



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**

**CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**“RELACIÓN ENTRE EL ESTADO EMOCIONAL Y LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE 2022- 20223”.**

**Trabajo de Titulación**

Tipo: Proyecto de Investigación

Presentado para optar el grado académico de

**LICENCIADA EN NUTRICION Y DIETETICA**

**AUTORA: KATHERIN GABRIELA MEJÍA HARO**

**DIRECTORA: ND. VERÓNICA CARLINA DELGAO LOPEZ**

Riobamba- Ecuador

2023

© 2021, **Katherin Gabriela Mejía Haro.**

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho del Autor.

Yo, Katherin Gabriela Mejía Haro, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; el patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 4 de julio de 2023

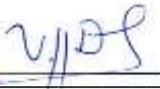


**Katherin Gabriela Mejía Haro**

**0603958067**

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA NUTRICION Y DIETETICA**

El Tribunal del Trabajo de Titulación certifica que: El Trabajo de Titulación; tipo: Proyecto de Investigación, **RELACIÓN ENTRE EL ESTADO EMOCIONAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE 2022-2023**, realizado por la señorita: **KATHERIN GABRIELA MEJÍA HARO**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Trabajo de Titulación, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
ND. Dennys Leonardo Abril Merizalde <b>PRESIDENTE DEL TRIBUNAL.</b>	 _____	2023-07-04
ND. Verónica Carlina Delgado López <b>DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.</b>	 _____	2023-07-04
Psc. CL. Darío Javier Guerrero Vaca PhD <b>ASESOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>	 _____	2023-07-04

## **DEDICATORIA**

Dedico mi proyecto de investigación principalmente a Dios por darme las fuerzas para lograr este escalón en mi vida. A Leticia y Eduardo mis padres, por todo el amor que me han brindado y el apoyo para alcanzar mis sueños. A mi hija Alondra quien es mi principal motivo de salir adelante, sin ella no lograría muchas cosas en mi vida. También a Estephany mi hermana quien es mi compañía sincera en cada momento. Y, finalmente, a toda mi familia que siempre me brinda una ayuda sincera en cada momento de mi trayectoria estudiantil.

Katherin

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero empezar agradeciendo a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por abrirme las puertas a tan prestigiosa institución, aquí es donde comenzó esta aventura llena de retos, pero logrando siempre mi objetivo que era culminar mi etapa universitaria. A mi tutora ND. Verónica Delgado por la paciencia y entrega que presentó en mi proyecto de investigación gracias al apoyo incondicional. Nada de esto hubiera sido posible sin ustedes.

Katherin

## ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
INDICE DE ANEXOS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1

### CAPÍTULO I

<b>1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. Adolescencia.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.1. Definición adolescencia.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.2. Etapas de la adolescencia.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.2.1. Adolescencia temprana (de 10 a 13 años).....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.2.2. Adolescencia media (de 14 a 18 años).....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.2.3. Adolescencia tardía (de 19 a 23 años).....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.3. Cambios físicos y psicológicos durante la adolescencia.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.3.1. Desarrollo físico y sexual.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.3.2. Desarrollo cerebral.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.3.3. Desarrollo psicológico.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.3.4. Desarrollo emocional.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.3.5. Desarrollo social.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.4. Problemas en la adolescencia.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Emociones.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1. Definición de emociones.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2. Clasificación de las emociones.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2.1. Emociones positivas.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.2.2. Emociones negativas.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.2.3. Emociones neutras.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. Conducta alimentaria.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.1. Definición.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.2. Trastorno de la conducta alimentaria.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3.2.1. Anorexia nerviosa.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3.2.2. Bulimia nerviosa.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3.2.3. Trastorno por atracón.....</b>	<b>14</b>

1.3.2.4.	<i>Prevalencia</i> .....	14
1.3.3.	<i>Las emociones y la alimentación</i> .....	15
1.3.4.	<i>La influencia de las emociones en la conducta alimentaria</i> .....	15
1.3.5.	<i>Teorías que relacionan emociones y conductas alimentarias</i> .....	16
1.3.5.1.	<i>Teorías psicosomáticas de la obesidad</i> .....	16
1.3.6.	<i>La teoría "interna/externa" de Schachter sobre la obesidad</i> .....	17
1.3.7.	<i>La regulación emocional y la alimentación</i> .....	18
1.3.8.	<i>Influencia de las emociones en la conducta alimentaria</i> .....	19

## CAPÍTULO II

2.	<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	20
2.1.	<b>Diseño de la investigación</b> .....	20
2.1.1.	<i>Localización y duración de estudio</i> .....	20
2.1.2.	<i>Tipo de estudio</i> .....	20
2.2.	<b>Variables</b> .....	21
2.2.1.	<i>Variable independiente</i> .....	23
2.2.2.	<i>Variable dependiente</i> .....	23
2.3.	<b>Descripción de procedimientos</b> .....	23
2.3.1.	<i>Procedimiento de recolección de información</i> .....	23
2.4.	<b>Plan de análisis de datos</b> .....	25

## CAPÍTULO III

2.5.	<b>Resultados</b> .....	26
------	-------------------------	----

	<b>CONCLUSIONES</b> .....	37
--	---------------------------	----

	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	38
--	------------------------------	----

## BIBLIOGRAFÍA

## ANEXOS

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1-2:</b>	Operacionalización de variables.....	21
<b>Tabla 1-3:</b>	Características sociodemográficas de la población estudio.....	26
<b>Tabla 2-3:</b>	Características antropométricas de la población estudio.....	26
<b>Tabla 3-3:</b>	Características de estado emocional de la población estudio.....	27
<b>Tabla 4-3:</b>	Características de la conducta alimentaria de la población estudio.....	29
<b>Tabla 5-3:</b>	Categorización de la conducta alimentaria y estado emocional de la población estudio.....	32
<b>Tabla 6-3:</b>	Relación entre conducta alimentaria, estado emocional y estado nutricional ...	33
<b>Tabla 7-3:</b>	Relación entre conducta alimentaria y estado emocional en los adolescentes ..	33

## **INDICE DE ANEXOS**

**ANEXO A:** RELACIÓN ENTRE EL ESTADO EMOCIONAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA NUESTRO MUNDO ECO RIO EN EL PERIODO 2022

**ANEXO B:** CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN DE ADULTOS (AEBQ)

**ANEXO C:** CONSENTIMIENTO INFORMADO

## RESUMEN

La conducta alimentaria ha sido parte de una serie de factores culturales, sociales, religiosos, económicos que han dado forma a un determinado grupo social, donde hay una estrecha relación en los contextos que marcan un determinado entorno. Se ha desarrollado el estudio denominado: Relación entre el estado emocional y la conducta alimentaria en adolescentes de la latente en la población objeto de estudio, para lo cual se optó por un estudio de tipo trasversal analítico. La muestra la integraron 101 estudiantes cuya edad osciló entre 16 y 18 años como instrumentos se tomaron dos cuestionarios: el CARME destinado a conocer la conducta alimentaria y riesgo de malnutrición por exceso y el AEBQ de conducta alimentaria, con modificaciones para acoplarlo a los adolescentes analizados. Se logró la descripción de las cualidades generales del grupo, la identificación de su estado emocional, su comportamiento alimentario y la determinación de su estado nutricional antropométrico. Así se conoció que, las emociones repercuten en la alimentación de los estudiantes, quienes al sentirse enojados o felices, tienden a consumir grandes cantidades de alimentos, que dio como resultado que el 59,4 % de los adolescentes presentaron riesgo de malnutrición y de ser comedores emocionales, además, el promedio de peso de los sujetos fue de 67.4Kg y talla 163.5cm. La puntuación z talla/edad fue de -0.65 con desviación estándar de 1.19 que se consideró dentro de los rangos de normalidad. La puntuación z IMC/edad fue 1,05 con una desviación estándar de 0,81 que indicaron que los sujetos se encuentran por encima de la normalidad. Se concluye que efectivamente existe una relación entre el estado emocional y conducta alimentaria ya que se observó que los sujetos comedores emocionales tuvieron una conducta alimentaria inapropiada a diferencia de los sujetos que no eran comedores emocionales quienes tuvieron una conducta alimentaria adecuada

**Palabras clave:** <ESTADO EMOCIONAL>, <CONDUCTA ALIMENTARIA>, <MALNUTRICIÓN>, <ADOLESCENCIA>, <TRASTORNO>.

1570-DBRA-UPT-2023



## **ABSTRACT**

Eating behavior is part of a series of cultural, social, psychological, religious, economic and geographical factors that shape a given social group. These aspects are closely related to the contexts that set a given place. In order to understand this fact at the local level, it has been necessary to develop the present study entitled "Relationship between the emotional state and eating behavior in adolescents of the educational unit La Salle 2022- 2023". The central purpose is to determine this latent nexus in the population under study, for which an analytical cross-sectional study was chosen. The sample consisted of 101 students between 16 and 18 years of age. Two important questionnaires were used as instruments: the CARME to determine eating behavior and the risk of excess malnutrition and the AEBQ on eating behavior. However, they were modified to suit the analyzed adolescents. In this way, it was possible to describe the general qualities of the group, identify their emotional state, their eating behavior and determine their anthropometric nutritional status. Thus, it was found that, indeed, emotions have an impact on the nutrition of the students. They state that when they feel excessively angry or happy, they tend to consume large amounts of food. This shows that 59.4% of the adolescents present a risk of malnutrition and of being emotional eaters; in addition, the average weight of the subjects was 67.4kg and height 163.5cm. The height/age z-score was -0.65 with a standard deviation of 1.19 which was considered within normal ranges. The BMI/age z-score was 1.05 with a standard deviation of 0.81 which indicated that the subjects were above the range of normality.

**Key words:** <EMOTIONAL STATE>, < EATING BEHAVIOR>, <ADOLESCENTS>, <ANTHROPOMETRIC NUTRITIONAL STATUS>.



Lic.Carmen Cecilia Mejia Calle,Mgs

0601608466

## **INTRODUCCIÓN**

### **Planteamiento del problema**

Comer no es sólo una actividad fisiológica, cuyo único fin es satisfacer las necesidades nutricionales y asegurar la supervivencia del individuo. La conducta alimentaria es parte de una serie de factores culturales, sociales, psicológicos, religiosos, económicos y geográficos que dan forma a un determinado grupo social. Estos factores están íntimamente relacionados con las condiciones y circunstancias que marcan un determinado entorno, una forma de vida que dota a los individuos de una identidad que favorece su integración dentro o fuera de un grupo. (Rodríguez, 2017)

Todo el mundo tiene su comida reconfortante. Curiosamente, difieren según el estado de ánimo y el género. Estudios han encontrado que las personas felices parecen preferir alimentos como la pizza, mientras que las personas tristes prefieren helados y galletas, las personas aburridas prefieren alimentos crujientes y salados como las papas fritas. Además, los investigadores también encontraron que los hombres parecen preferir alimentos reconfortantes calientes y caseros, como bistecs y guisos y las mujeres prefieren el chocolate y el helado. (Gavin, M. 2022)

Las personas experimentan cambios de humor todos los días, ya sea por el trabajo o por circunstancias personales o sociales (CASTILLO, y otros, 2019). Estos cambios pueden alterar sus hábitos alimentarios, provocando que se adopte una actitud frente a la comida diferente a la habitual, y recurran paulatinamente a restringir los alimentos por motivos emocionales, angustia, aburrimiento o por cualquier otra razón. También existen individuos que pueden volverse perezosos y sin apetito, pero la mayoría de las veces se ha visto que muestran un fuerte deseo de comer, lo que les afectará severamente si su ingesta no satisface sus necesidades nutricionales (Bersh, 2006).

En un estudio realizado sobre las emociones y el comportamiento alimentario, las reacciones emocionales más comunes que experimentaron las personas mientras comían fueron alivio, alegría, asco, amor, placer, arrepentimiento, disfrute, culpa, ternura y rechazo. Además, el 85% de las emociones que experimentan las personas al comer son placenteras; estas emociones pueden alterar la ingesta dietética en adultos para compensar estas emociones negativas y reforzar las positivas (PEÑA, y otros, 2015).

Las emociones tienen una fuerte influencia en la elección de los alimentos y puede afectar en una dieta que es más pronunciada en las personas obesas que en las personas con un índice de masa corporal en el rango adecuado. (SÁNCHEZ, y otros, 2012).

Según un estudio de 2012 de Sánchez & Pontes sobre los efectos de las emociones en la ingesta y el control del peso, los resultados mostraron que a menor índice de masa corporal (IMC), mejor control de la ingesta emocional de alimentos. También se ha observado que las mujeres son más propensas a comer emocionalmente que los hombres porque se dejan influir más fácilmente por las emociones y tienen una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los hombres (SÁNCHEZ, y otros, 2012).

