hambre emocional pero sí con la puntuación total del EDI.

5.3. Limitaciones y futuras líneas de investigación

El presente estudio ha mostrado una serie de *limitaciones*:

- a. El tamaño de la muestra es bastante reducido, lo que se considera una limitación para poder generalizar los resultados de esta investigación.
- b. Falta de homogeneidad de la muestra en cuanto a la variable de género, siendo un 66,5% mujeres y un 33,5% hombres.
- c. Debido al carácter retrospectivo de los instrumentos utilizados tan solo podemos acceder a la experiencia subjetiva de los sujetos, que no tiene por qué ser coherente con las experiencias de otros miembros de la familia o figuras significativas.
- d. Al haber utilizado medidas de autoinforme debemos de tener en cuenta, como posible sesgo de este estudio, la tendencia de los participantes a infradeclarar conductas que no son socialmente aceptables.
- e. Utilizar las redes sociales como método para difundir y contestar a los cuestionarios puede considerarse otra limitación al carecer de un control por parte del encuestador.

Es necesario tener en cuenta estas limitaciones para desarrollar *líneas de continuidad* del presente trabajo, como podrían ser:

- a. Replicar el presente estudio con una muestra de mayor tamaño y con una mayor homogeneidad en cuanto al género de los participantes para poder generalizar los resultados de esta investigación y determinar si las hipótesis que no se han cumplido podrían aceptarse bajo otras circunstancias.
- b. Al igual que en el estudio de Rodgers y Chabrol (2009), se podrían considerar las variables de género para determinar si hay diferencias en los resultados según el género de los participantes.

- c. Para minimizar el sesgo derivado del carácter retrospectivo de los instrumentos utilizados en esta investigación, sería pertinente que los progenitores de los participantes también respondieran a las cuestionares relacionadas con el clima familiar, el estilo de crianza y sus propios niveles de hambre emocional.
- d. En caso de poder ampliar este estudio a uno longitudinal podríamos determinar si los altos niveles de hambre emocional que consideramos como riesgo a desarrollar un TCA acaban resultando en este tipo de patología, así como conocer qué variables familiares y personales pueden influir en el desarrollo de este diagnóstico.
- e. Asimismo, sería interesante poder realizar este estudio con una muestra clínica de pacientes con altos niveles de hambre emocional, posiblemente con sobrepeso y obesidad y un grupo control. Esto nos permitiría detectar más fiablemente las características personales y variables familiares que se asocian al desarrollo del hambre emocional.

5.4. Implicaciones clínicas y preventivas

El estudio del hambre emocional puede conllevar un cambio significativo en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad, así como en su prevención.

Como se ha mencionado anteriormente en este trabajo, la incidencia de la Obesidad (OMS, 2021) y de los TCA (Infocop, 2021) ha ido en aumento en los últimos años. Los tratamientos para el sobrepeso y la obesidad no suelen obtener los resultados deseados a largo plazo a pesar de las técnicas conductuales utilizadas, la psicoeducación o los cambios en los hábitos alimenticios y en la actividad física (Calvo, 2022).

Teniendo en cuenta esta realidad a la que hacemos frente, es necesario explorar nuevos tratamientos y modelos terapéuticos capaces de prevenir y tratar este tipo de problemática. El estudio del hambre emocional pone el foco en las necesidades psíquicas de quien sufre sus consecuencias (sentimientos de vacío, falta de sostén y regulación emocional, etc) y en este caso, ponemos también el foco en el papel de la familia al entender que la participación de esta es imprescindible tanto en la prevención como en el tratamiento de los TCA y la Obesidad.

6. REFERENCIAS

- Arrindel, W.A., Akkerman, A., Bagés, N., Feldman, L., Caballo, V., Oei, T., Torres, B., Canada, G., Castro, J., Montgomery, I., Davis, M., Kenardy, J. Palenzuela, D., Richards, J., Leong, C., Simón, M. y Zaldívar, F. (2004). The Short-EMBU in Australia, Spain and Venezuela. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 56-66.
- Arrindel, W.A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., Recinos, L.A., Caszner, P., Peter, M., Battagliese, G., Kállai, J. y Van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613-628.
- Avellón, M., Báez, M., Requejo, B., y Sanz, B. (2009). La alimentación como experiencia de relación. *SEYPNA, Grupo perinatalidad: Temas a debate*, nº 2.
- Baile, J.I., Raich, R.M. y Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19(2), 187-192.
- Bascuas, M. (2018). Hambre fisiológica y hambre emocional ¿Cómo se diferencian? *ITA Especialistas en Salud Mental*. Recuperado de: <https://itasaludmental.com/blog/link/67>
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*, 28, 858-869.
- Birch, L. y Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101, 539-549

- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C., Rydell, S., Zucker, N. y Boutelle, K. (2014). Associations between child emotion eating and general parenting style, feeding practices, and parental psychopathology. *Appetite*, 80, 35-40.
- Calvo, R. (2022). *La despensa emocional. Tratamiento psicológico del sobrepeso y la obesidad*. España, Arán Ediciones, S.L.
- Cebolla, A., Perpiña, C., Lurbe, E., Álvarez-Pitti, J., y Botella, C. (2011). Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. *Anales de Pediatría*, 77 (2), 98-102.
- Clerget, S. (2011). *Sobrepeso Emocional*. México, Urano.
- Dalton, S. (1997). *Overweight and weight management: The health professional's guide to understanding and practice*. Maryland: Aspen Publications
- Devonport, T.J., Nicholls, W. y Fullerton, C. (2017). A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of Health Psychology*, 1-22.
- Dimitropoulos, G., Freeman, V., Bellai, K. y Olmsted, M. (2013). Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: Non-shared experiences and family functioning. *European Eating Disorder Review*, 21 (4), 284-293
- Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D. y Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastorno de la conducta alimentaria. Una investigación desde el Modelo Circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9 (2), 153-162
- Fernández de Moisteyrín, T., Leal, I., Álvarez-Estrada, A. y García-Camba, E. (2010). Conciencia interoceptiva en pacientes obesos: Implicaciones para el tratamiento. *Psiquiatría*, 9. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php>
- Ferriter, C. y Ray, L.A. (2011). Binge eating and binge drinking: an integrative review. *Eating Disorders*, 12, 99-107.

- Flores-Fresco, M.J., Blanco-Gandía, C. y Rogríguez-Arias, M. (2018). Alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con trastorno por abuso de sustancias. *Clínica y Salud*, 29 (3).
- Gandarillas, A. y Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimera, G., Sánchez-Carracedo, D. y Corbalán-Tutau, M.D. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 645-651.
- Garner, D.M (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Guimerá, E., Querol, E. y Torrubia Beltri, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*, 3, 185-190.
- Guisado, J. y Vaz, F. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón “binge eating disorder”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 77.
- Herrero, M. y Viña, C.M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de Secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 67-83.
- Humphrey, L. y Stern, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: A theoretical integration. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14(4), 337-350
- IBM Corporation. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp

Infocop (2021). *La necesidad de prevenir y abordar de forma temprana los trastornos de la alimentación*. Recuperado de:

https://www.infocop.es/view_article.asp?id=18486

Johnson, W., Grieve, F., Adams, C. y Sandy, J. (1999). Measuring Binge Eating in Adolescents: Adolescent and Parent Versions of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *Int J Eat Disor*, 26, 301-314.

Kane, T.A., Loxton, N.J., Staiger, P.K. y Dawe, S. (2004). Does the tendency to act impulsively underlie binge eating and alcohol use problems? An empirical investigation. *Personality and Individual Differences*, 36, 83-94.

Lacruz, J. (2015). *Donald Winnicott: vocabulario esencial*. Zaragoza: Mira.

Laliberté, M., Boland, F. y Leichner, P. (1999). Family Climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), 1021-1040.

López, C., Herrero, O., y Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 69-81.

Losada, A. y Marmo, J. (2013). *Herramientas de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española.

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338

Martínez, J.M. y Sánchez, J.P. (2021). Regulación emocional y obesidad: Un enfoque psicobiológico. *Journal of Behaviour and Feeding*, 1(1), 26-38.

