



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final

**Relación entre regulación emocional y riesgo de desarrollar un trastorno de la
conducta alimentaria**

Tutora: Sofia Barrera Nicholson

Estudiante: Ortiz Abril Oriana

DNI: 42942783

Legajo: B00030148-P1

Sede: Buenos Aires - Campus: Berazategui.

Abril 8, 2024

Índice

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. Introducción.....	6
2. Metodología.....	10
2.1 Diseño.....	10
2.2 Participantes.....	10
2.3 Instrumentos.....	10
2.3.1 Cuestionario sociodemográfico confeccionado ad hoc	11
2.3.2 Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva [CERQ]	11
2.3.3 Cuestionario de Actitudes hacia la comida [EAT-26].....	11
2.4. Procedimiento.....	12
2.5. Análisis de datos	13
3. Resultados.....	14
4. Conclusión y discusión.....	22
5. Limitaciones y recomendaciones.....	26
6. Referencias.....	27
7. Anexos.....	31

Agradecimientos

No puedo dejar pasar esta oportunidad para destacar a todas esas personas que fueron pilares y super importantes para lograr que yo pueda estar entregando este trabajo final. En primer lugar, a mi familia, en especial a mamá que desde la primera crisis estuvo ahí para ayudarme y apoyarme en la decisión que tomé de cambiarme de carrera y querer arrancar este desafío hermoso, lo mismo para mi amiga Juli, la cual siempre sé que está al lado mío acompañándome en todo. También agradecerle a mi novio, la persona más buena y fiel que conozco, que me ayudó siempre que pudo y sabe todo lo que puse para llegar acá. Por otro lado, a mis amigos, los cuales se preocuparon porque yo hoy esté entera y no morir en el intento de realizar este trabajo. También a mis tutores que me ayudaron durante todo el proceso. Y por último y no menos importante, a todos los animalitos que me acompañaron en las clases virtuales, en noches estudiando y tardes escuchándome hablar.

Ahora sí, estoy orgullosa de lo que esta carrera dejó en mí y de mi misma por haberla completado, agradezco por todo lo que pase y que lo que venga sea mejor, gracias.

Resumen:

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan y se convierten cada vez en una patología con más impacto en la sociedad. El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre la regulación emocional y el riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en hombres y mujeres de CABA y GBA. Este estudio es de tipo no experimental con un alcance correlacional y de tipo transversal, teniendo un enfoque cuantitativo. Se utilizaron como instrumentos un cuestionario sociodemográfico, el cuestionario de regulación cognitiva de las emociones (CERQ) y el cuestionario de actitud hacia la comida (EAT-26). Obteniendo así una muestra de 200 personas. ($M= 28.83$ $DT=11.87$). Los resultados demuestran que existe una asociación entre las estrategias cognitivas de regulación emocional y el riesgo a desarrollar un TCA.

Palabras clave: *regulación emocional, riesgo, TCA.*

Abstract

Eating disorders are actually serious and often fatal illnesses. The objective of this research is to analyze the relationship between emotional regulation and risk of developing an eating disorder in men and women of CABA and GBA. The design carried out was non-experimental, quantitative in approach, correlational in scope and cross-sectional in time. To this purpose, we worked with a sample made up of 200 people whose ages ranged between 16 and 77 years ($M=28.83$ $SD=11.87$). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Eating Attitudes Test (EAT-26), and a sociodemographic questionnaire were applied. The results indicate that there exists a positive relationship between emotional regulation and risk of developing an eating disorder.

Key words: *emotional regulation, risk, eating disorder*

1. Introducción

Una de las problemáticas que afectan la salud de las personas son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), convirtiéndose así en una preocupación de salud a nivel mundial, teniendo un gran incremento de casos, especialmente en adolescentes, lo cual enciende las alarmas de varios países en el mundo (Hernández & Luna, 2017; Fajardo et al., 2017). Como así también es una de las patologías más consultadas y que llegan con mayor frecuencia a los hospitales y consultorios (Losada, 2018).

