

LOS ESTADOS AFECTIVOS Y EL RIESGO DE DESENCADENAR UN DESORDEN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

CAMIN, Melina Candela; NOUET, Mayra Aylén; RUIZ MAMANI, Patricia
Lucero; SAIMAN, Laila Yasmin; RODRIGUEZ, Paula; PERSANO, Humberto

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas,
Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: Los estados afectivos presentan una relación bidireccional con la conducta alimentaria. “Comer emocionalmente” se produce cuando se altera esta relación y se utiliza a la comida como mecanismo adaptativo disfuncional ante determinados estados afectivos negativos. Por esta razón, se piensa que las condiciones emocionales son uno de los factores de riesgo para desencadenar los desórdenes en el comportamiento alimentario (DCA).

Objetivo: Realizar un estudio naturalístico en la República Argentina sobre los estados afectivos que predominan en el comportamiento alimentario y el riesgo de desencadenar DCA.

Materiales y métodos: Estudio naturalístico, transversal, observacional, descriptivo y comparativo sobre una muestra de 1091 individuos. Los datos

fueron recolectados a través de un cuestionario anónimo conformado por los instrumentos EAT 26 y EES, con el previo consentimiento informado. Se procesaron y analizaron mediante el programa Microsoft Excel versión 2010 y el paquete estadístico SPSS versión 20.

Resultados: Según el EAT 26, el 14,02% de la muestra presentó riesgo de desencadenar DCA, de los cuales poseen “fuerte/muy fuerte” deseo de comer (DC) para los estados afectivos “*Depresivo*”: 44%, “*Inquieto*”: 38% “*Solo*”: 41% y “*Aburrido*”: (61%) con una significancia, de acuerdo con los estudios de pruebas estadísticas “T de Student” y “Correlaciones bivariadas”, de $<0,001$. El estado afectivo “*Alegre*” no se asocia ni con un incremento ni con una disminución del DC.

Conclusión: Los estados afectivos negativos tales como “*Depresivo*”, “*Inquieto*” “*Solo*” y “*Aburrido*” actuarían como un factor de riesgo para desencadenar alteraciones en la conducta alimentaria.

Palabras claves: *Comer Emocionalmente, Desorden del Comportamiento Alimentario, Estados Afectivos, EES, EAT 26.*

ABSTRACT

Introduction: Affective states present a bidirectional relationship with eating behavior. “Emotional eating” occurs when this relationship is altered, and food is used as a dysfunctional adaptive mechanism in the face of negative affective states. For this reason, emotional conditions are thought of as one of the risk factors for triggering eating behavior disorders (EDs).

Objective: To carry out a naturalistic study in the Argentine Republic on the affective states that predominate in eating behavior and the risk of triggering EDs.

Materials and methods: Naturalistic, cross-sectional, observational, descriptive, and comparative study on a sample of 1091 individuals. The data were collected through an anonymous questionnaire made up of the EAT 26 and EES instruments, with prior informed consent. They were processed and analyzed using the Microsoft Excel version 2010 program and the SPSS version 20 statistical package.

Results: According to the EAT 26, 14.02% of the sample presented a risk of triggering EDs, of which they have a “strong/very strong” desire to eat (DC) for the affective states “Depressive”: 44%, “Restless”: 38% “Alone”: 41% and “Bored”: (61%) with a significance according to the statistical test studies “Student's T” and “Bivariate correlations” <0.001 . The affective state “Joy” is associated with neither an increase nor a decrease in DC.

Conclusion: Negative affective states such as “Depressed”, “Restless”, “Lonely” and “Bored” would act as a risk factor to trigger alterations in eating behavior.

Keywords: Emotional Eating, Eating Behavior Disorder, Affective States, EES, EAT 26.

I. INTRODUCCIÓN

Según la literatura sobre los Desórdenes del Comportamiento Alimentario (DCA) existen tres componentes principales que influyen en la elección de los alimentos: el cognitivo, el conductual y el afectivo (1). Este último, es de principal interés en el presente estudio, por lo que se hace imprescindible desarrollar algunos conceptos claves para la comprensión de este.

El término “estado afectivo” puede hacer referencia a una emoción o un sentimiento, tal es así que ambos términos se suelen utilizar como sinónimos, sin embargo, tienen significados diferentes (2). Desde el punto de vista semántico el origen de la palabra *emoción* es “*emotio*”, “*emotionis*” cuyo origen deriva del verbo latino “*movere*” (moverse) y contiene el prefijo “*e*” que implica “alejamiento” o “movimiento”. Por consiguiente, toda emoción supone un impulso a actuar que conlleva una reacción a cierto estímulo generado por un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo (3)(4). Los sentimientos se producen cuando esa reacción emocional se somete a una reflexión consciente subjetiva (5)(6). Son sutiles estados anímicos asociados a la capacidad de expresarnos a través del lenguaje verbal y dependen del contexto sociocultural. Los sentimientos son estados mucho más complejos que involucran relaciones intersubjetivas con la cultura, la época y las relaciones humanas. Son

subjetivos, pasibles de conciencia y tienen muchos matices. Están enlazados a palabras que representan estos estados afectivos.

Se conoce, además, una clasificación definida para las emociones, llamadas básicas o primarias, y secundarias. Se denominan primarias aquellas consideradas innatas, es decir que no están determinadas por factores culturales ni sociales, siendo éstas: Miedo, enojo, tristeza, alegría, asco/rechazo y sorpresa. Mientras que las secundarias derivan de las emociones primarias y dependen del contexto socio cultural que atraviesa el sujeto (4). Según Echeverría, se incluyen en esta categoría a la culpa, vergüenza, orgullo, envidia y celos (7).

En lo que respecta a la temática principal en estudio, es decir la relación de los estados afectivos con el comportamiento alimentario, cabe destacar que diversas investigaciones señalan una relación compleja y bidireccional entre ambos, ya que existen estados afectivos que conllevan a consumir determinados alimentos, así como ciertos alimentos generan estados afectivos (8). Cuando ésta relación se encuentra alterada se estaría en presencia de un “comer emocionalmente” en el que se utilizan los alimentos como un mecanismo adaptativo disfuncional ante estados afectivos negativos como ira/enojo, miedo, tristeza, entre otros, debido a presentar dificultades para identificar y expresar los mismos sin contemplar las señales fisiológicas de hambre y saciedad (9)(10).

Desde la perspectiva de la psicología, el “comer emocionalmente” y la ingesta de los alimentos relacionado a los estados afectivos se explicó en base a dos teorías psicosomáticas. Según Hilde Brusch, se produce una alteración comunicacional en el vínculo madre e hijo por la incapacidad de la madre de responder a las necesidades de este, generando que el “Yo” de este niño, aún en etapa de desarrollo, no logre diferenciar los estados de hambre y saciedad, lo que produce un aumento de la ingesta alimentaria frente a exigencias emocionales (11). Por su parte, Kaplan y Kaplan, refieren que el comedor emocional escoge alimentos de tipo reconfortantes, altos en calorías, azúcares y grasas, para el manejo de sus emociones negativas afectando a la síntesis de neurotransmisores como la serotonina, conducta que lo llevaría a una sobrealimentación (12)(13)(14).