Menéndez, I. (2007). *Alimentación Emocional*. Barcelona: Debolsillo

- Olson, D.H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3(1), 64-80.
- Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual)*. Minneapolis: Life Innovation
- Olson, D.H., Spence, D.H. y Russell, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family systems, I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Patrick, H. y Nicklas, T.A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *American College of Nutrition*, 24:2, 83-92.
- Peñas-Lledó, E., Sancho, L. y Waller, G. (2002). Eating attitudes and the use of alcohol, tobacco, and exercise among male and female adolescents. *Eating Behaviours*, 3, 101-111.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., Von Knorring L. y Perris, H. (1980) Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274.
- Polaino-Lorente, A. y Martínez, P. (1995). El índice de fiabilidad de las "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales" (3ª versión), en una muestra de población española. *Psiquis*, 16, 105-112.
- Ramírez, A. y Gómez, E. (2020). Prácticas educativas familiares y mediación parental vs dispositivos móviles. *Aula Abierta, Universidad de Oviedo*, 49 (2), 121-130.
- Ramírez, A.T. y García-Méndez, M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 45(3), 85-95.

- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A.K., Blechert, J. (2020). Emotional eating in healthy individuals and patient with eating disorder: evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies. *Nutrition Society*, 79. 290-299.
- Rodgers, R. y Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescent and young adults: a review. *European of Eating Disorders Review*, 17, 137-151.
- Romano, K. y Heron, K. (2021). Regulatory parental feeding behaviors, emotion suppression, and emotional eating in the absence of hunger: Examining parent-adolescent dyadic associations. *Appetite*, 165.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Scappatura, M.L., Elizathe, L., Leonardelli, E. y Custodio, J. (2021). Propiedades psicométricas del Eating Disorder Inventory (EDI) en población hispanoamericana. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 11(1), 52-75.
- Sainos D., Sánchez, M., Vázquez, E., y Gutiérrez, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención familiar*, 22(2), 54-57.
- Sánchez, J.L. y Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.
- San Mauro, I., Garicano, E., González, M., Villacorta, P., Megias A., Miralles, B., Figueroa, M., Sánchez, N.A., Bonilla, A., Arranz, P., Bernal, D., Ruiz, A.M., Moraleda, E. y de la calle, L. (2014). Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6).
- Schmidt, V., Barreyro, J. y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3 (2).
- Sigüenza, W. (2015). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. *Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología*. Ecuador

- Silva-Gutiérrez, C. y Sánchez-Sosa, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173-183
- Sim, L., Homme, J., Lteif, A, Vande Voort, J., Schak, K. y Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girl with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539.
- Snoek, H., Engels, R., Janssens, J. y Van Strien, T. (2007) Parental behaviour and adolescents emotional eating. *Appetite*, 49, 223-230
- Stern, S., Dixon, K., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E. y Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 25-31
- Strien, T. (2018). Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Current Diabetes Reports*, 18:35.
- Tetzladd, A., Schmidt, R., Brauhardt, A. y Hilbert, A. (2016). Family Functioning in Adolescents with Binge-Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*.
- Topham, G., Hubbs-Tait, L., Rutledge, J., Page, M., Kennedy, T., Shriver, L. y Harrist, A. (2011). Parenting styles, parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite*, 56, 261-264
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A. y Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios. Propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 26(4), 1063-1073.
- Vollmer, R.L. y Mobley, A.R. (2013). Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviours and body weight. A review. *Appetite*, 71, 232-241.

Winnicott, D.W. (1947). Nuevas reflexiones sobre los bebés como personas. *Biblioteca*

D. Winnicot. Recuperado de:

<https://www.psicoanalisis.org/winnicott/bebepers.htm>

7. ANEXOS

I. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mercedes Peleteiro Rosón, graduada en Psicología y alumna del Máster en Psicología General Sanitaria por la Universidad Pontificia de Comillas está realizando una investigación para la realización de su Trabajo de Fin de Máster en relación con la influencia del entorno familiar en el hambre emocional. El objetivo de este estudio consiste en evaluar y conocer qué variables familiares pueden asociarse al hambre emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria. Los resultados que obtengamos nos darán información a cerca de la etiología del hambre emocional y servirán para colaborar en la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad.

Para llevar a cabo el siguiente estudio se le pasará una encuesta con una serie de cuestionarios para medir el hambre emocional, sus actitudes hacia la comida y el funcionamiento familiar. Se trata de una actividad voluntaria, en caso de realizarse responder al cuestionario llevará unos 15 minutos aproximadamente y está diseñado para personas de entre 18 y 35 años que no tengan hijos.

Para proteger sus derechos y bienestar, los datos serán estudiados e investigados desde el respeto, la comprensión y manteniendo en todo momento su confidencialidad. Para proteger su privacidad y anonimato no se le pedirá el nombre ni ningún otro dato personal que pudiera identificarle. Solo Mercedes Peleteiro Rosón, como estudiante que realiza el TFM, mi directora de TFM y el responsable del STIC tendrán acceso a los datos recogidos en el cuestionario.