Estos cambios conducen a los llamados trastornos de conducta alimentaria (TCA), ligadas frecuentemente a emociones negativas, que son un grupo de psicopatologías caracterizadas por trastornos alimentarios severos, restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), enfoque excesivo en el tamaño corporal y/o peso, como también la incapacidad de controlar estos impulsos. Esencialmente, se caracteriza por una alteración de la percepción de la imagen corporal y cambios en el estilo de vida que conllevan a los pacientes a adoptar prácticas de alto riesgo para la nutrición y salud. Esto incluye anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y condiciones relacionadas no especificadas. Se ha observado un aumento progresivo de su prevalencia en sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo, ya que la presión social influye de gran manera en la apariencia física de los adolescentes, introduciéndolos en un paradigma de modelo corporal en el que la forma del cuerpo adquiere valor por sí misma. Afecta principalmente a las mujeres y ocurre en todos los niveles de los estratos sociales (ORTIZ, y otros, 2017).

### **Formulación del problema**

¿Existe relación entre el estado emocional y la conducta alimentaria en adolescentes?

### **Justificación**

A partir de los estudios revisados anteriormente se puede afirmar que el impacto que causa las emociones en la conducta alimentaria ha forjado problemas en la actualidad afectando así a la población adolescente en su mayoría (FERNANDEZ, 2016).

Los profesionales se han centrado solo en tratar el tema acerca del sobrepeso y la obesidad, pero no se han direccionado a identificar la forma en la que los adolescentes afrontan sus emociones y por ende como afecta esto a su consumo alimentario.

La presente investigación tiene como objetivo conocer el impacto que tienen las emociones en la conducta alimentaria y así comprobar como la ingesta alimentaria de los adolescentes puede cambiar positiva o negativamente dependiendo de su estado emocional.

Con esta investigación no solo adolescentes conocerán más sobre este tema de importancia si no que los padres de familia también ampliaran su conocimiento, así como las autoridades quienes conforman el DECE de las instituciones, logrando así trabajar la parte psicológica emocional de quienes presenten alteración en la conducta alimentaria

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Determinar la relación que existe entre el estado emocional y la conducta alimentaria en adolescentes de la Unidad Educativa La Salle en el período lectivo 2022 -2023

### **Objetivos específicos**

- Describir las características generales del grupo de estudio
- Identificar el estado emocional de los adolescentes de la Unidad Educativa La Salle
- Identificar la conducta alimentaria de los adolescentes de la Unidad Educativa La Salle
- Determinar el estado nutricional antropométrico de los adolescentes

# CAPÍTULO I

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. Adolescencia

#### *1.1.1. Definición adolescencia*

La adolescencia es un período de la vida desde la niñez hasta la edad adulta, que comienza aproximadamente a los 10 años, caracterizado por cambios fisiológicos, emocionales, sociales y neurológicos y madurez, muchos de ellos son generadores de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente estas condiciones son consideradas como positivas. Este es un momento no solo para adaptarse a los cambios físicos, sino también para tomar decisiones importantes sobre una mayor independencia mental y social (SEAONE, 2015).

En muchas sociedades, la adolescencia se equipará estrechamente con la pubertad y el ciclo de cambios físicos que culminan en la madurez reproductiva. En otras, la adolescencia se entiende en términos más amplios que abarcan terreno psicológico, social y moral, así como los aspectos estrictamente físicos de la maduración. Por lo tanto, es difícil determinar los límites cronológicos de este período; según el concepto generalmente aceptado de la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y los 20 años, y se considera de estos tipos: la adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (de 14 a 18 años) y la adolescencia tardía (19 a 23 años) (SEAONE, 2015).

#### *1.1.2. Etapas de la adolescencia*

##### *1.1.2.1. Adolescencia temprana (de 10 a 13 años)*

El inicio de la pubertad es un hito importante en el desarrollo de la adolescencia temprana, considerado por muchos como el cambio evolutivo que señala la transición de la infancia a la adolescencia. La adolescencia temprana es una fase en la que las emociones cambian velozmente y los adolescentes tienen dificultades con su regulación emocional, la importancia de los iguales aumenta rápidamente y, al mismo tiempo, disminuye la importancia de la familia. Desde el punto de vista cognitivo, es una fase en la que aumenta la capacidad de memoria y la asunción de riesgos (ALLEN, 2019).

Este es un período de actividad emocional y frenética que parece implacable. Cualquiera que sea 'diferente' debido a una discapacidad física o mental, etnia o cultura, o apariencia física, se convierte en objeto de burla. No es inusual que los jóvenes sean bastante crueles a esta edad, además pueden experimentar timidez, rubor, modestia y un mayor interés en la privacidad (ALLEN, 2019).

Los adolescentes tempranos pueden sentirse invencibles y comenzar a participar en conductas de riesgo, como fumar y consumir alcohol. Este período también se caracteriza por la curiosidad sexual, que generalmente se expresa a través de la admiración por las celebridades, los ídolos adolescentes y los músicos, también pueden comenzar a priorizar el tiempo que pasan con amigos cercanos sobre el tiempo que pasan con la familia, volviéndose más independientes y desafiantes porque ya no son niños obedientes sino personas que ingresan a la primera fase de convertirse en adultos jóvenes (ALLEN, 2019).

#### *1.1.2.2. Adolescencia media (de 14 a 18 años)*

La adolescencia media es la fase en la que un niño se encuentra en el camino de la transformación. Se producen muchos cambios. Mientras que la mayoría de las chicas pasan por la pubertad, los chicos siguen madurando físicamente, en esta etapa el adolescente desarrolla una personalidad y unas opiniones únicas. Los amigos desempeñan un papel fundamental durante estos años y los adolescentes de mediana edad se cuidan mucho de mantener su identidad en el grupo de iguales, aunque la regulación emocional sigue necesitando atención, los adolescentes son más capaces de identificar y definir sus propias emociones y las de los demás (PLUS, 2021).

Desde el punto de vista cognitivo, la adolescencia media es una fase en la que las estrategias de memoria complejas y los procesos de percepción, control y planificación se vuelven más rápidos y precisos, caracterizado por un comportamiento más asentado, introspectivo y consciente de sí mismo. La crueldad se vuelve menos frecuente, las disputas y discusiones con los padres y hermanos generalmente ocurren durante este tiempo (PLUS, 2021).

Los adolescentes en esta etapa pueden preocuparse por cómo se ven y pueden sentir que los demás notan su apariencia física. Dependiendo de la persona, pueden pasar una gran cantidad de tiempo aseándose, haciendo ejercicio y modificando su apariencia física a lo que creen que se considera atractivo, o pueden evitar salir en público por completo si se sienten cohibidos, a menudo pueden quejarse de que sus padres les impiden independizarse y pueden alejarse de ellos. Volverse más independiente puede ser emocionante pero también confuso, porque no quieren que les digan qué hacer o les impiden ser la persona que quieren ser (PLUS, 2021).

### *1.1.2.3. Adolescencia tardía (de 19 a 23 años)*

Los adolescentes tardíos se acercan por fin a la edad adulta para tener una identidad firme e intereses más estables. Los futuros adultos alcanzan por fin una mayor estabilidad emocional y tienen un sentido del humor más desarrollado. Son capaces de reflexionar sobre las ideas, expresar sus sentimientos con palabras, comprometerse y a tomar decisiones independientes. Al contrario que en etapas anteriores, los adolescentes tardíos muestran una mayor preocupación por los demás. Se vuelven más autosuficientes y se enorgullecen de su trabajo (PINEDA, y otros, 1999).

Empiezan a ultimar sus ideas sobre el papel que quieren desempeñar en sus vidas y se preocupan más por su futuro, en este punto, las decisiones sobre carreras, relaciones y asuntos de separación de los padres están en primer plano. Los adolescentes de este grupo de edad tienen un mejor control de los impulsos y pueden empezar a tomar decisiones mejores y más lógicas (PINEDA, y otros, 1999).

El desarrollo físico de los niños y las niñas se completa en esta etapa. Las relaciones con los demás, tanto amistosas como románticas, comienzan a estabilizarse y profundizarse. Empiezan a ver a los padres como iguales y modelos a seguir más que como alguien a quien acudir en busca de orientación o permiso (PINEDA, y otros, 1999).

### ***1.1.3. Cambios físicos y psicológicos durante la adolescencia***

#### *1.1.3.1. Desarrollo físico y sexual*

Se ha utilizado una amplia variedad de índices de desarrollo físico para definir la madurez, entre ellos se incluyen la estatura y el peso, el inicio de la menarquia, la edad esquelética, la etapa puberal y el agua corporal. Por consiguiente, los años de la adolescencia no sólo se caracterizan por el crecimiento en altura, sino que también implican muchos otros cambios físicos, como el desarrollo de los huesos, los músculos y los órganos (CÁRDENAS, 2011).

La adolescencia temprana y media son etapas de cambios fisiológicos espectaculares. La edad exacta a la que un niño entra en la pubertad depende de una serie de factores diferentes, como los genes, la nutrición y el sexo de la persona. El paso de la prepubertad a la plena capacidad reproductiva es heterogéneo, el desarrollo puberal relacionado con la actividad sexual y reproductiva es el cambio primordial en la adolescencia temprana y continúa en la adolescencia media (CÁRDENAS, 2011).

### *1.1.3.2. Desarrollo cerebral*

Cada vez hay más pruebas de que los procesos madurativos del cerebro continúan hasta bien entrada la adolescencia. Incluso medidas estructurales relativamente sencillas, como la proporción de materia blanca y gris en el cerebro, demuestran cambios a gran escala durante todas las etapas de la adolescencia temprana hasta los últimos años de la adolescencia. El desarrollo cerebral es un proceso fisiológico importante en todas estas etapas (CÁRDENAS, 2011).

Existe diferencias de género en el desarrollo del cerebro. La parte del cerebro que procesa la información se expande durante la infancia y luego empieza a adelgazarse, alcanzando su máximo en las chicas al principio de la adolescencia, aproximadamente a los 10-13 años, y en los chicos en la adolescencia media, unos dos años más tarde. Esto sugiere que las chicas y los chicos pueden estar preparados para absorber material difícil en etapas diferentes, en consecuencia, la adolescencia temprana y la adolescencia media difieren obviamente según el sexo en el desarrollo del cerebro (CÁRDENAS, 2011).

### *1.1.3.3. Desarrollo psicológico*

El núcleo del desarrollo cognitivo del adolescente es la consecución de una mente más consciente, autodirigida y autorregulada. El desarrollo psicológico se produce en un contexto de rápidos cambios físicos, como la pubertad, el estirón puberal y los cambios madurativos que acompañan a otros sistemas orgánicos (CÁRDENAS, 2011).

El adolescente temprano empieza a formar y verbalizar sus propios pensamientos y opiniones sobre una variedad de temas, en la etapa media a menudo cuestiona y analiza más ampliamente, empezando a formar su propio código ético, desarrolla una identidad individual y pensar a largo plazo. En la adolescencia tardía, los procesos de pensamiento complejo se utilizan para centrarse en conceptos menos egocéntricos, como justicia, historia, política y patriotismo. Los adolescentes tardíos suelen desarrollar puntos de vista idealistas sobre algunos temas, pueden debatir y desarrollar intolerancia hacia puntos de vista opuestos. Los adolescentes tardíos también empiezan a centrarse en tomar decisiones profesionales y establecer un papel en la sociedad adulta (CÁRDENAS, 2011).

#### *1.1.3.4. Desarrollo emocional*

Una importante tarea en desarrollo emocional de la adolescencia es crear una identidad individual y sexual. La adolescencia temprana es un periodo de desorganización donde los jóvenes buscan conexiones, redes, relaciones de apoyo y grupos. La adolescencia media está marcada por individuos que se describen a sí mismos de maneras que son ocasionalmente discrepantes, pero estas discrepancias tienden a disminuir en la adolescencia tardía, y los adolescentes se forman una visión más constante de sí mismos. Los autoconceptos se diferencian y organizan mejor al final de la adolescencia (CÁRDENAS, 2011).

#### *1.1.3.5. Desarrollo social*

La adolescencia se describe como un periodo en el que se alcanza la independencia, en particular, en las culturas individualistas. La principal tarea de desarrollo de la adolescencia en este ámbito es alcanzar la autonomía (cambios en los modelos de afirmación y expresión de la autonomía). En la adolescencia disminuye el tiempo que se pasa en relación con los padres y aumenta la importancia de los compañeros y de la pareja romántica. Estos importantes cambios en el desarrollo social tienen lugar en diferentes fases de la adolescencia. A través del desarrollo social, los adolescentes co-regulan sus comportamientos y emociones con sus compañeros, padres, pareja y profesores (CÁRDENAS, 2011).