Los TCA comprenden un conjunto de afecciones caracterizadas por la presencia de creencias negativas relacionadas con la alimentación, la forma corporal y el peso, acompañadas por comportamientos que incluyen la restricción de la ingesta, episodios de atracón, exceso de ejercicio físico, provocación del vómito y el uso de laxantes, los cuales pueden conllevar complicaciones tanto físicas como psiquiátricas, además de ejercer un impacto adverso en la calidad de vida de los afectados. (Arija et al., 2022).

La Argentina, según estudios internacionales de Mervat Nasser, es el segundo país del mundo con más casos de TCA (Druetta, 2021). Como afirma Olga Ricciardi (2021), directora del centro CEDA (Centro Especializado en Desórdenes Alimenticios) de nuestro país, en los últimos años se produjo un aumento en los casos de manera alarmante y que posee distintos factores que entran en juego a la hora de determinar una causa. Estos trastornos tienden a manifestarse con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes (Arija et al., 2022).

Por otro lado, teniendo en cuenta a Tomaello (2016) gracias al mandato social de las mujeres de verse siempre jóvenes, muchas de estas comienzan en la mediana edad a ser sujetos de estas patologías. Como también así los hombres que al convertirse en adultos mayores pueden desarrollar vigorexia y ortorexia (Tomaello & Bello, 2016). Por

lo tanto, siguiendo esta línea de pensamiento, el padecer esta patología no tiene una edad particular.

Existen diferentes tipos de TCA, los más comúnmente nombrados son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Según el DSM-5 (APA, 2013), la AN es aquella patología que produce una alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso como también un miedo intenso a engordar. Por otro lado, la BN se caracteriza por presentar episodios de ingesta exagerada de alimentos en periodos cortos de tiempo, seguido por una acción inmediata de eliminar todas las calorías que se ingieren mediante el uso de laxantes y diuréticos, así como la autoinducción al vómito (Berny Hernández et al., 2020).

En esta investigación se trabajará con el riesgo a desarrollar esta patología y no con la patología en sí misma. Por lo que es importante tener en cuenta cuales son estos factores de riesgo. Uno de los más importantes es la regulación emocional. Esta puede definirse como “toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso” (Thompson, 1994) o según Gross (1998) como cualquier intento que hacen las personas para modificar en alguna medida la ocurrencia, intensidad o duración de un estado emocional, ya sea positivo o negativo, bien alterando alguno de los factores que anteceden a la emoción o bien modificando algún aspecto de ésta en sí misma. En el estudio de Gili et al., (2015) sobre riesgo, estudiaron que los adolescentes tienen un mayor riesgo de desarrollar dichos trastornos, al parecer debido a las preferencias sociales por la delgadez y a un estilo de vida centrado en la imagen y la gura corporal propios de esta etapa de la vida, como también existen otros factores como la insatisfacción corporal y las dietas/ayuno. (González, 2020).

Dentro de los TCA, se ha encontrado evidencia empírica donde la bulimia nerviosa está relacionada a las dificultades en la regulación emocional (Cardi et al., 2019; Hayaki, 2009; Lavender et al., 2014, Lavender et al., 2015), del mismo modo que se han encontrado estudios a otras patologías como la anorexia nerviosa (Racine & Wildes, 2015). Según Gross (1999) es esencial una buena regulación de las emociones para mantener el autocontrol en muchas áreas de la vida y una falla en la regulación del estado de ánimo y/o los sentimientos, puede influir en la dieta, control de impulsos y los estados emocionales negativos contribuyen a la falla de autocontrol porque las personas intentan regular la emoción negativa a costa de otro autocontrol (Palomino Pérez, 2020).

A continuación de este concepto, los autores (Ruíz Martínez et al., 2010) consideran que dejar de compartir y expresar sentimientos dentro de la familia dejan al descubierto necesidades de aceptación y afecto que hace a sus hijos más propensos a ceder a la presión social y baja autoestima, la cual conlleva a un mayor riesgo de sufrir un trastorno alimentario en el futuro.