Es por ello, entre otras teorías, que se piensa en el componente emocional como uno de los factores de riesgo para desencadenar conductas alimentarias disfuncionales o patológicas.

Los DCA se caracterizan por una alteración en el vínculo con la comida, ya sea tanto por déficit como por exceso. Aquellas personas que los padecen pueden presentar, además, un estado de insatisfacción consigo mismo y con su imagen corporal (15). Según el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Desórdenes Mentales (DSM-5), dentro de los DCA se define la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TA), entre otras categorías menos frecuentes (16).

La AN es una afección en la cual las personas que la padecen evitan o restringen severamente el consumo de los alimentos que se acompaña de una búsqueda incesante de delgadez, distorsión de la imagen corporal y el miedo intenso de aumentar de peso. Presenta una tasa de mortalidad extremadamente alta en comparación con otros trastornos mentales, por las complicaciones médicas consecuentes a la inanición, y en algunos casos, presencia de rasgos suicidas (16).

La BN se caracteriza por episodios de atracones recurrentes en donde existe un consumo descontrolado de grandes cantidades de alimentos, seguido de comportamientos compensatorios, como vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, ayunos, ejercitación excesiva o una combinación de estas. Las personas con BN pueden tener un peso ligeramente bajo, normal o incluso sobrepeso (16).

El TA es una afección en donde la persona pierde el control sobre su alimentación, en la cual se presentan episodios recurrentes de comer cantidades inusualmente elevadas de alimentos (atracones). A diferencia de la BN, los episodios de atracón no son seguidos por comportamientos compensatorios (vómitos, ayuno, etc.). Como consecuencia de estos episodios de atracón, las personas que los padecen suelen tener sobrepeso u obesidad (16). Existen, además, los trastornos alimentarios o trastorno de la ingestión de alimentos especificados, cuando no se cumplen todos los criterios mencionados anteriormente debido a que varía la frecuencia, duración, y las manifestaciones sintomáticas. Por otra parte, los trastornos alimentarios o de

ingestión de alimentos no especificados son aquellos que no cumplen con los criterios anteriormente descritos y que causan un significativo malestar clínico o desperfectos en áreas sociales, laborales, entre otras (16).

De este modo, se entiende que los DCA son multi-determinados y generados por una conjunción de factores fisiológicos, cognitivo/emocionales, familiares y socioculturales (17). Los estados afectivos influyen en la conducta alimentaria, siendo a veces no percibidos por las personas (18), dando lugar a un estado de alexitimia entendida cómo la incapacidad para reconocer los propios estados afectivos. De acuerdo con algunos autores, un cambio de los estados afectivos produce una alteración en la conducta alimentaria de forma inconsciente, con el consecuente aumento de la ingesta de alimentos, modelo que contribuye a la falsa idea de “autocontrol”(19).

Es parte de las incumbencias de los profesionales del campo de la Nutrición orientar a las personas para poder identificar sus propios estados afectivos, que pueden motivar a una alteración en el comportamiento alimentario, como también ayudar a identificar las señales fisiológicas de hambre/saciedad (18) a través de la educación alimentaria e inclusive de la psicoeducación.

Esta temática generó la motivación para estudiar los estados afectivos que tienen mayor impacto en el comportamiento alimentario y profundizar en forma más específica con el riesgo de desencadenar DCA, debido a que existen escasos estudios que aborden este asunto, y menos aún, que relacionen los estados afectivos y el comportamiento alimentario.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Llevar a cabo un estudio naturalístico descriptivo en la República Argentina sobre los estados afectivos que predominan en el comportamiento alimentario y el riesgo de desencadenar DCA.

Objetivos específicos

1. Relevar los datos demográficos, género, edad y ocupación de la muestra, y tratarlos estadísticamente en forma descriptiva.
2. Identificar los sujetos de la muestra que presentan riesgo de desencadenar DCA a través del cuestionario *Eating Attitudes Test* (EAT 26).
3. Realizar un análisis estadístico descriptivo de la muestra que presenta y no presenta riesgo de desencadenar DCA según el EAT 26 incluyendo datos de residencia, género, edad y ocupación.
4. Realizar un análisis estadístico descriptivo de cada estado afectivo que determina el comportamiento alimentario correspondiente a las respuestas del *Emotional Eating Scale* (EES).
5. Realizar un análisis estadístico descriptivo sobre las personas con riesgo y sin riesgo de desencadenar DCA y los estados afectivos expresados durante el comportamiento alimentario según el EES.

6. Realizar un análisis estadístico comparativo entre personas que tienen riesgo de desencadenar DCA y aquellas que no presentan riesgo, y los estados afectivos expresados durante el comportamiento alimentario.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

a. Diseño

El presente trabajo consiste en un estudio naturalístico, transversal, observacional, descriptivo y comparativo.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario anónimo basado en los instrumentos EAT 26 y EES, en el que se incluyeron preguntas cerradas con múltiples respuestas y preguntas abiertas, de tipo cuantitativas y cualitativas referentes a datos personales de quién responde.

b. Población y muestra

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo al azar. De esta manera, todos los individuos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra. Para lograr la variabilidad y amplitud de esta no se definió con anterioridad el tamaño muestral, permitiendo así alcanzar un “n” lo suficientemente grande que sea representativo a nivel poblacional. Debido a que la edad es un factor de riesgo importante en los DCA,

principalmente el periodo comprendido en la adolescencia resultaba necesario poder contar con dicha población, por lo cual se consideró una edad límite inferior de 18 años, el cual coincide con el fin de la adolescencia media.

El criterio de inclusión considerado para el presente estudio consistió en la participación voluntaria de acceder y responder al cuestionario completo. Como criterio de exclusión se consideró a las personas que no residen en la República Argentina, como así también a los sujetos que no han respondido de forma completa el cuestionario o quienes fueran menores de 18 años.

c. Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo respetando las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki (20) con la finalidad de salvaguardar los derechos, la seguridad y el bienestar de las personas encuestadas, así como también se respetó la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales (21).

Se asume el consentimiento de todas aquellas personas que fueron informadas por escrito a través de un texto introductorio en el cuestionario, que accedieron a responder el mismo y otorgar su participación de carácter voluntario.

d. Técnicas empleadas

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario online a través de Google Forms, el cuál fue distribuido en las siguientes redes sociales: Instagram, Facebook y Whatsapp.

El mismo está compuesto por tres preguntas abiertas de carácter personal referentes a la edad, lugar de residencia y ocupación, una pregunta mixta destinada al género, y veintiocho preguntas cerradas que en conjunto responden a los instrumentos seleccionados para el presente trabajo: EAT 26 y EES.