Durante la transición a la adolescencia, los jóvenes pasan cada vez más tiempo solos y con amigos, y se produce un descenso drástico del tiempo que los adolescentes pasan con sus padres. Hay indicios de que, entre las chicas, la intimidad de la amistad se fomenta mediante la conversación, mientras que entre los chicos se obtiene a través de las actividades compartidas. Al final de la adolescencia, se produce el desarrollo de la autonomía social y las relaciones íntimas adquieren mayor importancia, las amistades evolucionan hacia relaciones más íntimas, solidarias y comunicativas (CÁRDENAS, 2011).

#### **1.1.4. Problemas en la adolescencia**

Aunque la mayoría lleva bien la adolescencia, algunos tienen dificultades para adaptarse a las transiciones y cambios de este periodo de edad. Los afectos negativos son comunes durante la adolescencia temprana y media, manifestándose con menos afectos positivos que los demás. El estrés evoca más respuestas negativas entre los adolescentes tempranos y medios en comparación con los niños y adultos (RODRÍGUEZ BURGOS).

La mitad de los problemas de salud mental de los adultos han comenzado antes de los 14 años y tres cuartas partes antes de la edad adulta. Los problemas de salud mental son dos veces más frecuentes en la adolescencia que en la infancia. Al principio de la adolescencia, los problemas de salud mental son más frecuentes entre los chicos que entre las chicas, mientras que la diferencia de género se invierte durante el resto de la adolescencia (RODRÍGUEZ BURGOS).

Durante la adolescencia temprana, son frecuentes el TDA (trastorno de déficit de atención) y los problemas de conducta, mientras que en la adolescencia media son más frecuentes la ansiedad, el estado de ánimo y los problemas de adicción. La comorbilidad es típica: los jóvenes suelen tener muchos problemas simultáneamente. La ansiedad también es bastante típica durante la adolescencia temprana, pero entonces suele tener un enfoque concreto, mientras que en la adolescencia media suele estar relacionada con el contexto social.

La fobia social aumenta en la adolescencia y en particular aumenta el trastorno de pánico. Los trastornos del comportamiento aumentan en la adolescencia temprana y alcanzan su punto álgido en la adolescencia media para luego disminuir. El vandalismo es más frecuente en la adolescencia temprana, mientras que el comportamiento agresivo caracteriza la adolescencia media y tardía; es unas cinco veces más frecuente entre los chicos que entre las chicas. El abuso de sustancias suele comenzar en la adolescencia media, mientras que los trastornos alimentarios suelen empezar en la adolescencia temprana (RICE, 2000).

La prevalencia de la depresión aumenta durante los primeros años de la adolescencia y sigue aumentando, aunque de forma menos drástica, durante la edad adulta. El estado de ánimo depresivo es bastante frecuente durante la adolescencia, sobre todo entre las adolescentes, con una probabilidad del 25-40% para las chicas y del 20-35% para los chicos. A su vez, un trastorno depresivo o depresión clínica se define categóricamente como una lista de diferentes síntomas depresivos (por ejemplo, pérdida de sueño, falta de interés por las actividades cotidianas, cambios en el apetito, problemas de concentración, pensamientos suicidas) (RICE, 2000).

Estudios sobre adolescentes han demostrado que la incidencia de la depresión entre los adolescentes es mayor en las mujeres que en los hombres. Los síntomas depresivos parecen aumentar entre los 13 y los 15 años, alcanzan su punto álgido a los 17-18 años y luego disminuyen en la edad adulta, especialmente entre las mujeres. Además de un mayor riesgo de suicidio, los jóvenes deprimidos tienen un mayor riesgo de padecer trastornos mentales como ansiedad, trastornos de conducta y abuso de sustancias. También son más propensos que otros jóvenes a tener prácticas sexuales de riesgo y otras conductas de riesgo. Además, los jóvenes deprimidos suelen tener dificultades para relacionarse con sus compañeros (RICE, 2000).

## **1.2. Emociones**

### ***1.2.1. Definición de emociones***

La palabra "emoción" procede del latín "Emovere", que significa "mover" o "estimular". Las emociones sacuden literalmente a una persona. Debido a la proximidad de la emoción con el sentimiento, la cantidad de emoción aumenta con el aumento del sentimiento y el cuerpo se evoca o estimula. Esta condición estimulada se conoce como 'emoción' (GRECO, 2010).

La emoción se define según el diccionario de Oxford como "un fuerte sentimiento mental o instintivo como el amor o el miedo" que implica muchos procesos corporales y estados mentales. Una emoción combina cognición, excitación corporal y comportamiento en una fórmula preparada para responder de acuerdo con la forma en que se ha interpretado la situación. Hay una gran diferencia en la forma de sentir emociones entre los seres humanos y los animales, aunque ambos experimentan ira, miedo, tristeza y alegría. La emoción puede definirse como el aspecto "sintiente" de la conciencia, caracterizado por cierta excitación física, un determinado comportamiento que revela el sentimiento al mundo exterior y una conciencia interior de los sentimientos (GRECO, 2010).

La emoción se asocia con el estado de ánimo, el temperamento, la personalidad y la disposición y la motivación. Las emociones no sólo dan color, sino también sentido a nuestras vidas y experiencias. Los delitos e incluso los actos inhumanos se deben a las emociones. Las emociones desempeñan un papel muy importante en el comportamiento y la vida humanos. De hecho, incluso el comportamiento moral se basa en cierta medida en las emociones (GRECO, 2010).

### ***1.2.2. Clasificación de las emociones***

Las emociones expresadas por los seres humanos pueden dividirse en dos grandes categorías y se denominan emociones positivas y negativas. Ejemplos de emociones positivas son las siguientes Interés, entusiasmo, aburrimiento, risa, empatía, acción, curiosidad. Las emociones negativas expresan un intento o intención de exclusión. La apatía, la pena, el miedo, el odio, la vergüenza, la culpa, el arrepentimiento, el resentimiento, la ira, la hostilidad son ejemplos de emociones negativas. Las emociones van acompañadas de una activación o un estado de excitación en el organismo. Normalmente van acompañadas de cambios fisiológicos y psicológicos. Los cambios fisiológicos suelen incluir cambios en los gestos, los movimientos musculares, la expresión facial, cambios en las reacciones fisiológicas como la presión sanguínea, el pulso, los latidos del corazón,

la respiración, etc., y los cambios psicológicos incluyen el enturbiamiento o enturbiamiento de la conciencia, el bloqueo de la memoria, la confusión en la percepción, etc. (GARCÍA SEDEÑO, 2016).

#### *1.2.2.1. Emociones positivas*

Las emociones positivas son emociones que normalmente encontramos agradables de experimentar. El Manual de Psicología Positiva de Oxford las define como “respuestas situacionales agradables o deseables... distintas de la sensación placentera y el afecto positivo indiferenciado”. Básicamente, esta definición afirma que las emociones positivas son respuestas agradables a nuestro entorno (o nuestro propio diálogo interno) que son más complejas y específicas que las simples sensaciones (GARCÍA SEDEÑO, 2016).

Las personas experimentan emociones positivas como sentimientos que reflejan un nivel de compromiso placentero con el entorno. Las emociones positivas facilitan la conducta de acercamiento o acción continua; las experiencias de afecto positivo impulsan a las personas a comprometerse con su entorno y participar en actividades que son adaptativas (GARCÍA SEDEÑO, 2016).

#### *1.2.2.2. Emociones negativas*

Por otro lado, las emociones negativas son aquellas que normalmente no encontramos agradables de experimentar. Las emociones negativas se pueden definir como “una emoción desagradable o infeliz que se evoca en los individuos para expresar un efecto negativo hacia un evento o persona” (GARCÍA SEDEÑO, 2016).

Si una emoción lo desalienta y lo deprime, lo más probable es que sea una emoción negativa, porque reflejan un sentimiento general de angustia. Además, estas emociones provocan conductas de retraimiento y señalan cuándo una conducta o un curso de acción concretos pueden no ser adaptativos (GARCÍA SEDEÑO, 2016).

#### *1.2.2.3. Emociones neutras*

Si bien las emociones positivas y negativas han recibido una atención considerable por parte de los investigadores y profesionales de la psicología, hay otra categoría de emociones que han sido casi ignoradas en muchos círculos: las emociones neutras.

No escuchará mucho sobre estos sentimientos de término medio de los psicólogos, pero son un tema muy discutido en algunos círculos de budismo. Estas emociones se conocen como *adukkhamasukha*, que puede traducirse como “no doloroso, no agradable”. Se refieren a un rango en la parte media del espectro de la experiencia sentida entre el dolor y el placer, relativamente suave y ni claramente doloroso ni claramente placentero” (GARCÍA SEDEÑO, 2016).

Dado que los sentimientos neutrales son un tema tan mundano para la mayoría de personas, rara vez se les da mucha importancia; sin embargo, pueden ser la categoría emocional en la que un individuo pasa la mayor parte de nuestro tiempo. Aunque los sentimientos neutrales no tienen valencia, ni positiva ni negativa, algunos dicen que los sentimientos neutrales se pueden contar como sentimientos positivos, ya que se caracterizan por la ausencia de dolor y sufrimiento (GARCÍA SEDEÑO, 2016).

### **1.3. Conducta alimentaria**

#### ***1.3.1. Definición***

La conducta alimentaria es un término amplio que abarca la elección y los motivos para comer, las prácticas alimentarias, las dietas y los problemas relacionados con la alimentación, como la obesidad, los trastornos alimentarios y los trastornos de la alimentación. En el contexto de la medicina conductual, la investigación de la conducta alimentaria se centra en la etiología, prevención y tratamiento de la obesidad y los trastornos alimentarios, así como en la promoción de patrones alimentarios saludables que ayuden a controlar y prevenir enfermedades como la diabetes, la hipertensión y ciertos tipos de cáncer (PONCE DE LEÓN, Carmen, 2019).

El comportamiento alimentario es complejo; los seres humanos toman cientos de decisiones alimentarias al día influidas por diversos factores personales, sociales, culturales, medioambientales y económicos. Lo que la gente come y cuánto come tiene una influencia considerable en su salud. Un modelo ecológico que tenga en cuenta el impacto de los factores individuales, los entornos sociales, los entornos físicos y los macroentornos en las elecciones alimentarias resulta útil para comprender la multitud de factores determinantes de la conducta alimentaria (PONCE DE LEÓN, Carmen, 2019).

Los factores intraindividuales que influyen en la conducta alimentaria y en la elección de alimentos incluyen procesos fisiológicos (por ejemplo, hambre, saciedad, preferencia innata por los alimentos dulces, mecanismos cerebrales) y procesos psicológicos (por ejemplo, preferencias alimentarias aprendidas, conocimientos, motivaciones, actitudes, valores, rasgos de personalidad,

procesos cognitivos, autorregulación). También se ha demostrado que el entorno social tiene un efecto sustancial sobre la conducta alimentaria. La conducta alimentaria se modela de forma indirecta a través de la observación de los demás y la interiorización de las normas alimentarias, así como de forma directa (por ejemplo, se come más en presencia de otras personas que cuando se está solo). Se ha demostrado que el entorno físico, incluida la disponibilidad de alimentos, el contexto en el que se ofrecen y las señales externas, como la proximidad a la comida, la prominencia de los alimentos, el tamaño del envase, el tamaño del plato/porción y la variedad de los surtidos de alimentos, afectan al tipo y la cantidad de alimentos ingeridos (PONCE DE LEÓN, Carmen, 2019).

### ***1.3.2. Trastorno de la conducta alimentaria***

Los trastornos alimentarios son enfermedades graves y, a menudo, fatales que se asocian con alteraciones graves en los comportamientos alimentarios de las personas y los pensamientos y emociones relacionados. La preocupación por la comida, el peso corporal y la forma también pueden indicar un trastorno alimentario. Los trastornos alimentarios comunes incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (PONCE DE LEÓN, Carmen, 2019).

#### ***1.3.2.1. Anorexia nerviosa***

La anorexia nerviosa es una condición en la que las personas evitan los alimentos, restringen severamente los alimentos o comen cantidades muy pequeñas de solo ciertos alimentos. También pueden pesarse repetidamente. Incluso cuando tienen un peso peligrosamente bajo, pueden verse a sí mismos con sobrepeso (GÓMEZ, 2020).