Tomando así el contexto familiar como un factor significativo para la aparición de diferentes trastornos y en su evolución. Se ha detectado que las familias de pacientes con TCA son más conflictivas, tienen poca organización y critican la conducta de los miembros con TCA. El núcleo familiar es uno de los pilares en la formación del sujeto y, por tanto, de su personalidad. La dinámica familiar negativa o dañina se convierte en una de las causas más comunes en los TCA (Berny Hernández et al., 2020).

Siguiendo esta línea de pensamiento, cada vez toma más partido dentro del ámbito de los TCA la terapia dialéctica conductual (DBT) (Linehan, 1993), esta se basa en la teoría biosocial, la cual tiene como componente central el concepto de

disregulación emocional. Este refiere al intenso sufrimiento emocional que experimentan las personas a causa de la activación de una respuesta emocional de altísima intensidad seguida de comportamientos impulsivos problemáticos (De Luna Velasco et al., 2020). Según estas autoras, existen dos condiciones de vulnerabilidad presentes en los individuos: la vulnerabilidad emocional y la vulnerabilidad social. En donde la primera se trata de una condición neurobiológica que es incapaz de modular la respuesta emocional de los individuos que la tienen y la segunda hace referencia a un contexto ambiental invalidante en el cual el individuo creció y se desarrolló.

Ante las consideraciones anteriores se situará como pregunta, desde la cual partirá la presente investigación, ¿Cómo se relaciona la regulación emocional con el riesgo a desarrollar algún tipo de TCA en jóvenes adultos de CABA y GBA?

Teniendo en cuenta los antecedentes, el objetivo general es analizar la relación entre la regulación emocional y el riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en hombres y mujeres adolescentes de CABA y GBA. Los objetivos específicos son: 1) examinar cuales son las estrategias cognitivas de regulación emocional utilizan los jóvenes y adultos de CABA y GBA, 2) determinar riesgos de trastornos alimenticios en jóvenes y adultos de CABA y GBA, 3) analizar la relación entre las estrategias de regulación emocional y riesgo a desarrollar trastornos alimenticios según las variables sociodemográficas (por ejemplo, género, edad, etc). Por consiguiente, se abordará como hipótesis general la existencia de asociación entre las Estrategias Cognitivas de Regulación Emocional y el riesgo a desarrollar un TCA. Por último, las hipótesis específicas son: 1) Los sujetos que puntúan más alto en la estrategia Autoculparse puntuarán más alto en riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio y 2) los sujetos que puntúan más alto en ítems de Focalización positiva y Reinterpretación positiva puntuaron más bajo en riesgo a desarrollar un trastorno alimenticio.

Finalmente, el presente estudio tendrá la finalidad de contribuir al conocimiento de los riesgos de desarrollar un TCA ya que representa un problema significativo en nuestro país, teniendo una prevalencia muy fuerte dentro de este.

2. Metodología

2.1 Diseño

El enfoque del estudio fue de carácter cuantitativo, en el que se utilizó la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández Sampieri et al., 2014). El diseño fue de tipo no experimental, ya que en esta investigación no se manipularon las variables objeto de estudio, se limitó a observar fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural, para después analizarlos. En cuanto al estudio, este tuvo un alcance correlacional, ya que se observó cómo las variables se implican mutuamente y se procedió a describirlas. La temporalidad fue de tipo transversal, se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único.

2.2 Participantes/muestra

La muestra estuvo conformada por 200 jóvenes (69,5% mujeres y 30,5% hombres) que residían en CABA o GBA, a partir de 16 años con una media de 28,83 y un desvío estándar de 11,87. Utilizando así una muestra no probabilística incidental.

Los criterios de inclusión son: (a) cumplir con el rango etario establecido (b) no tener diagnosticado un TCA (c) aceptar participar voluntariamente.

2.3 Instrumentos

2.3.1 Cuestionario sociodemográfico confeccionado ad hoc

Dicho cuestionario estuvo compuesto por enunciados relativos a la edad, el género con el que se identifica el sujeto, nivel socio económico autopercebido, hábitos alimenticios y crianza.