El EAT 26 creado por DM Garner y PE Garfinkel en 1979, inicialmente constaba de 40 preguntas. En el año 1982, DM Garner y colaboradores rediseñaron el instrumento acotándolo a 26 preguntas (22) con un nivel adecuado de confiabilidad (23). Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones relacionadas con el miedo a ganar peso, la tendencia para adelgazar y la presencia de conductas alimentarias restrictivas (22). Está destinado a población adolescente y adulta lo que permite aplicarlo en múltiples entornos (24). La puntuación total del EAT-26 es la suma de las 26 preguntas. El valor asignado a cada ítem va de 0 a 3, siendo siempre=3, casi siempre=2, frecuentemente=1, y a veces, raramente, nunca= 0 para los ítems 1 al 26, a excepción de la pregunta 25 que se puntúa en sentido inverso (siempre=0, casi siempre=1, frecuentemente=2 y a veces, raramente, nunca=3) (25).

Como punto de corte se considera que una puntuación igual o superior a 20 indica un alto nivel de preocupación por la dieta, el peso corporal o presentar comportamientos alimentarios problemáticos (24).

Por otro lado, el EES elaborado por Bruce Arnow, Justin Kenardy y W. Stewart Agras en 1994, consta de veinticinco ítems, que permiten evaluar la relación existente entre los estados afectivos negativos específicos y el deseo de comer (DC). Los estados afectivos que se analizan son los siguientes: Resentido, Desmotivado, Inseguro, Agotado, Insatisfecho, Alegre, Rebelde, Depresivo, Inquieto, Triste, Intranquilo, Irritable, Celoso, Preocupado, Frustrado, Solo, Furioso, Desbordado, Confundido, Nervioso, Enojado, Culpable, Aburrido, Impotente, y Disgustado. Las categorías para evaluar el DC son: nulo, poco, moderado, fuerte y muy fuerte. Para los fines prácticos del presente trabajo, las mismas fueron agrupadas en 3 categorías: “Sin/ Poco”, “Moderado”, y “Fuerte/ Muy fuerte” deseo de comer (10).

e. Análisis estadístico de los datos

Para el registro de datos se utilizó una matriz de elaboración propia. Los mismos se procesaron y analizaron mediante el programa Microsoft Excel versión 2010 y el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20. Las variables cuantitativas se expresaron a través de porcentajes y frecuencia absoluta a excepción de la variable “edad” que se

expresó en media y desvío estándar. Los gráficos obtenidos fueron realizados mediante gráficos de tortas.

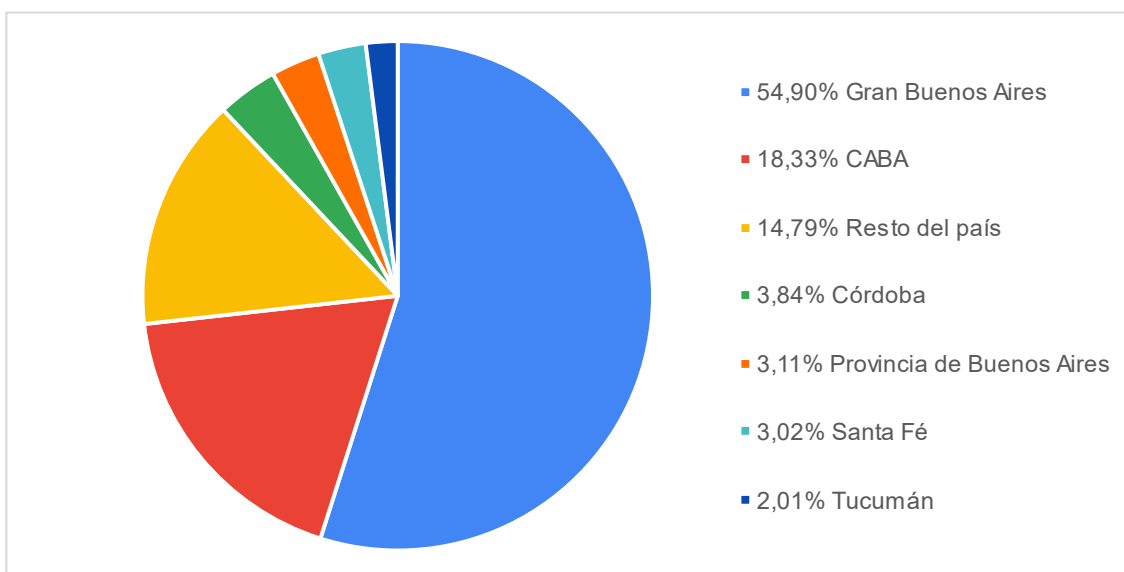
IV. RESULTADOS

Análisis descriptivo de la muestra

Se obtuvo una muestra inicial de 1210 personas de las cuales 119 fueron excluidas, 32 por no residir en la República Argentina y 66 por no responder de forma completa la totalidad de las preguntas y 21 por ser menores de 18 años. El resultado final de la muestra para ser analizado, en el presente trabajo, fue de 1091 personas que se encuentran ampliamente distribuidas a nivel nacional. La mayoría de los encuestados se concentró en el Gran Buenos Aires (GBA) 54,90% (n=599); Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) 18,33% (n=200); Córdoba 3,84% (n=42); seguido de las siguientes jurisdicciones: resto de la Provincia de Buenos Aires (PBA) 3,11% (n=34); Santa Fé 3,02% (n=33); Tucumán 2,01% (n=22) y el resto del país fue representado con un 14,79% (n=161). Es de destacar que el área metropolitana AMBA conformada por CABA y GBA agrupó a la mayor cantidad de respuestas 73,23% (n=799). Esta área coincide con la mayor densidad poblacional de la República Argentina. Por otro lado, la agrupación resto del país está representada por Catamarca, Chaco, Chubut, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Rio Negro, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santiago del

Estero y Tierra del Fuego. Esta distribución geográfica, de la muestra, representa a casi la totalidad de las provincias que conforman a la República Argentina.

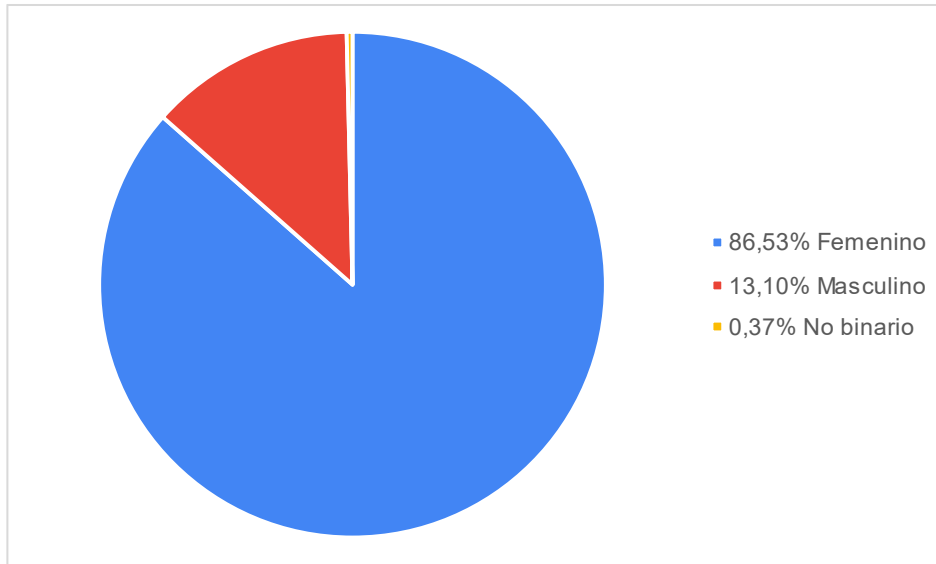
Gráfico 1. “Lugar de Residencia”



Fuente de elaboración propia.