Yo: (Nombre y apellidos)

Declaro que:

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación

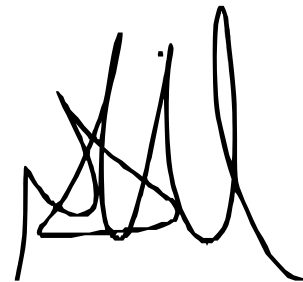
DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto y firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Firma del participante:

Firma del investigador:



Nombre:

Nombre: Mercedes Peleteiro Rosón

Fecha:

Fecha: 1.12.21

Cláusula de protección de datos

En todo el proceso de recogida de datos se garantiza el anonimato de los participantes y la voluntariedad de la participación. El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos contemplados en el

Reglamento (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La información obtenida no podrá asociarse a persona física identificada o identificable de conformidad con lo dispuesto en el citado Reglamento.

II. Cuestionario con los instrumentos utilizados

Cuestionario sociodemográfico y de modelado parental

- 1. ¿Cuál es tu edad? _____**

- 2. ¿Con qué género te identificas?**
 - a. Mujer
 - b. Hombre
 - c. Otra: _____

- 3. ¿Qué estudios has logrado hasta ahora?**
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Bachillerato
 - d. Formación Profesional
 - e. Universidad
 - f. Máster

- 4. Situación laboral actual**
 - a. Estudiante
 - b. Empleado
 - c. Estudiante y empleado
 - d. Desempleado
 - e. Tareas del hogar

- 5. ¿Cuál es tu país de nacimiento? _____**

- 6. Tu familia de origen está constituida por...**

- a. Padres casados o en convivencia
- b. Padres separados
- c. Padres divorciados
- d. Familia monoparental
- e. Familia reconstituida

7. ¿Vives actualmente con tus padres?

- a. Sí
- b. No

8. ¿Has sido diagnosticado/a alguna vez o estás diagnosticado/a de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria?

- a. Sí
- b. No

9. ¿Cuál es tu peso? (kg) _____

10. ¿Cuál es tu altura? (cm) _____

11. Actualmente, ¿estás siguiendo algún tipo de dieta?

- a. No
- b. Sí, para adelgazar
- c. Sí, para ganar músculo
- d. Otra: _____

12. ¿Cuál es tu nivel de actividad física durante la semana?

- a. Sedentario
- b. Leve
- c. Moderado
- d. Vigoroso

13. ¿Fumas y/o te muerdes las uñas?

- a. No
- b. Sí, fumo y me muerdo las uñas

- c. Fumo, pero no me muerdo las uñas
- d. Me muerdo las uñas, pero no fumo

14. Responde sólo si eres mujer: ¿Cuánto alcohol consumes a lo largo de la semana?

- a. Menos de 7 cubatas o menos de 14 cañas/vinos a la semana
- b. Más de 7 cubatas o más de 14 cañas/vinos a la semana
- c. No bebo

15. Responde sólo si eres hombre: ¿Cuánto alcohol consumes a lo largo de la semana?

- a. Menos de 10 cubatas o menos de 21 cañas/vinos a la semana
- b. Más de 10 cubatas o más de 21 cañas/vinos a la semana
- c. No bebo

16. ¿Está tu madre satisfecha con su cuerpo o apariencia física?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

17. ¿Está tu padre satisfecho con su cuerpo o apariencia física?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

18. ¿Tu madre ha hecho alguna vez dieta o come de manera restringida?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

19. ¿Tu padre ha hecho alguna vez dieta o come de manera restringida?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

20. ¿Crees que tu madre come cuando siente emociones desagradables?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

21. ¿Crees que tu padre come cuando siente emociones desagradables?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

22. ¿Crees que en tu familia se le da mucha importancia a la belleza, el aspecto físico, el peso, la moda...?

- a. Sí
- b. No
- c. Tal vez

23. ¿Cómo describirías el peso de tu madre?

- a. Infrapeso
- b. Normal
- c. Sobrepeso
- d. Obesidad

24. ¿Cómo describirías el peso de tu padre?