#### ***1.3.2.2. Bulimia nerviosa***

La bulimia nerviosa es una condición en la que las personas tienen episodios recurrentes y frecuentes de comer cantidades inusualmente grandes de alimentos y sienten una falta de control sobre estos episodios. A estos atracones le sigue un comportamiento que compensa el exceso de comida, como vómitos forzados, uso excesivo de laxantes o diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo o una combinación de estos comportamientos. Las personas con bulimia nerviosa pueden tener un peso levemente inferior al normal, peso normal o sobrepeso (GÓMEZ, 2020).

### *1.3.2.3. Trastorno por atracón*

El trastorno por atracón es una afección en la que las personas pierden el control sobre su alimentación y tienen episodios recurrentes de comer cantidades inusualmente grandes de alimentos. A diferencia de la bulimia nerviosa, los períodos de atracones no van seguidos de purgas, ejercicio excesivo o ayuno. Como resultado, las personas con trastorno por atracón a menudo tienen sobrepeso o son obesas. El trastorno por atracón es el trastorno alimentario más común en los EE. UU (GÓMEZ, 2020).

### *1.3.2.4. Prevalencia*

Se estima que la anorexia nerviosa afecta al 0,9% de las mujeres y al 0,5% de los hombres, la bulimia nerviosa afecta al 1,5% de las mujeres y al 0,5% de los hombres y aproximadamente el 3,5% de las mujeres y el 2% de los hombres declararon padecer un trastorno por atracón (BED, por sus siglas en inglés) en algún momento de su vida. El BED afecta aproximadamente al 8% de las personas obesas (LOOR, y otros, 2016).

Los trastornos alimentarios suelen manifestarse (86%) antes de los 20 años, y la mayoría de los afectados (43%) por anorexia declaran haberla padecido entre los 16 y los 20 años. El 30% de las afectadas declaran una duración de 1 a 5 años, y el 31% de 6 a 10 años. La tasa de recuperación total de las mujeres con bulimia es significativamente mayor que la de las mujeres con anorexia, el 74% de las bulímicas se recuperan totalmente, mientras que sólo el 33% de las anoréxicas lo hacen. Aproximadamente un tercio de las mujeres con anorexia y bulimia recaen después de la recuperación completa (LOOR, y otros, 2016).

Las adolescentes y las mujeres jóvenes representan el 90% de los casos (mujeres de entre 12 y 25 años) de trastornos alimentarios. En la anorexia, hay una proporción mujer-hombre de aproximadamente 11 a 1. La bulimia tiene una proporción mujer-hombre de aproximadamente 30 a 1. La anorexia nerviosa puede aparecer en niños de tan sólo 8 años, mientras que la bulimia rara vez aparece antes de los 12 años. Cada vez hay más mujeres y hombres mayores que padecen estos trastornos, y hasta un 5-10% de todos los casos de trastornos alimentarios se dan en varones. Los adolescentes varones han mostrado una tendencia creciente a hacer dieta, utilizar productos dietéticos y hacer ejercicio para controlar el peso, siendo los varones hispanos los más propensos a practicar el control de peso, seguidos de los negros y luego de los blancos (LOOR, y otros, 2016).

Las personas con trastornos alimentarios sufren tasas más elevadas de otros trastornos mentales, como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias. Existe una

mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo en individuos con anorexia y bulimia nerviosa, que pueden desarrollarse al mismo tiempo, o el trastorno del estado de ánimo puede preceder al trastorno alimentario. Los rasgos obsesivo-compulsivos son prominentes en los individuos con anorexia nerviosa, mientras que la mayor frecuencia de síntomas de ansiedad más generales es más común en aquellos con bulimia (LOOR, y otros, 2016).

### ***1.3.3. Las emociones y la alimentación***

La conducta alimentaria de los seres humanos se ven muy afectados por sus emociones: la elección de alimentos, la cantidad y la frecuencia de las comidas dependen de muchas variables no necesariamente relacionadas con sus necesidades fisiológicas. La creciente prevalencia de los trastornos alimentarios y la obesidad en la sociedad ha suscitado muchas preguntas sobre el papel que desempeñan las emociones en la etiología de estos problemas. El hecho de que estos cambios se hayan producido en un periodo de tiempo relativamente corto sugiere que las causas son ambientales y psicológicas, más que metabólicas o genéticas (LYNESS, 2020).

Está ampliamente aceptado que la conducta alimentaria en los seres humanos cambia en función de los cambios en su excitación emocional (ansiedad, ira, alegría, depresión, tristeza y otras emociones). Sin embargo, no es posible hacer una afirmación general sobre estas relaciones, ya que la relación entre la alimentación y la emoción difiere según las características particulares del individuo y según el estado emocional específico. En esta investigación se analizará si existe una influencia de las emociones en la conducta alimentaria, y la relación entre la conducta alimentaria y el estado emocional (LYNESS, 2020).

### ***1.3.4. La influencia de las emociones en la conducta alimentaria***

Las emociones difieren en sus condiciones antecedentes, correlatos fisiológicos, frecuencia de aparición y duración. Las asociaciones entre una emoción concreta y la conducta alimentaria deberían ser más fuertes si esta emoción ocurre con más frecuencia en contextos alimentarios que otras emociones. Pérez, M. (2020) investigó la relación entre diferentes emociones y la cantidad de ingesta de alimentos. Descubrió que el consumo de alimentos era mayor durante el aburrimiento, la depresión y la fatiga, y menor durante el miedo, la tensión y el dolor. Además mostró una mayor tendencia a consumir alimentos saludables durante las emociones positivas y una mayor tendencia a consumir comida basura durante las emociones negativas. Es decir que las comidas ingeridas en estados de ánimo positivos y negativos eran significativamente mayores que las comidas ingeridas en un estado de ánimo neutro y que el estado de ánimo positivo tiene un mayor impacto que el negativo en la ingesta de alimentos. Esta autora sugiere que la ira y la

alegría influyen más porque, en general, estas emociones se experimentan con más frecuencia que la tristeza y el miedo (LYNESS, 2020).

### ***1.3.5. Teorías que relacionan emociones y conductas alimentarias***

La suposición de que el afecto y la alimentación están relacionados tiene su origen en la literatura sobre la obesidad. Así, las primeras teorías explicaban la sobrealimentación en individuos obesos, mientras que las teorías más recientes pretenden explicar la conducta alimentaria en una población de peso normal. En la siguiente sección se analizan ambos tipos de teorías.

#### ***1.3.5.1. Teorías psicósomáticas de la obesidad***

- **Teoría psicósomática de la obesidad de Kaplan y Kaplan.** - Quienes propusieron que las personas obesas comen en exceso cuando están ansiosas y que comer reduce esta ansiedad. El mecanismo por el que comer reduce la ansiedad no se conoce del todo, pero puede implicar efectos diferenciales de la ingesta de proteínas y carbohidratos que afectan a la síntesis de neurotransmisores cerebrales, en particular la serotonina. También es probable que intervengan factores de aprendizaje, como una asociación más temprana de situaciones placenteras y no ansiógenas con la alimentación. Sin embargo, estos autores consideraron que los efectos reductores de la ansiedad que produce la alimentación no pueden explicarse únicamente sobre la base de los hábitos aprendidos. Los individuos obesos son incapaces de distinguir entre hambre y ansiedad porque aprendieron a comer tanto en respuesta a la ansiedad como al hambre (PALOMINO, 2020). Por lo tanto, comer para reducir la ansiedad puede conducir a comer compulsivamente en exceso y a la obesidad
- **La teoría de Bruch (1973).** - relacionó el comer en exceso con una conciencia defectuosa del hambre. Esta teoría propone que la experiencia del "hambre" no es innata, sino que es necesario el aprendizaje para organizarla en patrones reconocibles. En el caso de las personas obesas, algo había ido mal en el proceso experiencial e interpersonal que rodea la satisfacción de las necesidades nutricionales y otras necesidades corporales. Experiencias tempranas incorrectas y confusas habían interferido en su capacidad para reconocer el hambre y la saciedad. Estas experiencias tempranas también habían interferido con la capacidad de diferenciar el hambre (el impulso de comer) de otras señales de malestar que no tienen nada que ver con la privación de alimentos, como los estados de tensión emocional provocados por una gran variedad de conflictos y problemas. Estos individuos no reconocen cuándo tienen hambre o están saciados, ni diferencian la necesidad de comer de otras sensaciones y

sentimientos incómodos. Necesitan señales externas para saber cuándo y cuánto comer, ya que su propia conciencia interna no ha sido "programada" correctamente (PALOMINO, 2020).

Así, según esta teoría, una persona comerá en exceso en respuesta a la "tensión emocional" y a las "sensaciones y sentimientos incómodos". Tanto la teoría de Kaplan como la de Kaplan y Bruch llegan a la misma predicción: que las personas obesas comerán en exceso en respuesta a estados emocionales incómodos.

### ***1.3.6. La teoría "interna/externa" de Schachter sobre la obesidad***

Esta teoría (Schachter et al., 1968; Schachter, 1971) hace predicciones algo diferentes de las teorías descritas anteriormente. En ella, los concomitantes fisiológicos del miedo y la ansiedad llevarían a las personas de peso normal a suprimir su consumo, pero no afectarían al consumo de las personas obesas debido a su insensibilidad a las señales internas. Al igual que Bruch (1973), planteó la hipótesis de que el reconocimiento de un conjunto de señales fisiológicas, incluidas las contracciones gástricas, como "hambre" era un fenómeno aprendido y que las personas de peso normal habían aprendido a etiquetar adecuadamente las contracciones gástricas como hambre, mientras que las personas con sobrepeso no lo habían hecho. Dado que las contracciones gástricas disminuyen durante el estrés, los individuos de peso normal disminuirán su ingesta cuando estén estresados, pero dicha disminución no tendría ningún efecto sobre la ingesta de los obesos. Como consecuencia de la escasa comprensión de las señales fisiológicas internas, las personas obesas dependerán mucho más de las señales externas tanto para iniciar como para dejar de comer (MAYO, 2022).

Mientras que las teorías psicósomáticas predicen que las personas obesas aumentarán su ingesta cuando estén estresadas para reducir la ansiedad, la teoría de Schachter predice que las personas con un peso normal pueden disminuir o aumentar su ingesta cuando están estresadas, mientras que las personas obesas no la disminuirán.

La cuestión de si las emociones influyen en la conducta alimentaria se ha estudiado a fondo en la población obesa. Los resultados de estos estudios se acercan más a las teorías psicósomáticas que a la teoría de Schachter, pero también arrojan luz sobre la complejidad de la conducta alimentaria en las personas obesas. La alimentación emocional se produce episódicamente y no de forma regular; se realiza de forma secreta, se asocia a diferentes emociones en diferentes individuos y se caracteriza por el uso de alimentos ricos en calorías o carbohidratos. Se ha comprobado que comer emocionalmente es más frecuente cuando las personas están solas, cuando la comida es una y cuando la comida se realiza en casa en comparación con fuera de ella. La alimentación

emocional prevalece en todas las clases sociales y en todos los sexos. Los estudios informan sistemáticamente de que la alimentación emocional suele precipitarse por emociones negativas como la ira, la depresión, el aburrimiento, la ansiedad y la soledad, y a menudo guarda una relación episódica con periodos estresantes de la vida (RODRIGUEZ, 2021).

El impacto del estado de ánimo positivo en la ingesta de alimentos no ha sido tan estudiado como el de los estados de ánimo negativos.

### ***1.3.7. La regulación emocional y la alimentación***

Una persona que hace dieta debe resistir la tentación de comer alimentos tentadores y deliciosos; que la capacidad de autorregulación está íntimamente relacionada con las funciones ejecutivas. Ante emociones que aumentan o disminuyen el comer, describe cómo se regulan las emociones importantes y qué estrategias se utilizan para controlarlas. (CANETTI , y otros, 2002)

La regulación emocional, como su nombre lo indica, consiste en el control de las emociones a través de ciertos procesos, tales como: la capacidad de redirigir la atención, la evaluación cognitiva que forma una experiencia emocional y el control de las consecuencias fisiológicas. (CANETTI , y otros, 2002).

Durante el mismo proceso de regulación emocional, las personas pueden aumentar, mantener o disminuir emociones positivas o negativas, por lo que la regulación emocional suele ir acompañada de cambios en la respuesta emocional; cambios que pueden ocurrir cuando presentan sus emociones, cómo las experimentan y cómo las expresan. (CANETTI , y otros, 2002).