El 86,53% (n=944) de la muestra corresponde al género femenino, el 13,10% (n=143) al género masculino, y 0,37% (n=4) no binario, esta última submuestra incluye una persona identificada con género transexual mujer y otra con identidad de género fluido.

Gráfico 2. "Género"

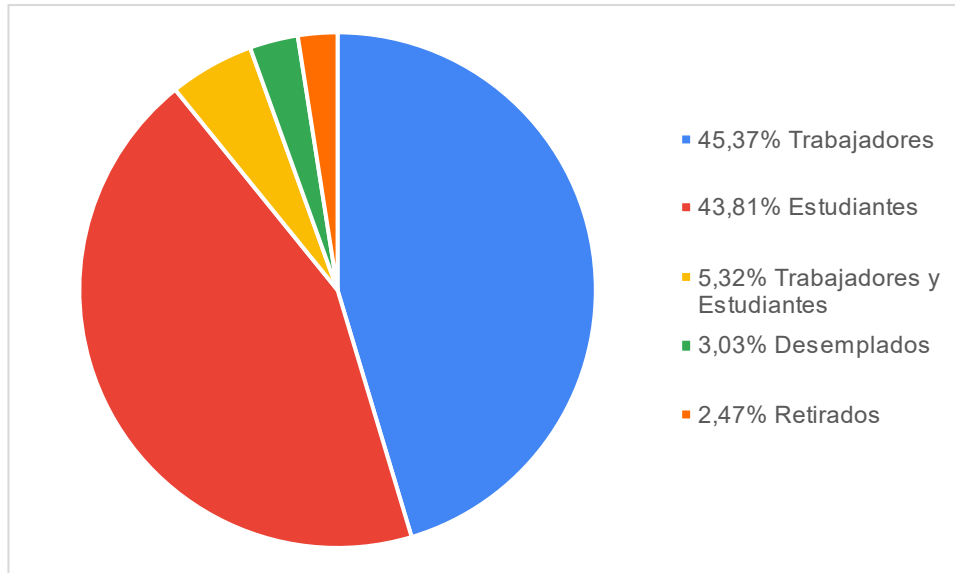


Fuente de elaboración propia.

Con respecto a la distribución por edades de la muestra, la media de edad de la muestra obtenida fue 30,81 años. El máximo de edad fue 85 años y el mínimo 18 años. La desviación estándar (DE) de 12,42 y la mediana fue de 26 años.

Por otro lado, con respecto a la variable ocupación: el 45,37% (n=495) de los encuestados trabajan, el 43,81% (n=478) estudian, el 5,32% (n=58) trabajan y estudian, el 3,03% (n=33) se encuentran desempleados, y el 2,47% (n=27) están jubilados o retirados.

Gráfico 3. "Ocupación"

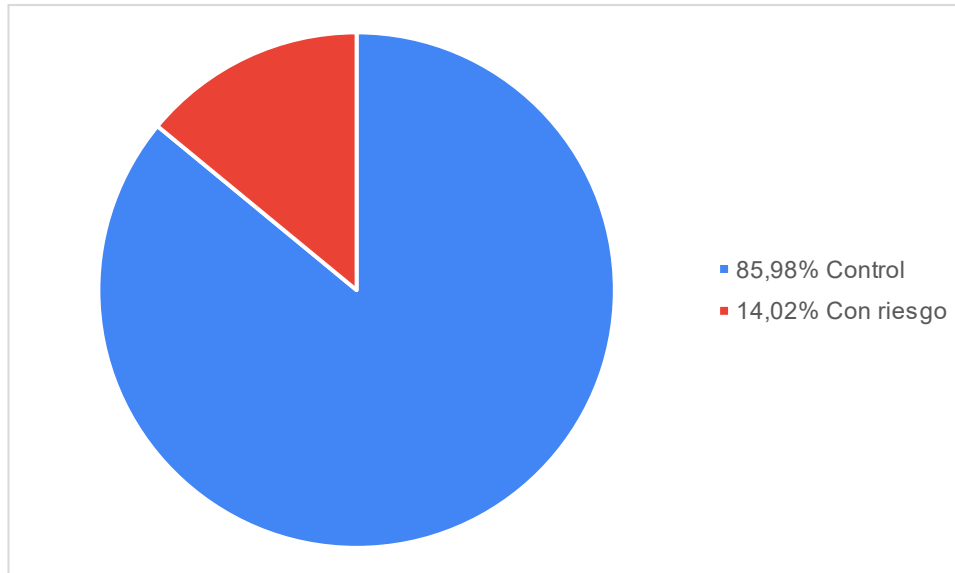


Fuente de elaboración propia.

Población sin riesgo y población que presenta riesgo de desencadenar DCA según el EAT 26

A partir del estudio a través del cuestionario EAT 26 se identificó que el 14,02% (n=153) de las personas presentan riesgo de desencadenar DCA, mientras que el 85,98% (n=938) no presenta riesgo de padecerlo, por lo tanto y a los fines comparativos a este subgrupo se lo consideró como grupo control.

Gráfico 4. “Riesgo de desencadenar DCA”



Fuente de elaboración propia.

Análisis estadístico descriptivo de la población sin riesgo y con riesgo de desencadenar DCA según el EAT 26 incluyendo datos de residencia, género, edad y ocupación

El grupo de personas que presenta riesgo de DCA reside principalmente en el Gran Buenos Aires: 57,1% (n=88), en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 15,03% (n=23), en el resto de la Provincia de Buenos Aires 3,92% (n=6); seguido de las siguientes provincias: Santa Fé con 3,92% (n=6), Salta 2,61% (n=4), Córdoba 2,61% (n=4), Río Negro 2,61% (n=4), y el 12,20% (n=18) corresponde al resto del país.

Por otra parte, las personas sin riesgo de DCA, habitan principalmente en el Gran Buenos Aires: 54,47% (n=511), Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 18,86% (n=177) y el resto de la Provincia de Buenos Aires: 2,98% (n=28),

seguido de las provincias de Córdoba 4,05% (n=38), Santa Fé 2,87% (n=27), Tucumán 2,13% (n=20), y el resto del país 14,64% (n=137).

En relación con el género de las personas con riesgo, el 92,15% (n=153) son del género femenino y el 7,18% (n=11) son del género masculino. Por último, el 0,65% (n=1) corresponden al género no binario.