- a. Infrapeso
- b. Normal
- c. Sobrepeso
- d. Obesidad

Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-I)

A continuación, se recogen varias afirmaciones que debes contestar. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas con respecto a la alimentación. Señala el número que corresponda al grado en que cada una de ellas

describe tus sentimientos o conductas: Siendo 0 (nunca), 1 (pocas veces), 2 (a veces), 3 (a menudo), 4 (casi siempre) y 5 (siempre).

	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1.Como dulces e hidratos de carbono sinpreocuparme	0	1	2	3	4	5
2.Creo que mi estómago es demasiado grande	0	1	2	3	4	5
3.Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	0	1	2	3	4	5
4.Suelo comer cuando estoy disgustado	0	1	2	3	4	5
5.Suelo hartarme de comida	0	1	2	3	4	5
6.Me gustaría ser más joven	0	1	2	3	4	5
7.Pienso en ponerme a dieta	0	1	2	3	4	5
8.Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	0	1	2	3	4	5
9.Pienso que mis muslos son demasiados gruesos	0	1	2	3	4	5
10.Me considero una persona poco eficaz	0	1	2	3	4	5
11.Me siento muy culpable cuando como en exceso	0	1	2	3	4	5
12.Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	0	1	2	3	4	5
13.En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes	0	1	2	3	4	5
14.La infancia es la época más feliz de la vida	0	1	2	3	4	5
15.Soy capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3	4	5
16.Me aterroriza la idea de engordar	0	1	2	3	4	5

17.Confío en los demás	0	1	2	3	4	5
18.Me siento solo en el mundo	0	1	2	3	4	5
19.Me siento satisfecho con mi figura	0	1	2	3	4	5
20.Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	0	1	2	3	4	5
21.Suelo estar confuso sobre mis emociones	0	1	2	3	4	5
22.Preferiría ser adulto a ser niño	0	1	2	3	4	5
23.Me resulta fácil comunicarme con los demás	0	1	2	3	4	5
24.Me gustaría ser otra persona	0	1	2	3	4	5
25.Exagero o doy demasiada importancia al peso	0	1	2	3	4	5
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	0	1	2	3	4	5
27. Me siento incapaz	0	1	2	3	4	5
28.He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	0	1	2	3	4	5
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	0	1	2	3	4	5
30.Tengo amigos íntimos	0	1	2	3	4	5
31.Me gusta la forma de mi trasero	0	1	2	3	4	5
32.Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada	0	1	2	3	4	5
33.No sé qué es lo que ocurre en mi interior	0	1	2	3	4	5
34.Me cuesta expresar mis emociones a los demás	0	1	2	3	4	5
35.Las exigencias de la vida adulta son excesivas	0	1	2	3	4	5

36.Me fastidia no ser el mejor en todo	0	1	2	3	4	5
37.Me siento seguro de mi mismo	0	1	2	3	4	5
38.Suelo pensar en darme un atracón	0	1	2	3	4	5
39.Me alegra haber dejado de ser un niño	0	1	2	3	4	5
40.No sé muy bien cuándo tengo hambre o no	0	1	2	3	4	5
41.Tengo mala opinión de mi	0	1	2	3	4	5
42.Creo que puedo conseguir mis objetivos	0	1	2	3	4	5
43.Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes	0	1	2	3	4	5
44.Temo no poder controlar mis sentimientos	0	1	2	3	4	5
45.Creo que mis caderas son demasiado anchas	0	1	2	3	4	5
46.Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	0	1	2	3	4	5
47.Me siento hinchado después de una comida normal	0	1	2	3	4	5
48.Creo que las personas son más felices cuando son niños	0	1	2	3	4	5
49.Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	0	1	2	3	4	5
50.Me considero una persona valiosa	0	1	2	3	4	5
51.Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	0	1	2	3	4	5
52.Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	0	1	2	3	4	5
53.Pienso en vomitar para perder peso	0	1	2	3	4	5
54.Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	0	1	2	3	4	5

55.Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	0	1	2	3	4	5
56.Me siento emocionalmente vacío en mi interior	0	1	2	3	4	5
57.Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	0	1	2	3	4	5
58.Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	0	1	2	3	4	5
59.Creo que mi trasero es demasiado grande	0	1	2	3	4	5
60.Tengo sentimientos que no puedo identificar de todo	0	1	2	3	4	5
61. Como o bebo a escondidas	0	1	2	3	4	5
62.Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	0	1	2	3	4	5
63.Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	0	1	2	3	4	5
64.Cuando estoy disgustado, temo empezara comer	0	1	2	3	4	5

Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar (FACES-III)

A continuación, se recogen varias afirmaciones que debes contestar pensando en el funcionamiento de tu familia de origen (tus padres y hermanos). Señala el número que corresponda al grado en que estás de acuerdo con cada afirmación. Siendo 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (a menudo) y 5 (casi siempre).