La regulación emocional es esencial para mantener el autocontrol en muchas áreas de la vida, y la falta de regulación del estado de ánimo y/o las emociones puede afectar el comer, control de los impulsos, etc., y los estados emocionales negativos contribuyen al fracaso del autocontrol porque las personas intentan regular las emociones negativas a expensas del otro autocontrol. Si quieres regular las emociones negativas, sueles utilizar la comida, las drogas, el alcohol, por ejemplo. (CANETTI , y otros, 2002).

Por lo tanto, el individuo quiere controlar un estado de ánimo negativo aumentando la ingesta de alimentos, lo que deja claro que la persona prioriza el control de su estado de ánimo (sentirse mejor) sobre el autocontrol de su conducta alimentaria alejándose. excepto por un largo apetito. metas basadas en el tiempo, como mantener una dieta o peso. (CANETTI , y otros, 2002).

### ***1.3.8. Influencia de las emociones en la conducta alimentaria***

Alimentarse es una necesidad fisiológica básica, pero la conducta alimentaria está mediada por varios factores y patrones socioculturales. Esto significa que la elección de los alimentos que consumimos no se basa únicamente en su calidad o valor nutricional. Los estudios han demostrado que las emociones influyen en las reacciones alimentarias en diferentes etapas del proceso de consumo: motivación para comer, reacciones afectivas a los alimentos, elección de alimentos, masticación, velocidad de consumo, cantidad ingerida, así como metabolismo y digestión.

La comida puede desencadenar emociones que también crean un deseo o antojo por ciertos alimentos y esto afecta nuestras elecciones de alimentos. Por ejemplo, en el presente, podemos sentirnos reconfortados al comer alimentos asociados con sentimientos positivos o tiempos mejores, como sopa o alimentos que nos recuerdan a un ser querido.

Cuando la dieta de una persona es limitada, las emociones negativas y positivas pueden aumentar la ingesta de alimentos. Se puede ver que cuanto más control mental tiene una persona sobre comer, mayor es la tendencia a comer en exceso. Esto se debe a que las reacciones emocionales involucran la atención a nivel cognitivo, que compite con mantener el control sobre la alimentación.

Si una persona es propensa al comer emocional, las emociones negativas pueden aumentar el consumo de alimentos dulces y grasos. Las personas que siguen una dieta emocional utilizan los alimentos como estrategia para regular sus emociones, y estos alimentos pueden tener un efecto calmante en el cerebro.

Cuando una persona sigue una dieta convencional, las emociones influyen en la alimentación según sus propiedades cognitivas y motivacionales. Por ejemplo, se ha descubierto que emociones como la tristeza disminuyen el comer, mientras que emociones como la felicidad tienden a aumentarlo.

Es importante recordar que cada persona tiene un bagaje cultural, social, económico, cognitivo y psicológico único que le permite enfrentar la vida y sus vaivenes con diferentes estrategias. Por lo tanto, incluso si siente que pertenece a uno de los grupos discutidos en este artículo, es posible que no se identifique con la forma en que las emociones influyen en el comportamiento alimentario.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1. Diseño de la investigación

##### 2.1.1. Localización y duración de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad Educativa LA SALLE perteneciente al cantón Riobamba, mediante un cuestionario previamente diseñado.

##### 2.1.2. Tipo de estudio

- El presente estudio fue de tipo transversal analítico

#### a. Población y muestra

La población de estudio correspondió a adolescentes entre 16-17 y 18 años, contó con la participación de 101 estudiantes pertenecientes a la Unidad Educativa LA SALLE de la ciudad de Riobamba. La muestra del presente estudio fue no probabilística para lo cual se seleccionó a los adolescentes según los criterios de exclusión e inclusión que se indican a continuación:

- **Criterios de inclusión**
  - Adolescentes de la Unidad Educativa LA SALLE
  - Adolescentes entre 16 a 18 años.
  - Adolescentes que hayan aceptado participar en el estudio bajo autorización de sus padres.  
Consentimiento Informado
- **Criterios de exclusión**
  - Se excluyeron a adolescentes con diagnóstico de alguna patología psicológica y /o con cualquier tratamiento farmacológico por cualquier condición médica.

## 2.2. Variables

**Tabla 1-2:** Operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	ESCALA DE MEDIDA
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS</b> Sexo	Cualitativa	Características biológicas de los participantes	Cronológico	Hombre	Nominal	Hombre
				Mujer		Mujer
Edad	Cuantitativa	Edad de los participantes	Cronológico	Años	Continua	Años
Ocupación	Cualitativa	Acción de realizar una determinada actividad de manera cotidiana.	Demográfica	Estudiante	Nominal	Estudiante
<b>CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS</b> Peso	Cuantitativa	Indicador de composición corporal de un individuo	Antropometría	Kg	Continua	Kg
				Talla		Cuantitativa
IMC	Cuantitativa	Indicador de masa corporal en relación con peso y talla	Antropometría	< -2,00 Bajo peso -2,00-+ 0,99 Normo peso 1,00-1,99 Sobrepeso > 2,00 Obesidad	Continua	< -2,00 Bajo peso -2,00-+ 0,99 Normo peso 1,00-1,99 Sobrepeso > 2,00 Obesidad

<b>CONDUCTA ALIMENTARIA</b>						
1.	Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo de Malnutrición por Exceso (CARME)	Cualitativa	Es un cuestionario que indica con qué frecuencia se ha realizado ciertos episodios en el último año (en relación con conducta alimentaria)	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre	Nominal	Cantidad total Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
<b>EMOCIONES</b>						
	Cuestionario de Conducta de Alimentación de Adultos (AEBQ)	Cualitativa	Es una de las herramientas psicométricas más usadas para evaluar las emociones en relación con la conducta de alimentación	Completamente en desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo Bastante de acuerdo Completamente de acuerdo	Nominal	Completamente en desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo Bastante de acuerdo Completamente de acuerdo

Realizado por: Mejía K. 2023.

### **2.2.1. Variable independiente**

- Estado emocional

### **2.2.2. Variable dependiente**

- Conducta alimentaria

## **2.3. Descripción de procedimientos**

### **2.3.1. Procedimiento de recolección de información**

Para la recolección de datos del presente trabajo se aplicó un cuestionario, mismo que tuvo únicamente fines investigativos, salvaguardando la información de los participantes sin correr ningún riesgo, al contrario, sus respuestas contribuyeron a la investigación.

El cuestionario se dividió en dos categorías: 1) Estado emocional. 2) Conducta alimentaria a partir de esos dos datos se conoció cuál fue la relación que existía entre estas dos variables en los adolescentes.

- **Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo de Malnutrición por Exceso (CARME)**

De acuerdo con Rivera, Unikel y Díaz (2017) este cuestionario se diseñó con el fin de añadirlo en la Encuesta relacionada a la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en la comunidad estudiantil en 1997 con el propósito de valorar los comportamientos de estos consumidores a partir de los parámetros de diagnóstico del cuarto Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV).

Además, posee de una decena de interrogantes vinculadas a la carencia de supervisión al ingerir los alimentos y el actuar alimentario de carácter restrictivo (exceso de ejercicio, dietas, consumo de pastillas, ayunos) y purgativo (empleo de laxantes, inducción al vómito, enemas y consumo de diuréticos) encaminadas a la pérdida de peso practicado en un tiempo anterior a la aplicación de dicho cuestionario (Rivera et al., 2017, p.45).

De este modo se pretendió la identificación de trastornos de conducta alimentaria en los alumnos de la institución objeto de estudio, dado que son alumnos con edades en las cuales son propensos

a cambios en su estilo de vida, sobre todo en el ámbito alimentario, ante las supuestas modas que suelen difundirse por los medios bajo la denominación de estereotipos sobre la talla y peso.

Por ello, mediante este instrumento que ponderó la frecuencia con base a algunas preguntas, las cuales presentaron afirmaciones en las que se hizo referencia a conductas alimentarias de riesgo de malnutrición por ingesta excesiva, ante las cuales se respondió utilizando una escala de respuesta de tipo Likert con cinco alternativas de frecuencia (de “nunca” = 1 a “siempre” = 5). Para su medición se utilizó como indicador el Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre y Siempre. Teniendo en cuenta que quienes tuvieron una calificación de 3 a 5 son considerados con riesgo por malnutrición por exceso y quienes su puntuación va de 1 a 3 son considerados sin riesgo de malnutrición

- **Cuestionario de Conducta de Alimentación de Adultos (AEBQ)**

Ante la consideración de factores comportamentales que dan paso a la obesidad y el sobrepeso en las personas, sin depender de la edad, nace el Cuestionario de Conducta de Alimentación de Adultos (AEBQ), por su sigla en inglés derivada de Adult Eating Behavior Questionnaire) el cual se postula como una de las herramientas psicométricas más usadas para evaluar la conducta de alimentación.

Ante el valor de este instrumento para la presente investigación se procedió a la búsqueda de la traducción directa del AEBQ del inglés al español. Con base a ello se readecuó cada una de las preguntas o ítems ya que al traducirlas se dieron algunos cambios que sacaron de contexto a cada enunciado.

De este modo se consiguió un cuestionario aplicable a la muestra de estudio, mismo que constó de 35 ítems, los cuales incluyeron correspondencias con las dimensiones de conducta de alimentación definidas. Se categorizaron las respuestas en una escala Likert de 1 a 5 (desde 1 “completamente en desacuerdo” hasta 5 “completamente de acuerdo”).

Donde la puntuación de preguntas fue: 1-. Completamente en desacuerdo, 2-. Bastante en desacuerdo, 3-. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4-. Bastante de acuerdo, 5-. Completamente de acuerdo. Teniendo en cuenta quienes tenía una puntuación de 3 a 5 se los considera como comedores emocionales y quienes su calificación fue de 1 a 3 son considerados comedores no emocionales.

A pesar de ser un cuestionario validado para adultos en los adolescentes porque es un instrumento flexible que se adapta fácilmente al entendimiento y valoración del fenómeno objeto de estudio en la población seleccionada, incluso, porque varias indagaciones previas han demostrado que ayuda a la evaluación de las variables que integran el problema de la ingesta alimentaria.

#### **2.4. Plan de análisis de datos**

Una vez culminado el proceso de recolección de datos se procedió con la elaboración de la base de datos con todas las variables correspondientes de las 2 categorías descritas anteriormente, estos datos se registraron en el programa de Microsoft Office Professional Plus “Excel”

Se ejecutó el análisis de normalidad para todas las variables cuantitativas, aquellas que siguieron una distribución normal fueron representadas con estadística descriptiva: media, desviación estándar, mínimo y máximo. Las variables que no siguieron una distribución normal fueron representadas por la media y el rango inter-cuartil. Por último, las variables nominales fueron representadas por número y porcentaje. La prueba estadística que se usó para comprobar la hipótesis fue el Chi<sup>2</sup>.

### CAPÍTULO III

#### 2.5. Resultados

**Tabla 1-0:** Características sociodemográficas de la población estudio

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia n</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>GÉNERO</b>		
Masculino	45	44,6
Femenino	56	55,4
<b>EDAD</b>		
16 años	33	32,7
17 años	58	57,4
18 años	10	9,9

Realizado por: Mejía K. 2023.

En la tabla 1-3 se aprecia que participaron mayor número de mujeres que hombres y que gran parte de la población tenía edades entre 16 y 17 años.

**Tabla 2-0:** Características antropométricas de la población estudio

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
<b>Peso (Kg)</b>	101	67,40	67,30
<b>Talla (cm)</b>	101	163,52	165,00
<b>T/E (pz)</b>	101	-0,65	-0,76
<b>IMC/E (pz)</b>	101	1,052	1,120

Realizado por: Mejía K. 2023.

En cuanto a las características antropométricas descritas en la tabla 2-3, se observó que, el promedio de peso de los sujetos fue de 67.4Kg y de talla 163.5cm. La puntuación z de talla/edad fue de -0.65 con una desviación estándar de 1.19 que se consideró dentro de los rangos de normalidad. El promedio de puntuación z de IMC/edad fue de 1,05 estos valores de IMC/edad indicaron que hay sujetos con IMC/edad por arriba de parámetros de normalidad.