En tanto que las personas que no presentan riesgo de desencadenar DCA, el 85,60% (n=803) pertenecen al género femenino y el 14,07% (n=132) al género masculino, mientras que las personas percibidas dentro de los géneros no binarios representan el 0,31% (n=3).

El grupo que no presenta riesgo de padecer DCA posee una edad media de 31,02 años con un desvío estándar (DS) de 12,43 a diferencia del grupo que sí posee riesgo de desencadenar DCA cuya edad media es de 29,52 años y la DS es de 12,35.

Entre las personas con riesgo de padecer DCA, de acuerdo con los resultados del EAT 26, la mayoría son estudiantes 47,05% (n=72); trabajan el 39,86% (n=61); trabajan y estudian el 7,18% (n=11) y el 3,26% (n=5) están retirados o jubilados y el 2,61% (n=4) son desempleados. Por otro lado, las personas sin riesgo de padecer DCA un 46,26% (n=434) de los encuestados trabajan, el 43,28% (n=406) estudian, el 5,01% (n=47) trabajan y estudian, el 3,09% (n=29) son desempleados, y, por último, el 2,34% (n=22) están retirados o jubilados.

Análisis estadístico descriptivo de los estados afectivos que determinan el comportamiento alimentario según el EES

A continuación, se describen los distintos estados afectivos en relación con el deseo de comer (DC agrupados en: “Sin/Poco deseo de comer”; “Moderado deseo de comer” y “Fuerte/Muy fuerte deseo de comer.” A fin de facilitar la interpretación de los datos, los mismos serán representados a través de la siguiente tabla.

Tabla 1: “Los estados afectivos que condicionan al comportamiento alimentario en los encuestados”

Estados afectivos	Sin/Poco DC	Moderado DC	Fuerte/Muy Fuerte DC
Resentido	64% (n=699)	29% (n=320)	7% (n=72)
Desmotivado	56% (n=615)	24% (n=259)	20% (n=217)
Inseguro	57% (n=627)	27% (n=300)	15% (n=164)
Agotado	60% (n=654)	24% (n=267)	16% (n=170)
Insatisfecho	47% (n=513)	35% (n=384)	18% (n=194)
Alegre	25% (n=268)	47% (n=509)	29% (n=314)
Rebelde	52% (n=568)	38% (n=410)	10% (n=113)

Depresivo	54% (n=587)	19% (n=206)	27% (n=298)
Inquieto	40% (n=433)	31% (n=344)	29% (n=314)
Triste	55% (n=606)	22% (n=239)	23% (n=246)
Intranquilo	53% (n=581)	22% (n= 242)	25% (n=268)
Irritable	54% (n=593)	29% (n=316)	17% (n=182)
Celoso	60% (n=650)	32% (n=353)	8% (n=88)
Preocupado	57% (n=619)	22% (n=240)	21% (n=232)
Frustrado	51% (n=551)	25% (n=273)	24% (n=267)
Solo	40% (n=437)	36% (n=390)	24% (n=264)
Furioso	67% (n=728)	24% (n=263)	9% (n=100)
Desbordado	67% (n=729)	19% (n=206)	14% (n=156)
Confundido	58% (n=637)	35% (n=379)	7% (n=75)
Nervioso	58% (n=633)	18% (n=195)	24% (n=263)
Enojado	61% (n=669)	27% (n=290)	12% (n=132)
Culpable	63% (n=690)	24% (n=261)	13% (n=140)
Aburrido	21% (n=224)	32% (n=345)	48% (n=522)

Impotente	57% (n=620)	31% (n=342)	12% (n=129)
Disgustado	66% (n=717)	25% (n=271)	9% (n=103)

Fuente de elaboración propia.

De estos resultados se destacan que el sentimiento de aburrimiento se asocia fuertemente con un intenso deseo de comer (DC). Y que el sentimiento alegría no se asocia ni con un fuerte deseo de comer ni con una disminución de este. Los otros estados afectivos ligados a sentimientos considerados de connotación negativa se asocian más frecuentemente con una disminución del DC.

Análisis estadístico descriptivo de la población sin riesgo y de la población con riesgo de desencadenar DCA, y los estados afectivos expresados durante el comportamiento alimentario según el EES

En una segunda etapa del presente estudio, se analizaron simultáneamente los datos obtenidos por ambos cuestionarios: “EAT 26” y “EES”, lo que constituyó como resultado dos submuestras: una submuestra de 938 personas sin riesgo de desencadenar DCA y otra submuestra de 153 personas que presentan riesgo de padecer DCA.

A continuación, se representan los datos obtenidos en las siguientes tablas.

Tabla 2: “Los estados afectivos que impactan en el comportamiento alimentario de los sujetos sin riesgo de desencadenar DCA

Estados afectivos	Sin/Poco DC	Moderado DC	Fuerte/Muy Fuerte DC
Resentido	64% (n=605)	30% (n=285)	5% (n=48)
Desmotivado	58% (n=548)	25% (n=231)	17% (n=159)
Inseguro	58% (n=541)	29% (n=273)	13% (n=124)
Agotado	60% (n=567)	25% (n=235)	14% (n=136)
Insatisfecho	47% (n=442)	37% (n=348)	16% (n=148)
Alegre	24% (n=223)	48% (n=448)	28% (n=267)
Rebelde	52% (n=484)	39% (n=363)	10% (n=91)
Depresivo	55% (n=520)	20% (n=188)	25% (n=230)
Inquieto	41% (n=381)	32% (n=301)	27% (n=256)
Triste	57% (n=536)	23% (n=216)	20% (n=186)
Intranquilo	55% (n=514)	23% (n=220)	22% (n=204)
Irritable	56% (n=521)	30% (n=283)	14% (n=134)
Celoso	59% (n=558)	33% (n=314)	7% (n=66)

Preocupado	58% (n=548)	22% (n=207)	20% (n=183)
Frustrado	52% (n=485)	26% (n=244)	22% (n=209)
Solo	41% (n=383)	38% (n=354)	21% (n=201)
Furioso	67% (n=629)	25% (n=237)	8% (n=72)
Desbordado	68% (n=641)	20% (n=185)	12% (n=112)
Confundido	59% (n=549)	35% (n=331)	6% (n=58)
Nervioso	60% (n=559)	19% (n=177)	22% (n=202)
Enojado	62% (n=580)	28% (n=266)	10% (n=92)
Culpable	64% (n=599)	25% (n=235)	11% (n=104)
Aburrido	21% (n=199)	33% (n=311)	46% (n=428)
Impotente	58% (n=541)	32% (n=302)	10% (n=95)
Disgustado	67% (n=626)	26% (n=240)	8% (n=72)

Fuente de elaboración propia.

Entre la submuestra de los sujetos que no presentan riesgos de padecer DCA. El sentimiento de alegría nuevamente se perfila como un estado afectivo que ni aumenta ni disminuye el DC 48% (n=448). El sentimiento de aburrimiento es el que se asocia con un aumento del DC 46% (n=428). Y el resto de los

sentimientos que se asocian a estados afectivos negativos que disminuyen el DC en un rango entre 42% y 68%.