	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>
1.Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.	1	2	3	4	5
2.En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	1	2	3	4	5

3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	1	2	3	4	5
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	1	2	3	4	5
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	1	2	3	4	5
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia	1	2	3	4	5
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas	1	2	3	4	5
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	1	2	3	4	5
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	1	2	3	4	5
11. Nos sentimos muy unidos	1	2	3	4	5
12. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente	1	2	3	4	5
13. Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie	1	2	3	4	5
14. En nuestra familia las reglas cambian	1	2	3	4	5
15. Con facilidad podemos planear actividades en la familia	1	2	3	4	5
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	1	2	3	4	5
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones	1	2	3	4	5
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad	1	2	3	4	5
19. La unión familiar es muy importante	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar					

Cuestionario del Comedor Emocional (CCE)

A continuación, se presentan una serie de preguntas sobre el hambre emocional. Por favor, responde del 1 al 4 siendo 1 (nunca), 2 (a veces), 3 (generalmente) y 4 (siempre).

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

Cuestionario de Estilo Educativo percibido por Adultos (s- EMBU)

Por último, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el estilo educativo con el que te criaron. Por favor, responde de manera honesta e intentando acceder a los recuerdos que se relatan. Señala el número que corresponda al grado en que

cada una de ellas te representa: Siendo 1 (nunca), 2 (pocas veces), 3 (a menudo) y 4 (casi siempre).

	Nunca	Pocas veces	A menudo	Casi siempre
1. Mis padres se enfadan y/o estaban fríos conmigo sin explicarme cuál era el motivo	1	2	3	4
2. Mis padres me elogiaban	1	2	3	4
3. Deseaba que mis padres se preocuparan menos de lo que hacía o dejaba de hacer	1	2	3	4
4. Mis padres utilizaban el castigo físico más de lo que yo merecía	1	2	3	4
5. Cuando llegaba a casa, tenía que dar explicaciones de lo que había estado haciendo a mis padres	1	2	3	4
6. Creo que mis padres intentaron hacer que mi adolescencia fuera estimulante, interesante o instructiva	1	2	3	4
7. Mis padres me criticaban y me decían lo vago e inútil que era delante de otras personas	1	2	3	4
8. Mis padres, por miedo a que me pasara algo, me prohibían hacer cosas que otros niños de mi edad sí podían hacer	1	2	3	4
9. Mis padres me estimulaban e impulsaban para que me convirtiera en el mejor	1	2	3	4
10. Mis padres se mostraban tristes o de cualquier otra forma, para demostrarme lo mal que me había portada y para que me sintiera verdaderamente culpable	1	2	3	4
11. Creo que mis padres sentían una ansiedad exagerada porque pudiera pasarme algo	1	2	3	4
12. Cuando las cosas me iban mal sentía que mis padres trataban de consolarme y animarme	1	2	3	4
13. Me trataban como la “oveja negra” o como el “chivo expiatorio” de la familia.	1	2	3	4
14. Mis padres me demostraban que me querían con sus palabras y con sus gestos	1	2	3	4
15. Sentía que mis padres querían a mi(s) hermano(s) y/o hermana(s) más que a mí	1	2	3	4
16. Mis padres me trataban de tal forma que me hacían sentir vergüenza	1	2	3	4

17. Podía ir a donde quisiera sin que mis padres se preocuparan demasiado	1	2	3	4
18. Sentía que mis padres interferían en todo lo que yo hacía	1	2	3	4
19. Sentía que había ternura y calidez entre mis padres y yo	1	2	3	4
20. Mis padres ponían fuertes límites con respecto a lo que se podía y lo que no se podía hacer y nunca los cambiaban	1	2	3	4
21. Mis padres me castigaban duramente, incluso por pequeñeces.	1	2	3	4
22. Mis padres querían decidir a cerca de cómo vestirme o arreglarme para salir a la calle	1	2	3	4
23. Sentía que mis padres estaban orgullosos de mis éxitos	1	2	3	4