**Tabla 3-0:** Características de estado emocional de la población estudio

PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>1. Sigo comiendo hasta que termino el plato</b>	3 (3,0)	3 (3,0)	26 (25,7)	31 (30,7)	38 (37,6)
<b>2. Como con desesperación</b>	36 (35,6)	29 (28,7)	28 (27,7)	7 (6,9)	1(1)
<b>3. Como cuando estoy triste</b>	31 (30,7)	19 (18,8)	26 (25,7)	8 (7,9)	17(16,8)
<b>4. Como con la sensación de no poder parar</b>	49 (48,5)	23 (22,8)	17 (16,8)	8 (7,9)	4 (4)
<b>5. Tengo más hambre durante la noche</b>	12 (11,9)	20 (19,8)	34 (33,7)	17 (16,8)	18 (17,8)
<b>6. Como comida chatarra cada vez que es posible</b>	6 (5,9)	24 (23,8)	46 (45,5)	20 (19,8)	5 (5)
<b>7. Evito comer frituras o grasas</b>	2 (2)	24 (23,8)	54 (53,5)	17 (16,8)	4 (4)
<b>8. Como a pesar de no tener hambre</b>	24 (23,8)	32 (31,7)	30 (29,7)	10 (9,9)	5 (5)
<b>9. Como hasta sentirme mal</b>	67 (66,3)	21 (20,8)	7 (6,9)	2 (2)	4 (4)
<b>10. Cuando como en medio de las comidas principales prefiero alimentos bajos en calorías (fruta, lácteos descremados)</b>	10 (9,9)	20 (19,8)	32 (31,7)	23 (22,8)	16 (15,8)
<b>11. Me cuesta conciliar el sueño de noche y debo levantarme a comer para poder dormir</b>	69 (68,3)	17 (16,8)	11 (10,9)	3(3)	1 (1)
<b>12. Como algo cada vez que puedo</b>	20 (19,8)	18 (17,8)	36 (35,6)	14 (13,9)	13 (12,9)
<b>13. Tomo bebidas azucaradas (bebida gaseosa, jugos, etc.) cuando tengo sed</b>	13 (12,9)	20 (19,8)	32 (31,7)	23 (22,8)	13 (12,9)
<b>14. Deseo comer cuando paso por un negocio de dulces o comida rápida</b>	15 (14,9)	31 (30,7)	36 (35,6)	12 (11,9)	7 (6,9)
<b>15. Estoy pendiente de la comida mientras la preparan</b>	19 (18,8)	24 (23,8)	33 (32,7)	16 (15,8)	9 (8,9)
<b>16. Como cuando estoy aburrido o no tengo nada más que hacer</b>	34 (33,7)	37 (36,6)	20 (19,8)	5 (5)	5 (5)
<b>17. Me pongo ansioso(a) cuando debo esperar la comida</b>	41 (40,6)	23 (22,8)	24 (23,8)	8 (7,9)	5 (5)
<b>18. Me levanto dos o más veces a comer durante la noche</b>	76 (75,5)	12 (11,9)	10 (9,9)	3 (3)	0 (0)

<b>19. Si no hay bebida en mi casa voy a comprar</b>	40 (39,6)	23 (22,8)	21 (20,8)	14 (13,9)	3 (3)
<b>20. Evito comer para no subir de peso</b>	40 (39,6)	18 (17,8)	28 (27,7)	9 (8,9)	6 (5,9)
<b>21. Como más cuando estoy feliz</b>	16 (15,8)	17 (16,8)	42 (41,6)	15 (14,9)	11 (10,9)
<b>22. Consumo comida chatarra durante el desayuno, almuerzo, once o cena</b>	31 (30,7)	36 (35,6)	26 (25,7)	8 (7,9)	0 (0)
<b>23. Me siento aliviado luego de comer</b>	14 (13,9)	28 (27,7)	41 (40,6)	8 (7,9)	10 (9,9)
<b>24. Prefiero comer a solas para que no vean la cantidad y velocidad con la que como</b>	56 (55,4)	13 (12,9)	13 (12,9)	10 (9,9)	9 (8,9)
<b>25. Tomo bebidas azucaradas (bebida gaseosa, jugos, etc.) cada vez que es posible</b>	20 (19,8)	30 (29,7)	30 (29,7)	15 (14,9)	6 (5,9)
<b>26. Me dan ganas de comer cuando siento olor a comida</b>	9 (8,9)	20 (19,8)	42 (41,6)	18 (17,8)	12 (11,9)
<b>27. Incluso si ya estoy satisfecho, puedo comer mi comida favorita</b>	18 (17,8)	36 (35,6)	18 (17,8)	18 (17,8)	11 (10,9)
<b>28. Cuando estoy con otra gente, soy la(el) primera (o) en terminar de comer</b>	14 (13,9)	37 (36,6)	23 (22,8)	14 (13,9)	13 (12,9)
<b>29. Continúo comiendo, aunque me sienta satisfecho</b>	34 (33,7)	33 (32,7)	21 (20,8)	10 (9,9)	3 (3)
<b>30. Siempre estoy pensando en comer algo rico</b>	15 (14,9)	19 (18,8)	35 (34,7)	21 (20,8)	11 (10,9)
<b>31. Deseo comer cuando veo comer a otros</b>	22 (21,8)	28 (27,7)	36 (35,6)	9 (8,9)	6 (5,9)
<b>32. Consumo pequeñas cantidades de alimentos en varias ocasiones durante la noche</b>	38 (37,6)	28 (27,7)	28 (27,7)	5 (5)	2 (2)
<b>33. Como grandes cantidades de comida</b>	13 (12,9)	28 (27,7)	33 (32,7)	17 (16,8)	10 (9,9)
<b>34. Cuando me siento a comer tengo mucha hambre</b>	9 (8,9)	30 (29,7)	34 (33,7)	18 (17,8)	10 (9,9)
<b>35. Cuando como, lleno la cuchara o como grandes trozos de comida</b>	9 (8,9)	30 (29,7)	34 (33,7)	18 (17,8)	10 (9,9)
<b>36. Como cuando estoy molesto</b>	51 (50,5)	27 (26,7)	13 (12,9)	6 (5,9)	4 (4)
<b>37. Me dan ganas de comer cuando veo comida</b>	14 (13,9)	21 (20,8)	46 (45,5)	10 (9,9)	10 (9,9)
<b>38. Como cuando estoy ansioso o con estrés</b>	39 (38,6)	27 (26,7)	17 (16,8)	8 (7,9)	10 (9,9)

Realizado por: Mejía K. 2023.

Como se observa en la tabla 3-3 la mayoría de los adolescentes tuvo la necesidad de alimentarse cada vez que ellos lo deseaban creando una necesidad de alimentarse según su estado emocional con valor de 35,6%, a la vez se determinó que existió un 41,6% de adolescentes que se alimentaban cada vez que estos se sentían felices, desarrollando una satisfacción de alivio culminado su alimento esto se observó con un valor de 40,6%.

**Tabla 4-0:** Características de la conducta alimentaria de la población estudio

<b>Pregunta</b>	<b>Completamente en desacuerdo</b>	<b>Bastante en desacuerdo</b>	<b>Ni en en desacuerdo</b>	<b>Bastante de acuerdo</b>	<b>Completamente de acuerdo</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>1. Frecuentemente siento hambre</b>	12(11,88)	17 (16,83)	52 (51,49)	16 (15,84)	4 (3,96)
<b>2. Me encanta la comida</b>	4 (3,96)	5 (4,95)	37 (36,63)	30 (29,7)	25 (24,75)
<b>3. Disfruto con una amplia variedad de alimentos</b>	2 (1,98)	4 (3,96)	16 (15,84)	43 (42,57)	36 (35,64)
<b>4. Frecuentemente dejo la comida en el plato al acabar de comer</b>	30 (29,7)	22 (21,78)	25 (24,75)	16 (15,84)	8 (7,92)
<b>5. Frecuentemente soy el último en terminar de comer</b>	26 (25,74)	23 (22,77)	27 (26,73)	14 (13,86)	11 (10,89)

<b>6. Frecuentemente sé que no me gusta un alimento antes de probarlo</b>	10 (9,9)	19 (18,81)	32 (31,68)	27 (26,73)	13 (12,87)
<b>7. Con que frecuencia tengo tanta hambre que debo comer algo de inmediato</b>	20 (19,8)	30 (29,7)	38 (37,62)	10 (9,9)	3 (2,97)
<b>8. Con que frecuencia me siento saciado antes de terminar de comer</b>	10 (9,9)	13 (12,87)	43 (42,57)	30 (29,7)	5 (4,95)
<b>9. Disfruto probando otros alimentos</b>	1 (0,99)	7 (6,93)	19 (18,81)	41 (40,59)	33 (32,67)
<b>10. Con frecuencia termino las comidas rápidamente</b>	19 (18,81)	17 (16,83)	24 (23,76)	20 (19,8)	21 (20,79)
<b>11. Frecuentemente mi estómago hace ruido porque tengo hambre</b>	14 (13,86)	23 (22,77)	35 (34,65)	23 (22,77)	6 (5,94)
<b>12. Casi siempre estoy pensando en comida</b>	29 (28,71)	29 (28,71)	30 (29,7)	11 (10,89)	2 (1,98)
<b>13. Me gusta probar comida que nunca había probado</b>	4 (3,96)	13 (12,87)	22 (21,78)	30 (29,7)	32 (31,68)
<b>14. Me gusta comer</b>	3 (2,97)	4 (3,96)	21 (20,79)	31 (30,69)	42 (41,58)
<b>15. Frecuentemente siento hambre</b>	14 (13,86)	25 (24,75)	41 (40,59)	13 (12,87)	8 (7,92)
<b>16. Como menos cuando estoy molesto</b>	24 (23,76)	24 (23,76)	26 (25,74)	12 (11,88)	15 (14,85)

<b>17.Me siento saciado fácilmente</b>	14 (13,86)	20 (19,8)	40 (39,6)	24 (23,76)	3 (2,97)
<b>18. Como menos cuando estoy enfadado</b>	29 (28,71)	20 (19,8)	26 (25,74)	12 (11,88)	14 (13,86)
<b>19.Si algunas de las comidas me salto me siento mareada</b>	47 (46,53)	23 (22,77)	19 (18,81)	5 (4,95)	7 (6,93)
<b>20. Cuando veo o huelo algo que me gusta me da ganas de comerlo</b>	6 (5,94)	10 (9,9)	30 (29,7)	27 (26,73)	28 (27,72)
<b>21.Como más cuando estoy molesto</b>	41 (40,59)	25 (24,75)	24 (23,76)	6 (5,94)	5 (4,95)
<b>22.Si pudiera estaría comiendo la mayoría del tiempo</b>	40 (39,6)	24 (23,76)	20 (19,8)	11 (10,89)	6 (5,94)
<b>23.Como menos cuando estoy irritado</b>	32 (31,68)	15 (14,85)	31 (30,69)	13 (12,87)	10 (9,9)
<b>24.No puedo terminar una comida si comí algo antes</b>	8 (7,92)	21 (20,79)	30 (29,7)	26 (25,74)	16 (15,84)
<b>25.Como más cuando estoy enfadado</b>	52 (51,49)	22 (21,78)	18 (17,82)	3 (2,97)	6 (5,94)

Realizado por: Mejía K. 2023.

Mediante la tabla 4-3 se determinó que los adolescentes disfrutaban comer una amplia variedad de alimentos 42,7 %, de la misma manera se observó una relación con la pregunta 9 que disfrutaron probar nuevos alimentos en un total de 40,59% de la población, de la misma manera está vinculada con la pregunta 13 que les encantaba alimentarse con comida que nunca habían probado con porcentaje del 31,68%, creando así la necesidad del gusto de comer frecuentemente con valor de 41,58%.

**Tabla 5-0:** Categorización de la conducta alimentaria y estado emocional de la población estudio.

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Conducta alimentaria</b>		
<b>Sin riesgo de malnutrición</b>	41	40.6
<b>Con riesgo de malnutrición</b>	60	59.4
<b>Conducta emocional</b>		
<b>No comedor emocional</b>	41	40.6
<b>Comedor emocional</b>	60	59.4

Realizado por: Mejía K. 2023.

En la tabla 5-3 se observó que más de la mitad los sujetos participantes presentaron trastorno en su conducta alimentaria y que eran comedores emocionales, puesto que que gran parte de ellos a veces come cuando está triste, tiene más hambre en la noche, consume comida chatarra cada vez que le es posible, come a pesar de no tener hambre, consume bebidas azucaradas, desea comer cuando pasa por un negocio de dulces o comida rápida, come cuando se siente aburrido o no tiene nada más que hacer, come más cuando está feliz, se siente aliviado después de comer, le dan ganas de comer cuando percibe el aroma de la comida, desea comer cuando ve comer a otros, siempre piensa en comer algo rico, come grandes cantidades de comida, cuando se sienta a comer tiene mucha hambre, cuando come llena la cuchara o grandes trozos de comida, incluso le dan ganas de comer cuando ve comida.

Además, entre las cualidades de la conducta alimentaria de esta población se apreció que frecuentemente son los últimos en terminar de comer, con frecuencia tienen tanta hambre que debe comer algo inmediatamente. Incluso cuando se saltan alguna comida se sienten mareados, comen más cuando están molestos o enfadados e ingieren menos cuando están irritados.