2.3.2 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnefski, et al., 2001)

Este cuestionario es un instrumento de autoinforme compuesto por 36 ítems con una escala de tipo Likert, 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). Consta de 9 estrategias cognitivas de regulación emocional que utilizan las personas después de experimentar una experiencia displacentera y estresante. Cada estrategia es examinada por cuatro ítems (1) Rumiación, (2) Catastrofización , (3) Auto-culparse (ejemplo de ítem: “Siento que yo soy el culpable de lo que pasó”), (4) Culpar a Otros, (5) Poner en Perspectiva , (6) Aceptación (ejemplo de ítem: “Pienso que tengo que aceptar lo que pasó”), (7) Focalización Positiva , (8) Reinterpretación Positiva, (9) Refocalización en los Planes. El CERQ cuenta con una versión validada para Argentina (Medrano et al., 2013). Presenta evidencias de validez de criterio, correlacionando mediante el coeficiente r de Pearson los puntajes del CERQ con medidas independientes de Emociones Positivas, Emociones Negativas e Interferencia Emocional. Según estos autores, el mismo posee una validación de alfa de Cronbach de entre .68 y .83.

2.3.3 Eating Attitudes Test (EAT-26) (Garner et al. 1982; adaptación al castellano por Morán, Cruz & Iñárritu, 2009; Fischer & Prieto, 2016)

Este instrumento está conformado por 3 dimensiones: Dieta, Bulimia y preocupación por la comida y Contacto Oral, con un total de 26 ítems. La dimensión “Dieta” está asociada a impedir el consumo de alimentos o sustancias que engorden y a su vez muestra preocupación obsesiva por mantenerse delgado, los ítems de “bulimia y preocupación por la comida” hacen referencia a los desórdenes de pensamiento que

mantienen respecto a la comida y aquellos pensamientos que presentan indicadores de bulimia. La última dimensión, “contacto oral” contiene relación con el autocontrol que presenta el individuo por la ingesta de alimentos (Borrero Cruz, 2022). El ítem 25 puntúa de manera inversa.

El cuestionario EAT-26 posee una fiabilidad de 0.869; la dimensión dieta presentó un puntaje de 0.883, la dimensión bulimia y preocupación por los alimentos 0.981 y la dimensión de control oral un 0.955 (Borrero Cruz, 2022). También mediante la aplicación de percentiles se han establecido 3 categorías de evaluación: bajo, promedio y alto.

2.4 Procedimiento

Se elaboró un protocolo a través de Google Forms en el cual se explicó el propósito de este junto con un consentimiento informado acerca del anonimato y fines de la encuesta. Luego se presentó un cuestionario sociodemográfico ad-hoc y dos escalas para evaluar los constructos en cuestión: el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva de las Emociones (CERQ) (Garnefski, et al., 2001; validado en Argentina por Medrano et al., 2013) y el Cuestionario de Actitud hacia la comida (EAT-26) (Garner y Garfinkel, 1982 adaptación al español por Morán, Cruz & Iñárritu, 2009; Fischer & Prieto, 2016). En dicho protocolo se recortaron 12 sujetos que tenían previamente diagnosticado un TCA.

Dicho protocolo fue difundido por medio de las redes sociales, entre ellas Whatsapp, Instagram, Twitter y Facebook en el mes de marzo de 2024.

2.5 Análisis de datos

Se llevó a cabo el procesamiento de los datos mediante el SPSS 25.0. En primer lugar, se efectuó un análisis descriptivo para dar cuenta de la distribución de las variables sociodemográficas. Luego se procedió a realizar la correlación de las variables psicológicas Regulación Cognitiva de las Emociones y Riesgo a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria y sus respectivas dimensiones para lo cual se utilizó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman. Por último, se establecieron comparaciones de grupo para analizar las restantes variables sociodemográficas y los constructos estudiados. Estas variables a partir de las cuales se establecieron las diferencias de grupo fueron Edad, (la cual se recodificó en cuatro categorías 1= Menos de 18,2= De 19 a 30,3= De 31 a 60,4= Más de 60), Género, Nivel económico autopercebido, Hábitos alimenticios y Crianza. Teniendo en cuenta que la distribución de los datos se dio de manera anormal, se utilizó el estadístico U de Mann Whitney para comparar dos grupos y el estadístico Kruskal Wallis para comparar tres o más grupos.