Tabla 3: “Los estados afectivos que impactan en el comportamiento alimentario de la población con riesgo de desencadenar DCA”

Estados afectivos	Sin/Poco DC	Moderado DC	Fuerte/Muy Fuerte DC
Resentido	61% (n=94)	23% (n=35)	16% (n=24)
Desmotivado	44% (n=67)	18% (n=28)	38% (n=58)
Inseguro	56% (n=86)	18% (n=27)	26% (n=40)
Agotado	57% (n=87)	21% (n=32)	22% (n=34)
Insatisfecho	46% (n=71)	24% (n=36)	30% (n=46)
Alegre	29% (n=45)	40% (n=61)	31% (n=47)
Rebelde	55% (n=84)	31% (n=47)	14% (n=22)
Depresivo	44% (n=67)	12% (n=18)	44% (n=68)
Inquieto	34% (n=52)	28% (n=43)	38% (n=58)
Triste	46% (n=70)	15% (n=23)	39% (n=60)
Intranquilo	44% (n=67)	14% (n=22)	42% (n=64)

Irritable	47% (n=72)	22% (n=33)	31% (n=48)
Celoso	60% (n=92)	25% (n=39)	14% (n=22)
Preocupado	47% (n=71)	22% (n=33)	32% (n=49)
Frustrado	43% (n=66)	19% (n=29)	38% (n=58)
Solo	35% (n=54)	24% (n=36)	41% (n=63)
Furioso	65% (n=99)	17% (n=26)	18% (n=28)
Desbordado	58% (n=88)	14% (n=21)	29% (n=44)
Confundido	58% (n=88)	31% (n=48)	11% (n=17)
Nervioso	48% (n=74)	12% (n=18)	40% (n=61)
Enojado	58% (n=89)	16% (n=24)	26% (n=40)
Culpable	59% (n=91)	17% (n=26)	24% (n=36)
Aburrido	16% (n=25)	22% (n=34)	61% (n=94)
Impotente	52% (n=79)	26% (n=40)	22% (n=34)
Disgustado	59% (n=91)	20% (n=31)	20% (n=31)

Fuente de elaboración propia.

En la submuestra de sujetos que sí presentan riesgos de padecer un DCA se destacan además del sentimiento de aburrimiento 61% (n=94), los sentimientos

de soledad 41% (n=63), depresión 44% (n=68) e inquietud 38% (n=58) como estados afectivos que aumentan fuertemente el DC. El sentimiento de alegría también se presenta como un sentimiento que ni aumenta ni disminuyen el DC 40% (n=61). El resto de los estados afectivos de connotación negativa se correlacionan con disminución del DC en un rango entre 43% y 65%.

Análisis estadístico comparativo entre la población sin riesgo y la población con riesgo de desencadenar DCA, y los estados afectivos expresados durante el comportamiento alimentario

La otra parte de este estudio donde se llevaron a cabo estudios comparativos utilizando el SSPS, se focalizó en llevar a cabo un análisis estadístico comparativo entre los estados afectivos evaluados y el DC a través del EES.

Desde el punto de vista estadístico utilizando la prueba “*de correlaciones bivariadas*” a través del paquete estadístico SPSS 20, se observó que la disminución del apetito correlaciona positivamente con estados afectivos negativos tales como: “*Aburrido*”, “*Triste*”, “*Resentido*”, “*Desmotivado*”, “*Inseguro*”, “*Agotado*”, “*Insatisfecho*”, “*Rebelde*”, “*Depresivo*”, “*Intranquilo*”, “*Irritable*”, “*Celoso*”, “*Preocupado*”, “*Frustrado*”, “*Solo*”, “*Furioso*”, “*Desbordado*”, “*Confundido*”, “*Nervioso*”, “*Enojado*”, “*Culpable*”, “*Impotente*” y “*Disgustado*” con una significancia $<0,001$. Existe una correlación entre “*Aburrido*” como único estado afectivo negativo que correlaciona positivamente con el aumento del apetito con una significancia $<0,001$. Por último, el estado afectivo “*Alegre*”

correlaciona en forma neutra (ni aumento ni disminución del apetito) con una significancia $<0,001$.

Con respecto a los sujetos que tienen riesgo de padecer DCA utilizando el EAT 26 los estados afectivos utilizando el EES “Resentido”, “Desmotivado”, “Inseguro”, “Insatisfecho”, “Depresivo”, “Triste”, “Intranquilo”, “Irritable” “Celoso”, “Preocupado”, “Solo”, “Furioso”, “Al Límite”, “Confundido”, “Nervioso”, “Enojado”, “Culpable”, “Aburrido”, “Impotente” y “Disgustado” también tienen una correlación positiva con riesgo de padecer DCA con una significancia $<0,001$ utilizando la prueba “*T de Student*” del SPSS 20. El estado afectivo “Alegre” no correlaciona positivamente con el riesgo de padecer DCA con una significancia $=0,125$ utilizando la prueba “*T de Student*” del SPSS 20.

V. DISCUSIÓN

El presente trabajo estuvo destinado a analizar veinticinco estados afectivos en relación con el comportamiento alimentario en sujetos con y sin riesgo de desencadenar un DCA utilizando el EAT 26 para diferenciar ambos subgrupos, con un corte en los 20 puntos, tal como lo establecen algunos trabajos internacionales. Tal como se indicó en la introducción, existen pocos estudios en donde se plantea el rol de los estados afectivos como posibles factores de riesgo de desencadenar un DCA. La mayoría de los encuestados se encuentra alojado en centros urbanos y especialmente en el ámbito del AMBA. El género

femenino tuvo mayor participación y los jóvenes fueron los más proclives a padecer un DCA.

Según la literatura, los estados afectivos negativos predominan ante situaciones de estrés generando un aumento en la ingesta de alimentos. Entre los más destacados se pueden mencionar: enojo, frustración, estrés, apatía, miedo, pena, ansiedad, inquietud, soledad y aburrimiento (26). Al contrastar esta información con los resultados aportados por el presente estudio, se observó una asociación entre los estados afectivos “*Depresivo*”, “*Inquieto*”, “*Solo*” y “*Aburrido*” y el “fuerte” o “muy fuerte” deseo de comer (DC), especialmente en aquellos sujetos que presentan riesgo de desencadenar un DCA.

De acuerdo con el trabajo elaborado por Anger y Katz, se demostró que las personas que consumían más alimentos en situaciones de tristeza o enojo presentaban mayor índice de masa corporal (IMC), afirmando que el consumo desproporcionado de alimentos estaría influenciado por dichos estados afectivos (27). Sin embargo, en la muestra sin riesgo de padecer DCA, los estados afectivos “*Frustrado*”, “*Inquieto*” y “*Solo*” generan poco o nulo DC. El estado afectivo “*Aburrido*” presentó una asociación con un “fuerte” o “muy fuerte” impacto en el DC. Esto último difiere con la bibliografía consultada ya que, en diversos estudios, se considera el “*Enojo*” como el principal estado afectivo que impacta en la presencia de atracones (10).