**Tabla 6-0:** Relación entre conducta alimentaria, estado emocional y estado nutricional

Variable	Estado nutricional			p
	Normal n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidad n (%)	
<b>Conducta alimentaria</b>				
<b>Sin riesgo de malnutrición</b>	41(40.59)	0(0.0)	0(0.0)	< .001
<b>Con riesgo de malnutrición</b>	0(0.0)	48(47.52)	12(11.18)	
<b>Estado emocional</b>				
<b>No comedor emocional</b>	41 (40,59)	0(0.0)	0(0.0)	< .001
<b>Comedor emocional</b>	0(0.0)	48 (47,52)	12 (11,18)	

Realizado por: Mejía K. 2023.

En la tabla 6-3 se observó que los sujetos con riesgo por malnutrición fueron los que tienen un estado nutricional alterado, es decir, presentaban sobrepeso/obesidad, a diferencia de los sujetos que no presentan riesgo por malnutrición mismos que presentaron un estado nutricional normal. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas; de la misma manera se observó que, los sujetos que eran comedores emocionales tendían a tener sobrepeso y obesidad, a diferencia de los no comedores emocionales que presentaron un estado de nutrición normal, estas diferencias también fueron estadísticamente significativas.

**Tabla 7-0:** Relación entre conducta alimentaria y estado emocional en los adolescentes

<b>Relación entre conducta alimentaria y estado emocional</b>			
Variables	Conducta alimentaria		P
	Sin riesgo de malnutrición n (%)	Con riesgo de malnutrición n (%)	
<b>Estado emocional</b>			
<b>No comedor emocional</b>	41 (40,59)	0 (0.00)	< .001
<b>Comedor emocional</b>	0 (0.00)	60 (59,40)	< .001
<b>Total</b>	41 (40,59)	60 (59,40)	

Realizado por: Mejía K. 2023.

En la tabla 7-3 en la que se relaciona el riesgo por malnutrición con el estado emocional de los adolescentes, se observó que los sujetos comedores emocionales presentaron riesgo por malnutrición a diferencia de los sujetos que no eran comedores emocionales quienes no presentaron riesgos por malnutrición. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.001$ ).

### ***Discusión***

El estudio tuvo como objetivo establecer si las emociones tienen relación con la conducta alimentaria en adolescentes de la Unidad educativa la Salle. Bersh (2006), afirma que existen factores (conductuales, genéticos y metabólicos) que hacen que el peso en los adolescentes se incremente y que conforme avanza la edad hay una propensión mayor a la adiposidad, además de que posiblemente la persona presente un metabolismo que favorezca el mantenimiento del exceso de peso corporal (Bersh, 2006)

Varios estudios han concordado con el presente trabajo, destacando que las emociones juegan un rol crucial en la alimentación, sobre todo en la conducta alimentaria, que podría desencadenar en una malnutrición, ya sea por exceso o déficit. Palomino (2020) describe que los sentimientos repercuten ampliamente en la decisión de elegir la cantidad de los alimentos a ingerir, hecho que en algunos casos conlleva al incremento de peso en el individuo. Por otra parte, las investigadoras evidenciaron que “en cuanto a emociones desagradables, los participantes refirieron sentir asco en el consumo de nopales, pescado, atún, pollo guisado y sushi; culpa en el consumo de refresco y remordimiento en el consumo de pan y frituras” (p.2190).

Al contrario, también puede asociarse con una conducta alimentaria adecuada; así lo demostró Fernández y Reidl (2018) en su proyecto titulado “Influencia de las emociones en la conducta alimentaria” donde se identificó que, ante emociones agradables como el placer, la felicidad y alegría, el 85% de sus participantes consumieron alimentos como frutas y agua mineral.

Algo similar sucedió con el estudio de (CAMILLERI, y otros, 2014) quienes sostuvieron que aquellas personas que desatan emociones de furia consumen alimentos poco saludables, mientras que, aquellas personas alegres ingieren productos agradables al sentido del gusto. Esto se repite cuando el sujeto presenta miedo y tristeza. Después de realizar el análisis en el cual 7378 hombres y 22 862 mujeres de la cohorte NutriNet-Santé (Francia, 2009-2013), se pudo evidenciar que tanto hombres como mujeres consumieron bocadillos ricos en azúcar cuando estaban con síntomas depresivos, en la gran mayoría las mujeres presentaron más ansiedad al momento de presentar estos episodios .

Estos eventos dan paso a lo que se conoce como comedor emocional el cual se define como aquella persona que es incapaz de aplicar acciones de enfrentamiento propicio frente a las variadas emociones, mismas que repercuten en su comportamiento alimenticio. Por ello, quienes atraviesan este contexto, suelen consumir una exagerada cantidad de alimentos no con el fin de satisfacer sus necesidades sino más bien por elegir productos con alto aporte energético (FERNÁNDEZ, 2018).

Sin embargo, las emociones deberían presentar un nexo en dos direcciones con el comportamiento alimentario dado que existen emociones que motivan a la ingesta de alimentos en particular, al igual que alimentos que, de acuerdo a la situación, producen emociones.

Por otra parte, indican que es difícil predecir con certeza de qué manera las emociones afectan al comportamiento alimenticio de los individuos ya que, en principio, aún no existen estudios que aseveren el impacto de las emociones en este campo ya sea a corto o largo plazo, así como en las personas sanas o enfermas (MEDINA, y otros, 2014).

No obstante, en este camino por descubrir el impacto de las emociones en la variable de la actitud alimentaria de las personas, Álvarez, Maldonado, Camacho y Jáuregui (2021) en su proyecto titulado “Quién influye en quién: el trío Flexibilidad Cognitiva – Emociones – Trastornos de la Conducta Alimentaria” apreciaron que el grupo con TCA presentó una media de 22,5 [desviación típica (dt) = 10,95], mientras que el Grupo CTRL mostró una puntuación media de 3,84 (dt = 2,96).

Además, los resultados de Álvarez (2021) y su equipo de investigadores no arrojaron diferencias estadísticamente significativas, a excepción de la Interferencia en el STROOP (STROOPINTER) con la Obsesión por la Delgadez (DT) del EDI 3 (F 5,02;  $p < 0,01$ ; gl 31) hecho que los llevó a la deducción de que “el desempeño de las participantes con sintomatología asociada a los TCA es similar a las de las participantes sin problemas alimentarios diagnosticados, lo que puede ser debido de la ausencia de condiciones de desnutrición y deshidratación” (p.61).

De ahí que, las emociones negativas son asimiladas por el cuerpo como una amenaza, lo cual produce, en el ámbito fisiológico, la liberación de glucosa en sangre, y al mismo tiempo minimiza la sensación de hambre. Por ende, ingerir en respuesta a las emociones o sentimientos no es una cuestión fisiológica sino algo comportamental que se aprende socialmente (PENEAU, y otros, 2013).

Incluso, esto ha permitido el reconocimiento de dos clases de emociones frente al hambre, las cuales son: hambre física que se localiza en el estómago, y surge gradualmente luego de muchas

horas sin ingerir, además, después de ello, la ingesta desaparece y la persona posee la sensación de satisfacción. Asimismo, no presenta sentimientos negativos. Por otra parte, el hambre emocional se localiza en la cabeza, y aparece en todo momento de manera inesperada, donde existe la tendencia por ciertos alimentos y, la sensación de hambre se mantiene a pesar de consumir alimentos, incluso, después de la ingesta nacen emociones de culpa y vergüenza por comer en exceso (CADENA-SCHLAM , y otros, 2014).

Por ello, que la psicología, incluso el sueño, tenga su rol dentro de esta problemática, por ejemplo, con el trabajo de Arbués (2019) y sus colaboradores identificó que del total de su muestra de estudio el 23,5%, 18,6% y 33,9% de los participantes mostraron, en mayor o menor medida, niveles de ansiedad, depresión y estrés, respectivamente. Además, hasta un 43,1% presentaban insomnio en alguna de sus categorías. Por géneros, las mujeres obtuvieron peores puntuaciones en las escalas de estrés, ansiedad e insomnio ( $p < 0,05$ ).

Por lo que dedujeron que, al combinar este acontecimiento con el panorama en el que viven los adolescentes, la superación de los niveles de educación refleja un cambio cargado de exigencia. La competencia y la presión por las metas académicas, las transformaciones en las jornadas de trabajo y en los sistemas de asistencia, y en algunos casos estar lejos de sus familiares durante un lapso determinado son factores que producen conductas de riesgo alimentario, y al mismo tiempo, pueden conllevar a estados de estrés, ansiedad, depresión o insomnio (ARBUÉS, y otros, 2019).

De tal manera, que ahí es donde se detecta una asociación entre la forma de alimentarse y el estado del ánimo de los adolescentes. Por esto, y sin depender de la razón subyacente del trastorno del ánimo, la forma de alimentarse puede afectar a la forma en que se sienten las personas y, probablemente, lo contrario (PALOMINO, 2020)

## CONCLUSIONES

- Efectivamente existe una relación entre el estado emocional y la conducta alimentaria en los adolescentes de la Unidad Educativa “La Salle” en el periodo 2022-2023 ya que se observó que los sujetos comedores emocionales tuvieron una conducta alimentaria inapropiada a diferencia de los sujetos que no eran comedores emocionales quienes tuvieron una conducta alimentaria adecuada.
- Entre las cualidades generales del grupo de estudio se observó que hubo mayor número de mujeres que hombres y que gran parte de la población tenía edades entre 16 y 17 años, además, el promedio de peso de los sujetos fue de 67.4Kg y de talla 163.5cm. La puntuación z de talla/edad fue de -0.65 con una desviación estándar de 1.19 que se consideró dentro de los rangos de normalidad.
- El estado emocional de los alumnos variaba por lo que al ingerir alimentos suplían sus tristezas o estrés, ya que al satisfacerse con los alimentos lograban sentirse felices.
- La conducta alimentaria de los estudiantes era inapropiada ya que eran consumidores emocionales.
- El estado nutricional antropométrico de los alumnos se observó que, los sujetos que eran comedores emocionales tendían a tener sobrepeso y obesidad, a diferencia de los no comedores emocionales que presentaron un estado de nutrición normal, estas diferencias también fueron estadísticamente significativas.

## **RECOMENDACIONES**

- Emplear mecanismo apropiados que motiven a los estudiantes la adopción de hábitos de ingesta saludables a través de una buena alimentación y sobre la importancia del estado anímico previo a la elección de los productos a consumir.
- Abordar seminarios en los que se trate acerca de los posibles problemas que afecten la salud emocional de los alumnos con el fin de minimizar los problemas en la dieta alimentaria latentes frente a esta problemática.
- Desarrollar campañas óptimas que avalen el cuidado de la salud emocional por parte de los alumnos clases para que ellos sean conscientes del problema que los aqueja y posiblemente a sus amigos y familiares.

## BIBLIOGRAFÍA

**ALLEN, Brittany.** Etapas de la adolescencia. *Healthychildren.org*. [En línea] [Consulta: 1-10-2020] 2019. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>

**ALVAREZ, Vanessa, et al.** Quién influye en quién: el trió Flexibilidad Cognitiva - Emociones - Trastornos de la conducta alimentaria. *Dialnet*. [En línea] 1, 2021, Vol. 6, págs. 47-67. [Consulta: 13-09-2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7802812>

**ARBUÉS, Enrique Ramón, & ABADÍA, Blanca .** Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. [En línea], Vol. 36, 6. [Consulta: 12-11-2022] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112019000600017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000600017)

**BERSH, Sonia.** La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. [En línea] Bogotá : s.n., 2006. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502006000400007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000400007)

**CADENA-SCHLAM , Leslie, & LÓPEZ-GUIMERA, Gemma.** Intuitive eating: An emerging approach to eating behavior. *Nutrición Hospitalaria*. 2014, Vol. 31, 3.

**CAMILLERI, Géraldine, & MEJEAN, Carolina.** Las asociaciones entre alimentación emocional y consumo de snacks energéticos se modifican por el sexo y la sintomatología depresiva. [En línea] 08 de 2014. [Citado el: 30 de 12 de 2012.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24850627/>.

**CANETTI , Laura, et al.** Comida y emoción. *Science Direct*. [En línea] [Consulta: 2023-01-24]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376635702000827?via%3Dihub>.