3. Resultados

En la tabla 1, dentro del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, se presentó una muestra de N=200. En primer lugar, el género femenino predominó con un 69,5% y el género masculino un 30,5%. Al 38% de los encuestados les pareció muy relevante su crianza a la hora de desarrollar sus hábitos alimenticios, seguido por algo relevante con un 33,5%.

Tabla 1.

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Femenino	139	69.5
Masculino	61	30.5
Relevancia de su crianza en relación con sus hábitos alimenticios		
Nada relevante	21	10.5
Poco relevante	36	18.0
Algo relevante	67	33.5
Muy relevante	76	38.0

Como muestra la tabla 2, existe una relación positiva entre riesgo y las estrategias Autoculparse, Rumiación y Catastrofización. En cambio con la estrategia Reinterpretación Positiva surgió una relación inversa. No se hallaron vínculos significativos de riesgo con las estrategias Culpar a otros, Aceptación, Poner en perspectiva, Focalización en los planes y Focalización positiva. No se realizó la correlación entre edad por no resultar significativa, pero se dio de manera inversa, es decir, a menor edad, mayor riesgo.

Tabla 2.

Correlaciones bivariadas para las estrategias de regulación y el riesgo de desarrollar

TCA

Dimensión	1	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Edad	x	-0.11 7	-0.01 5	<u>-.250*</u> —	-0.07 8	<u>-.204*</u> —	-0.12 7	-0.02 1	0.126	-0.04 2	0.088
2. Riesgo		x	0.05 2	.406* *	0.11 9	.211* *	.340* *	0.011	-.161* *	0.052	-0.08 9
3. CUL			x	.182* *	0.09 6	.165* *	.282* *	0.112	-0.016	0.084	0.007
4. ATCU				x	0.10 1	.393* *	.387* *	0.075	-.184* *	.221* *	-.166 *
5. ACEP					x	0.105	0.082	.264* *	.202* *	0.081	0.082
6. RUM						x	.429* *	0.045	-0.02	.242* *	-0.03 2
7. CATA							x	-0.12 1	-.369* *	-0.03 6	-.284 **
8. PERS								x	.349* *	.261* *	.268* *
9. REIN									x	.431* *	.520* *
10. FOCPL										x	.282* *
11. FOCPO											x

*Nota. Estadístico utilizado. Rho de Spearman. * $p > 0,05$; ** $p > 0.01$*

Nota 2. ATCU = Auto culparse, RUM = Rumiación, FOCPO = Focalización Positiva, PERS = Poner en Perspectiva, CATA = Catastrofización, ACEP = Aceptación, FOCPL= Focalización en los planes, CUL= Culpar a otros, REIN= Reinterpretación positiva.

En la tabla 3, en cuanto a la diferenciación por grupos según la Edad, se encontraron significativas las estrategias Auto culparse con un valor p de 0,00 y Focalización positiva con un valor p de 0,018.

En términos de situación económica autopercebida dos estrategias resultaron significativas, Autoculparse y Catastrofización con un valor p de 0,002. Además riesgo con un valor p de 0,031.

En cuanto a los hábitos alimenticios, la variable sociodemográfica Frecuencia a comprar comida hecha resultó significativa con dos estrategias, Aceptación con un valor p de 0,028 y Poner en perspectiva con un valor p de 0,040. En cambio, la variable Frecuencia a comer comida casera dio significativa con riesgo con un valor p de 0,044.

Por último, en cuanto a la relevancia de la crianza con los hábitos alimenticios dio significativa con riesgo con un valor p de 0,044 y con la estrategia Poner en perspectiva con un valor p de 0,022.

Tabla 3.

Comparación de grupos según las variables sociodemográficas.