Según Chartoor, los estados afectivos de las personas con AN y BN influyen directamente en la ingesta de alimentos. Por lo tanto, refiere que las personas con AN no consumen alimentos cuando se sienten tristes, ansiosos o irritados mientras que las personas con BN realizan atracones frente a estas situaciones (28). Este planteo se corresponde con los resultados obtenidos en el presente trabajo, ya que en las personas que tienen riesgo de desencadenar DCA frente a estados afectivos negativos prevalece el poco o nulo DC coincidiendo con estados similares a la anorexia nerviosa. En tanto que, el fuerte o muy fuerte DC se lo asociaría a la ingesta abundante que podría estar relacionado con el atracón.

A pesar de que la mayor parte de la bibliografía hace hincapié en el rol que tienen los estados afectivos negativos, cabe destacar que recientes estudios revelan que los “comedores emocionales” también incrementarían su ingesta ante estados afectivos positivos (29). En la presente investigación se observa que las personas con y sin riesgo de desencadenar DCA ante el estado afectivo “*Alegre* muestran una tendencia neutra frente al DC, es decir la alegría no infiere en el DC ni en el riesgo de padecer DCA. Por lo cual los estados afectivos positivos no tendrían un fuerte impacto en el comportamiento alimentario. Casi todos los estados afectivos negativos correlacionan positivamente con el riesgo de desencadenar un DCA en forma significativa.

Limitaciones

Las principales limitaciones del presente trabajo se deben a la conformación de la muestra, ya que al obtener una submuestra de sujetos que presentan riesgo de desencadenar DCA más pequeña respecto a la submuestra de quienes no presentan dicho riesgo, podría verse dificultada la comparación entre ambos subgrupos. Por otra parte, la muestra anteriormente descrita está conformada en su mayoría por el género femenino. Por tal motivo, no ha sido posible realizar un análisis estadístico descriptivo significativo de los distintos estados afectivos y el comportamiento alimentario según género.

Por último, se sugiere continuar con nuevas investigaciones a través de estudios longitudinales que permitan realizar un seguimiento para investigar si los sujetos que presentan riesgo de desencadenar DCA y que presentan dificultad para controlar el DC frente a los distintos estados afectivos, desarrollan finalmente un auténtico cuadro clínico de DCA.

VI. CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos en la presente investigación se obtuvo que el 14,02% de la muestra, según el EAT 26, presenta riesgo de desencadenar un DCA.

Los estados afectivos negativos se asocian a alteraciones en el DC y en consecuencia actuarían como factores de riesgo que impactan en el comportamiento alimentario.

En todas las personas evaluadas el estado afectivo “Aburrimiento” se asoció a un incremento del deseo de comer (DC) con lo cual el aburrimiento sería una de las causas del sobre peso y de los atracones. Es importante poder detectar en contextos clínicos este estado afectivo puesto que es el de mayor impacto sobre el incremento del DC.

En las personas que presentan riesgo de desencadenar DCA, los estados afectivos negativos generan principalmente una disminución del apetito (DC). Sin embargo, algunos estados afectivos tales como “*Depresivo*”, “*Inquieto*”, “*Solo*” y “*Aburrido*” se asocian a un aumento del DC en sujetos con riesgo de padecer un DCA. Este hallazgo permitiría identificar estados afectivos específicos para el aumento del DC en personas que podrían padecer desórdenes del comportamiento alimentario (DCA) en contextos clínicos y poder considerar sus consecuencias sobre la salud en general.

En el subgrupo denominado control que es la población sin riesgo de padecer DCA, predomina la disminución frente a la presencia de estados emocionales negativos.

Desde el punto de vista neurobiológico tanto las emociones como los centros de apetito y saciedad se encuentran en el cerebro límbico. Por lo tanto, futuras investigaciones sobre las relaciones entre estos dos sistemas y la relación de la

asociación durante el neurodesarrollo y el desarrollo del individuo podrían enriquecer este estudio preliminar.

Los estados emocionales negativos afectan tanto las conductas alimentarias encuentran relacionadas tanto con restricciones como con excesos alimentarios. Este estudio permitió identificar en una población argentina que recogió datos de casi todas las jurisdicciones nacionales, aunque con predominancia en el área metropolitana AMBA algunos estados afectivos ligados al aumento del DC y pudo identificar que estar alegre no afecta el DC y en consecuencia la alegría sería un factor protector para padecer DCA.

ANEXOS

CUESTIONARIO TRABAJO FINAL DE GRADO

Somos estudiantes de 5° año de Lic. en Nutrición (UBA) y estamos realizando nuestro Trabajo Final de Grado acerca de cómo los estados afectivos influyen en la alimentación relacionado a los desórdenes del comportamiento alimentario. Te invitamos a colaborar con nuestro trabajo completando este breve cuestionario. Los datos del mismo serán anónimos y tratados con confidencialidad.

No te va a llevar más de 5 minutos, y si podés compartirlo con otras personas nos ayudas aún más. Desde ya muchas gracias por participar.

Género

- A. Femenino
- B. Masculino
- C. Otros:

Edad (en números):

Lugar de residencia:

- A. Capital Federal
- B. Gran Buenos Aires
- C. Otros:.....

Profesión/Ocupación:.....

1) Me angustia la idea de subir de peso.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

2) Evito comer aunque tenga hambre.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

3) La comida es una preocupación para mi.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente

- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

4) He tenido atracones en los que tengo la sensación de no poder parar de comer.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

5) Corto mis alimentos en trozos pequeños.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

6) Me fijo en la cantidad de calorías de los alimentos que como.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

7) Evito, especialmente, comer alimentos que contengan hidratos de carbono (pan, arroz, pastas, papa, etc.).

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

8) Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

9) Vomito después de comer.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

10) Me siento muy culpable después de comer.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

11) Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

12) Hago mucho deporte para quemar calorías.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

13) Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

14) Me preocupa la idea de tener "grasa en el cuerpo".

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

15) Tardo más tiempo que los demás en comer (incluso hasta la comida se enfría).

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

16) Intento no comer aquellos alimentos que considero que tienen azúcar.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

17) Elijo alimentos dietéticos/light.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

18) Siento que los alimentos controlan mi vida.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

19) Me controlo en las comidas.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

20) Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

21) Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

22) No me siento bien después de haber comido alimentos dulces.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

23) Estoy haciendo dieta.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

24) Me gusta sentir el estómago vacío.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

25) Me gusta probar platos nuevos, ricos, más allá de las calorías.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

26) Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

- A. Siempre
- B. Casi siempre
- C. Frecuentemente
- D. A veces
- E. Raramente
- F. Nunca

27) Elige la opción del grado de "deseo de comer" que predomine frente a cada estado afectivo.