**CÁRDENAS, Alfonso.** Piaget: lenguaje, conocimiento y Educación. [En línea] 2011, Vol. 1, 60. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcde/n60/n60a5.pdf>

**CASTILLO, Doménica, & ALMEIDA, Johana.** Diversificación de la dieta del adulto mayor del programa sesenta y piquito de la casa somos Roldos con la JICAMA *Pachyrhizus erosus* Quito – Ecuador en el período 2018-2019. [En línea] Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. Quito : s.n., 2019. [Consulta: 2022-10-24]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16688>

**COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID. 2020.** Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. [En línea]. [Consulta: 23-12-2022.]. Disponible en: [https://www.copmadrid.org/web/img\\_db/publicaciones/Triptico-Emociones-Salud.pdf](https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/Triptico-Emociones-Salud.pdf).

**FERNANDEZ, Lidia.** Influencia de las emociones en la conducta alimentaria. Madrid : s.n., 2016. [En línea] Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684855/fernandez\\_lucas\\_lidia%20mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684855/fernandez_lucas_lidia%20mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**FERNÁNDEZ, Lidia.** *Influencia de las emociones en la conducta alimentaria*. México : s.n., 2018. [En línea]. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684855/fernandez\\_lucas\\_lidia%20mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684855/fernandez_lucas_lidia%20mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**GARCÍA SEDEÑO, Manuel.** *Las emociones como componente de la racionalidad humana* . España : Universidad de Salamanca, 2016. [En línea]. Disponible en: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132952/DFLFC\\_Garc%C3%ADaSede%C3%B1oMA\\_EmocionesComponente.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132952/DFLFC_Garc%C3%ADaSede%C3%B1oMA_EmocionesComponente.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**GAVIN, Mary. 2022.** TeensHealth. *TeensHealth*. [En línea]. [Consulta: 09-11-2022.] Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/emotional-eating.html>.

**GÓMEZ, Luis Fernando.** Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. *ISSUU*. [En línea] [Consulta: 12-01-2023]. Disponible en: [https://issuu.com/precopscp/docs/precopvol7n4\\_5](https://issuu.com/precopscp/docs/precopvol7n4_5).

**GRECO, Carolina.** Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. Mendoza, Argentina. [en línea] : Universidad del Aconcagua, 2010. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272010000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000100009)

**FERNANDEZ, Elizabeth, & REIDL, Lucy.** Las Emociones y la Conducta Alimentaria. *Redalyc*. [en línea] Mexico : s.n., 2018, Vol. 5, págs. 2182 - 2193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3589/358943649006.pdf>

**LOOR, Jessica, & PATIÑO, Jessica.** Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la imagen corporal y autoestima en estudiantes de la Unidad Educativa Octavio Cordero Palacios, Cuenca 2016. [en línea] Cuenca, Ecuador : Universidad de Cuenca, 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27181>

**LYNESS, D´arcy.** Trastornos de la conducta alimentaria. *TeensHealth*. [En línea] 2020. Disponible en: [Consulta: 25-10-2022.]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/eat-disorder.html>.

**MAYO, CLINIC. 2022.** Adelgazamiento: Controla el hábito de comer por factores emocionales. *MAYO CLINIC*. [En línea] Mayo Clinic, 2022. [Citado el: 27 de 01 de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/weight-loss/in-depth/weight-loss/art-20047342#:~:text=Comer%20como%20reacci%C3%B3n%20al%20malestar,la%20tristeza%20y%20la%20soledad.>

**MEDINA, F, et al** Nutrición y Clínica Dietética Hospitalaria. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. [En línea] [Consulta: 12-10-2022]. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/ASPECTOS-SOCIALES.pdf>.

**OMS. 2020.** Organización Mundial de la Salud. *OMS*. [En línea] 12 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.

**ORTIZ, Lidia; et al.** Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge?. [En línea] 2017, Vol. 44, 1. Disponible en: <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/151>

**PALOMINO, Ana María.** Rol de la emoción en la conducta alimentaria. Chile. [En línea] SciELO, 2020. Vol. 7. 0717-7518. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182020000200286](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000200286)

**PENEAU, Sandrine, & MENARD, Estelle.** El sexo y la dieta modifican la asociación entre comer emocional y el estado de peso. *The American Journal of Clinical Nutrition*. [En línea] 2013, Vol. 97, 6. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684855/fernandez\\_lucas\\_lidia%20mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684855/fernandez_lucas_lidia%20mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**PEÑA, Elizabeth, & REIDL, Lucy.** Las Emociones y la Conducta Alimentaria. *SciELO*. [En línea] 2015, Vol. 5, 3. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-48322015000302182](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322015000302182)

**PINEDA, Susana, & ALIÑO, Miriam.** Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia. *Cuba. Ministerio de Salud Pública*. 1999. [En línea]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/526015902/Manual-de-practicas-clinicas-para-la-atencion-integral-a-la-salud-de-la-adolescencia>

**PLUS, Cuidate.** *Etapas de la adolescencia*. Madrid : Unidad Editorial Revistas, S.L.U, 2021. [En línea]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/diccionario/etapas-adolescencia.html>

**PONCE DE LEÓN, Carmen.** Quirónsalud. *quirónsalud*. [En línea] Hospital U. Quirónsalud Madrid, 2019. [Consulta: 02-11-2022]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/blogs/es/trastornos-alimentacion/emociones-alimentacion-trastornos-conducta-alimentaria>.

**RICE, Philip.** *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. [En línea] s.l. : Pearson Educación, 2000. 9788483220498. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=320028>

**Rivera, José; et al.** Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. México : Universidad Autónoma Metropolitana, 2017. [En línea] Disponible en: [https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas\\_alimentarias.pdf](https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf)

**RODRIGUEZ, Daniel.** *Alimentación y Emociones. Una sinergia fundamental para nuestro bienestar*. [En línea] Barcelona : s.n., 2017. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118538/7/TFP%20Daniel%20Rodriguez.pdf>

**RODRIGUEZ, Rosalia.** Tratamientos para trastornos mentales. *Grupo Punto de Partida*. [En línea] [Consulta: 26-11-2022]. Disponible en: <https://puntodepartida.org.mx/trastornos-de-alimentacion/>.

**SÁNCHEZ, Luis, & PONTES, T.** Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*. [En línea] 2012, Vol. 27, 6. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n6/50cartacientifica02.pdf>

**SARAÍ, De León Rodríguez; et al.** SARS-CoV-2: Coronavirus previos, respuesta inmune y desarrollo de vacunas. [En línea]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33064679/>

**SEAONE, Andrea.** Angustia y conductas de riesgo en adolescentes. Un enfoque psicoanalítico. [En línea] (Trabajo final de grado) Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, 2015. [Consulta: 27-12-2022]. Disponible en: [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/9348/1/AsuadLuisa\\_2018\\_AngustiaConductasRiesgo.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/9348/1/AsuadLuisa_2018_AngustiaConductasRiesgo.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO A: RELACIÓN ENTRE EL ESTADO EMOCIONAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD LA SALLE 2022

Gracias por tomarse un tiempo en contestar esta encuesta; esta encuesta es anónima y tiene únicamente fines investigativos, no tiene ningún riesgo, pero con sus respuestas contribuye a la investigación biomédica.

#### 1. ¿Cuántos años tiene usted?

.....

#### **Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo de Malnutrición por Exceso (CARME)**

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Sigo comiendo hasta que termino el plato					
2. Como con desesperación					
3. Como cuando estoy triste					

4. Como con la sensación de no poder parar					
5. Tengo más hambre durante la noche					
6. Como comida chatarra cada vez que es posible					
7. Evito comer frituras o grasas					
8. Como a pesar de no tener hambre					
9. Como hasta sentirme mal					
10. Cuando como en medio de las comidas principales prefiero alimentos bajos en calorías (fruta, lácteos descremados)					
11. Me cuesta conciliar el sueño de noche y debo levantarme a comer para poder dormir					
12. Como algo cada vez que puedo					
13. Tomo bebidas azucaradas (bebida gaseosa, jugos, etc.) cuando tengo sed					
14. Deseo comer cuando paso por un negocio de dulces o comida rápida					
15. Estoy pendiente de la comida mientras la preparan					
16. Como cuando estoy aburrido o no tengo nada más que hacer					
17. Me pongo ansioso(a) cuando debo esperar la comida					

18. Me levanto dos o más veces a comer durante la noche					
19. Si no hay bebida en mi casa voy a comprar					
20. Evito comer para no subir de peso					
21. Como más cuando estoy feliz					
22. Consumo comida chatarra durante el desayuno, almuerzo, once o cena					
23. Me siento aliviado luego de comer					
24. Prefiero comer a solas para que no vean la cantidad y velocidad con la que como					
25. Tomo bebidas azucaradas (bebida gaseosa, jugos, etc.) cada vez que es posible					
26. Me dan ganas de comer cuando siento olor a comida					
27. Incluso si ya estoy satisfecho, puedo comer mi comida favorita					
28. Cuando estoy con otra gente, soy la(el) primera (o) en terminar de comer					
29. Continúo comiendo aunque me sienta satisfecho					
30. Siempre estoy pensando en comer algo rico					
31. Deseo comer cuando veo comer a otros					

32. Consumo pequeñas cantidades de alimentos en varias ocasiones durante la noche					
33. Como grandes cantidades de comida					
34. Cuando me siento a comer tengo mucha hambre					
35. Cuando como, lleno la cuchara o como grandes trozos de comida					
36. Como cuando estoy molesto					
37. Me dan ganas de comer cuando veo comida					
38. Como cuando estoy ansioso o con estrés					

**ANEXO B: CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN DE ADULTOS  
(AEBQ)**

	<b>Completamente en desacuerdo</b>	<b>Bastant e en desacue rdo</b>	<b>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Bastant e de acuerdo</b>	<b>Completamente de acuerdo</b>
1. Frecuentemente siento hambre					
2. me encanta la comida					
3. disfruto con una amplia variedad de alimentos					
4. frecuentemente dejo la comida en el plato al acabar de comer					
5. frecuentemente soy el último en terminar de comer					
6. Frecuentemente sé que no me gusta un alimento antes de probarlo					
7. Con que frecuencia tengo tanta hambre que debo comer algo de inmediato					
8. Con que frecuencia me siento saciado antes de terminar de comer					

9. Disfruto probando otros alimentos					
10. Con frecuencia termino las comidas rápidamente					
11. Frecuentemente mi estomago hace ruido porque tengo hambre					
12. Casi siempre estoy pensando en comida					
13. Me gusta probar comida que nunca había probado					
14. Me gusta comer					
15. Frecuentemente siento hambre					
16. Como menos cuando estoy molesto					
17. Me siento saciado fácilmente					
18. Como menos cuando estoy enfadado					
19. Si algunas d elas comidas me salto me siento mareada					
20. Cuando veo o huelo algo que me gusta me da ganas de comerlo					

21. Como más cuando estoy molesto					
22. Si pudiera estaría comiendo la mayoría del tiempo					
23. Como menos cuando estoy irritado					
24. No puedo terminar una comida si comí algo antes					
25. Como más cuando estoy enfadado					

## ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/a. Representante yo Katherin Gabriela Mejía Haro, estoy realizando la investigación “RELACIÓN ENTRE EL ESTADO EMOCIONAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD LA SALLE EN EL PERIODO 2022-2023”, la cual se la realizará a través de un formulario de preguntas que me permitirá conocer si su hijo/a se encuentra con riesgo de padecer algún tipo de trastorno alimentario. Durante la investigación no se establecerá ningún tipo de pago o recompensa y se garantiza la confidencialidad de la información obtenida, así como de la identidad de los estudiantes al final de la tesis y en futuras publicaciones, los datos obtenidos serán usados únicamente para el análisis del tema a estudiarse. Solicito encarecidamente autorice la participación de su hijo/a en nuestra investigación, estimando que esta encuesta no representa riesgo alguno para su integridad personal pudiendo negarse a contestar algunas preguntas. Su hijo/a podrá hacer preguntas sobre la investigación y puede retirarse en cualquier momento de esta.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la información y la entiendo. Por lo que autorizo la participación de mi hijo/a en el desarrollo de este proyecto.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Representante Cl. \_\_\_\_\_



esPOCH

Dirección de Bibliotecas y  
Recursos del Aprendizaje

**UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS Y ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO Y  
DOCUMENTAL**

**REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA**

**Fecha de entrega:** 23 / 01 / 2023

<b>INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)</b>
<b>Nombres – Apellidos:</b> KATHERIN GABRIELA MEJÍA HARO
<b>INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b>
<b>Facultad:</b> SALUD PÚBLICA
<b>Carrera:</b> NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
<b>Título a optar:</b> LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
<b>f. Analista de Biblioteca responsable:</b> Ing. RAFAEL INTY SALTO HIDALGO



1570-DBRA-UPT-2023