Grupo	Dimensión	p		Rango
Edad	ATCU	0.00	Menos de 18	96.44
			De 19 a 30	111.63
			De 31 a 60	76.19
			Más de 60	40.00
	FOCPO	0.018	Menos de 18	97.61
			De 19 a 30	94.54

			De 31 a 60	121.87
			Más de 60	57.50
Nivel eco-auto	ATCU	0.002	Alto	60.50
			Medio alto	119.24
			Medio	88.88
			Medio bajo	112.15
			Bajo	158.00
	CATA	0.002	Alto	33.50
			Medio alto	119.64
			Medio	90.42
			Medio bajo	113.55
			Bajo	130.80
	EAT	0.031	Alto	73.13
			Medio alto	124.82
			Medio	92.14
			Medio bajo	104.88
			Bajo	87.40
Frec.comp.comida.hecha	ACEP	0.028	Nada frecuente	89.75
			Poco frecuente	97.85
			Algo frecuente	111.73
			Muy frecuente	139.55
	PERS	0.040	Nada frecuente	101.51
			Poco frecuente	109.32
			Algo frecuente	81.77
			Muy frecuente	122.60
Frec.comida.casera.sem	EAT	0.044	1	124.88
			2	93.00
			3	108.33

			4	124.30
			5	74.60
			6	96.48
			7	106.72
Relevan.crianza.hab	EAT	0.044	Nada relevante	96.31
			Poco relevante	76.99
			Algo relevante	104.76
			Muy relevante	109.04
	PERS	0.022	Nada relevante	88.12
			Poco relevante	98.43
			Algo relevante	87.99
			Muy relevante	115.93

Nota: Estadístico utilizado Kruskal-Wallis. P valor significación >0,05

Nota 2: ATCU = Auto culparse, FOCPO = Focalización Positiva, PERS = Poner en Perspectiva, CATA = Catastrofización, ACEP = Aceptación, EAT= Riesgo de TCA.

La variable Género resultó significativa con riesgo, obteniendo un valor p de 0,000 y con las estrategias Rumiación y Catastrofización con un valor p de 0,001 y 0,028 respectivamente. Siendo el género femenino el de más alto rango en las tres estrategias.

Tabla 4.

Comparación de grupos según las variables sociodemográficas.

Grupo	Dimensión	<i>p</i>		Rango
Género	RUM	0.001	Femenino	109.46
			Masculino	80.09
	CATA	0.028	Femenino	106.43

		Masculino	86.99
EAT	0.000	Femenino	114.29
		Masculino	69.07

Nota: Estadístico utilizado U de Mann Whitney. P valor significación >0,05

Nota 2: RUM = Rumiación, CATA = Catastrofización, EAT= Riesgo de TCA.

En la tabla 5, se dan cuenta las estrategias más utilizadas por los encuestados, como también así los puntajes máximos y mínimos de estas. Puede observarse que la estrategia funcional más utilizada es Focalización en los planes, así como Rumiación la estrategia disfuncional más utilizada.

Tabla 5

Descriptivos de las variables Edad. Dimensiones del CERQ y Riesgo de TCA

Variable	Dimensión	M (Ds)	Min	Max
Edad	-	28.83 (11.87)	16	77
CERQ	CUL	8.86 (3.32)	4	20
	ATCU	13.16 (3.44)	4	20
	ACEP	14.64 (2.85)	5	20
	RUM	<u>14.04 (3.69)</u>	4	20
	CATA	9.52 (3.52)	4	20
	PPER	14.19 (3.53)	4	20
	RPOS	14.58 (3.88)	4	20
	FPLA	<u>16.06 (2.89)</u>	6	20
	FPOS	11.75 (4.28)	4	20
EAT	Riesgo	54.97 (13.85)	30	109

N=200; Nota: la estrategia funcional más utilizada es Focalización en planes, mientras que la disfuncional es Rumiación

En la tabla 6, se dividieron los resultados en niveles bajo, medio y alto. Por lo tanto, en las estrategias del CERQ, todas se distribuyen en un grado medio en cuanto a los puntajes obtenidos por los encuestados. Por otro lado, el riesgo se distribuyó de manera casi equitativa teniendo con mayor prevalencia el rango bajo.