"DS" = "deseo de comer"

Estado afectivo	Sin DS	Poco DS	Moderado DS	Fuerte DS	Muy fuerte DS
RESENTIDO	•	•	•	•	•
DESMOTIVADO	•	•	•	•	•
INSEGURO	•	•	•	•	•
AGOTADO	•	•	•	•	•
INSATISFECHO	•	•	•	•	•
ALEGRE	•	•	•	•	•
REBELDE	•	•	•	•	•
DEPRESIVO	•	•	•	•	•

28) Elige la opción del grado de "deseo de comer" que predomine frente a cada estado afectivo.

"DS" = "deseo de comer"

Estado afectivo	Sin DS	Poco DS	Moderado DS	Fuerte DS	Muy fuerte DS
INQUIETO	•	•	•	•	•
TRISTE	•	•	•	•	•
INTRANQUILO	•	•	•	•	•
IRRITABLE	•	•	•	•	•

CELOSO	•	•	•	•	•
PREOCUPADO	•	•	•	•	•
FRUSTRADO	•	•	•	•	•
SOLO	•	•	•	•	•

29) Elige la opción del grado de "deseo de comer" que predomine frente a cada estado afectivo.

"DS" = "deseo de comer"

Estado afectivo	Sin DS	Poco DS	Moderado DS	Fuerte DS	Muy fuerte DS
FURIOSO	•	•	•	•	•
DESBORDADO	•	•	•	•	•
CONFUNDIDO	•	•	•	•	•
NERVIOSO	•	•	•	•	•
ENOJADO	•	•	•	•	•
CULPABLE	•	•	•	•	•
ABURRIDO	•	•	•	•	•
IMPOTENTE	•	•	•	•	•
DISGUSTADO	•	•	•	•	•

BIBLIOGRAFÍA

1. Herman CP, Peter Herman C, Polivy J. Anxiety, restraint, and eating behavior. Vol. 84, Journal of Abnormal Psychology. 1975. p. 666–72.
2. Walla P. Affective Processing Guides Behavior and Emotions Communicate Feelings: Towards a Guideline for the NeuroIS Community [Internet]. Information Systems and Neuroscience. 2018. p. 141–50. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321136127_Affective_Processing_Guides_Behavior_and_Emotions_Communicate_Feelings_Towards_a_Guideline_for_the_NeuroIS_Community
3. Navas MDCO, Del Carmen Ortega Navas M. La educación emocional y sus implicaciones en la salud = Emotional education and its implications for health. Vol. 21, REOP - Revista Española de Orientación y Psicopedagogía. 2014. p. 462
4. Arrizabalaga ÁR. ARQUEOLOGÍA DE LAS EMOCIONES AN ARCHAEOLOGY OF EMOTIONS. Vol. 04, Vínculos de Historia. Revista del Departamento de Historia de la Universidad de Castilla-La Mancha. 2015. p. 41–61
5. Puerta F de la, de la Puerta F, Jung CG. Los complejos y el inconsciente. Revista española de la opinión pública. 1969. p. 313
6. APA Dictionary of Psychology [Internet]. [Visitado 5 Enero 2023].

Disponible en: <https://dictionary.apa.org/feeling>

7. Echebarría, I. Emociones sociales. Motivación y emoción. España: McGraw-Hill; 2008.
8. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*. 2008 Jan;50(1):1–11.
9. Spoor STP, Bekker MHJ, Van Strien T, van Heck GL. Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*. 2007 May;48(3):368–76.
10. Arnow B, Kenardy J, Stewart Agras W. The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. Vol. 18, *International Journal of Eating Disorders*. 1995. p. 79–90
11. Wakeling A. *Alimentary Disorders - Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. By Hilde Bruch. Routledge and Kegan Paul. 1974. Pp. x 396. Index pp. 8. Vol. 125, *British Journal of Psychiatry*. 1974. p. 322–3
12. Bennett J, Greene G, Schwartz-Barcott D. Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*. 2013 Jan;60(1):187–92.
13. Diggins A, Woods-Giscombe C, Waters S. The association of perceived stress, contextualized stress, and emotional eating with body mass index in

- college-aged Black women. *Eat Behav.* 2015 Dec;19:188–92.
14. Kaplan HI, Kaplan HS. THE PSYCHOSOMATIC CONCEPT OF OBESITY. Vol. 125, *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1957. p. 181–201.
 15. Del Barrio, Gaité Pindado, Gómez, Carral Fernández, Herrero Castanedo, Vázquez Barquero. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso [Internet]. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Ministerio de Sanidad de España y Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, editor. 2012. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
 16. American Psychiatric Association. DSM-5 : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2014. 1100 p.
 17. Lazarevich I, Irigoyen-Camacho ME, Velazquez-Alva M del C, Salinas-Ávila J. Psychometric characteristics of the Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire and obesity in Mexican university students. *Nutr Hosp.* 2015 Jun 1;31(6):2437–44.
 18. Macht M, Haupt C, Salewsky A. EMOTIONS AND EATING IN EVERYDAY LIFE: APPLICATION OF THE EXPERIENCE-SAMPLING METHOD. Vol. 43, *Ecology of Food and Nutrition.* 2004. p. 11–21.
 19. Heatherton TF, Peter Herman C, Polivy J. Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. Vol. 60, *Journal of Personality and Social*

- Psychology. 1991. p. 138–43.
20. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, octubre de 2008 [Internet]. Vol. 2, Journal Of Oral Research. 2013. p. 42–4. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf
21. LEGISALUD. Ley 25.326 - Ley de Protección de los Datos Personales. 2000 [Internet].[Visitado el 1 de Diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/proteccion-de-datos-personales-y-el-tratamiento-de-los-datos-de-la-salud#:~:text=En%20la%20Rep%C3%BAblica%20Argentina%20se%20dic t%C3%B3%20la%20ley,aplicables%20a%20los%20datos%20relativos%20 a%20la%20salud>.
22. Castro ÁM, Boneu-Yépez DJ, Méndez JTM, Obredor PEA. Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. Rev Cienc Biomed. 2012;3(1):99–111.
23. Lugo-Salazar KJ, Pineda-García G. Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 26) en una muestra no clínica de adolescentes. Vol. 19, Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. 2020. p. 1–16.
24. Solano Pinto N, Cano Vindel A. [Anxiety in eating disorders: a comparative study]. Psicothema. 2012;24(3):384–9.

25. Garner DM. EAT-26: Eating Attitudes Test [Internet]. [Visitado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.eat-26.com/>.
26. Popkess-Vawter S, Brandau C, Straub J. Triggers of overeating and related intervention strategies for women who weight cycle. Vol. 11, Applied Nursing Research. 1998. p. 69–76.
27. Anger V, Katz M. Relación entre IMC, emociones percibidas, estilo de ingesta y preferencias gustativas en una población de adultos. Actualización en Nutrición 2015; 16(1): 31-6
28. Chatoor I. Eating Disorders in Infancy and Early Childhood [Internet]. Oxford Handbooks Online. 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199744459.013.0012>
29. Bongers P, Jansen A, Havermans R, Roefs A, Nederkoorn C. Happy eating. The underestimated role of overeating in a positive mood. Vol. 67, Appetite. 2013. p. 74–80