Tabla 6

Niveles o grados de severidad en los que se distribuyen los puntajes obtenidos en Estrategias de regulación y el Riesgo de TCA

Variable	Dimensión	Nivel	Rango	N	%
CERQ	CUL	Bajo	4-6	54	27,00
		Medio	7-10	<u>87</u>	43.5
		Alto	11-20	59	29.5
	ATCU	Bajo	4-10	46	23,00
		Medio	11-15	<u>104</u>	52,00
		Alto	16-20	50	25,00
	ACEP	Bajo	5-12	38	19,00
		Medio	13-16	<u>109</u>	54.5
		Alto	17-20	53	26.5
	RUM	Bajo	4-12	60	30,00
		Medio	13-17	<u>104</u>	52,00
		Alto	18-20	36	18,00
	CATA	Bajo	4-7	56	28,00
		Medio	8-16	<u>139</u>	69.5
		Alto	17-20	5	2.5
PERS		Bajo	4-12	66	33,00
		Medio	13-16	<u>80</u>	40,00
		Alto	17-20	54	27,00

REIN	Bajo	4-12	58	29,00
	Medio	13-17	<u>88</u>	44,00
	Alto	18-20	54	27,00
FOCPL	Bajo	6-14	55	27.5
	Medio	15-17	<u>79</u>	39.5
	Alto	18-20	66	33,00
FOCPO	Bajo	4-9	67	33.5
	Medio	10-14	<u>75</u>	37.5
	Alto	15-20	58	29,00
Riesgo	Bajo	30-48	<u>73</u>	36,50
	Medio	49-59	60	30,00
	Alto	60-109	67	33,50

N=200; Nota: Para el CERQ se consideraron los percentiles 25, 50 y 75; Para el EAT percentiles bajo 5 a 35; medio 40 a 65 y alto riesgo 70 a 95

4. Conclusión y discusión

En esta investigación se partió del objetivo analizar la relación entre la regulación emocional y el riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en hombres y mujeres de CABA y GBA. Esta relación se dio de manera positiva entre riesgo de desarrollar un TCA y las estrategias disfuncionales como Autoculparse, Rumiación y Catastrofización, en cambio la estrategia Reinterpretación positiva dio una relación inversa, dando cuenta así que a mayor puntaje del EAT-26, menor será su reinterpretación positiva en cuanto a los eventos displacenteros que se presentan en la vida. Confirmando así la hipótesis de la investigación, dado que los resultados demuestran que existe una asociación entre las estrategias cognitivas de regulación emocional y el riesgo a desarrollar un TCA.

Con respecto a los objetivos específicos, las estrategias del CERQ más utilizadas fueron Focalización en los planes y Rumiación, siendo la primera funcional y la segunda disfuncional. Entendiendo así que la primera estrategia consiste en pensar en los pasos que deben llevarse a cabo para solucionar el problema y la segunda a pensar

excesivamente sobre los sentimientos y pensamientos asociados al evento displacentero (Medrano et al., 2013).

En cuanto al riesgo de desarrollar este trastorno en los encuestados, se descubrió que 67 personas de la muestra poseen un alto riesgo. Si bien en esta investigación, la variable edad no resultó significativa para analizarla, se tiene en cuenta que esta se dió de manera negativa, indicando que, a menor edad, mayor es el riesgo de desarrollar un TCA. Al igual que en el estudio realizado por Gili et al., (2015) donde no se obtuvieron datos significativos con respecto a la edad de los estudiantes que presentaban riesgo de padecer TCA. Así Tomaello (2016) afirma que si bien el promedio de edad en que las patologías de este tipo se disparan históricamente en la adolescencia y primera juventud, actualmente se puede ver en la primera infancia como también en adultos mayores presentándose como recaídas de quienes lo padecieron en su primera juventud y no fueron tratados.

Las estrategias del CERQ que se vieron asociadas con las variables sociodemográficas son edad, género y la relevancia de la crianza con sus hábitos alimenticios.

Con respecto a la asociación de la edad, resulta significativo que hasta los 30 años los sujetos se relacionan con Autoculparse y con más de 31 años se relacionan con Focalización positiva. Siendo así que los sujetos de mayor edad tienen a tener pensamientos agradables y alegres, en vez de pensar en el evento problemático (Medrano et al., 2013) y no se refieren a pensamientos que atribuyen la causa del evento negativo y la consecuente emoción displacentera a la propia persona como los más jóvenes.

Por otro lado, el género femenino, resultó significativo con riesgo de TCA, las estrategias de rumiación y catastrofización. Como lo afirman Berny Hernández et al (2020) los TCA aquejan más comúnmente en las mujeres, y como dice González (2020) no dejando de lado que existen diferencias individuales de carácter biológico/genético, psicológico y contextual que interactúan entre sí y que hacen más vulnerables a algunas personas al desarrollo de un TCA. Utilizando más las estrategias que refieren a tener pensamientos excesivos que enfatizan el terror experimentado y también pensar excesivamente sobre los sentimientos y pensamientos asociados al evento displacentero (Medrano et al., 2013).

En cuanto a la asociación entre la variable relevancia de la crianza con sus hábitos alimenticios con las estrategias del CERQ y el riesgo de TCA, a la mayoría (N=143) de la muestra les pareció algo o muy relevante la crianza en sus hábitos, como así afirma Tomaello (2016) donde la construcción de las pautas alimentarias parte de la transmisión cultural que realiza la familia en la infancia y por lo que es determinante el papel de cuidador/a a la hora de desarrollar el vínculo del sujeto con el modo de comer, los alimentos que consuma y las actitudes vinculadas a eso. En la investigación de Losada (2018) se concluye que la disfunción de los estilos de crianza ejercidos por los padres estaría asociado al desarrollo de esta patología alimentaria.

Por otro lado, teniendo en cuenta las hipótesis específicas; los sujetos que puntúan más alto en la estrategia Autoculparse puntuarán más alto en riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio se vio confirmada. Entendiendo así, como dice Palomino Pérez (2020) que una falla en la regulación del estado del ánimo puede influir en la dieta, control de impulsos, etc. Por lo que cuando desean regular las emociones negativas utilizan los alimentos, drogas, entre otras.

Y en cuanto a la segunda hipótesis; los sujetos que puntúan más alto en estrategias funcionales como Focalización positiva y Reinterpretación positiva tendrían menor riesgo a desarrollar un trastorno alimenticio fue confirmada parcialmente, dado que solo hubo correlación negativa en la segunda. De hecho, no hubo significación en ninguna otra de las estrategias funcionales como ser Poner en perspectiva, Focalización en los planes o Aceptación; por tanto no se estaría evidenciando que el uso de estrategias funcionales pueda contribuir a una reducción de la necesidad de recurrir a conductas alimentarias desadaptativas como forma de regulación emocional.

Para terminar, si bien los TCA son trastornos multicausales se deja en claro la importancia de la regulación de las emociones para no desarrollar algún tipo de este. Entrando también en juego los estilos de crianza a la hora de desarrollar hábitos alimenticios. Como también así la importancia de la creación de programas preventivos en el ámbito escolar, psicoeducación en las familias y acompañamiento activo a los niños y adolescentes.

5. Limitaciones y recomendaciones

En lo que alude a las limitaciones de este trabajo en primer lugar, en cuanto al tipo de investigación, de corte transversal no permite establecer relaciones causales entre las variables estudiadas e imposibilita realizar un seguimiento de estas en el tiempo, por lo que las conclusiones se limitan a un momento del itinerario académico específico, pudiendo dejar de lado ciertas particularidades de este. En segundo lugar, la comparación entre grupos etarios de esta muestra no permitió evidenciar valores significativos, por tanto se requiere continuar mejorando los instrumentos de medición o incluso aumentando el tamaño muestral. También cabe mencionar que no pudo accederse a mayor cantidad de muestra masculina por tanto se sugiere continuar investigando si efectivamente hay una diferencia de tipo biológica en el riesgo de desarrollar una TCA o se trata de un sesgo en las investigaciones ante la falta de participación de los varones.

Como recomendación, se sugiere que, para las próximas investigaciones se utilice una muestra con sujetos de edades entre los 10 a 15 años para encontrar otros resultados. Proponer estudios longitudinales que puedan examinar la relación entre el

uso de estrategias de regulación emocional a lo largo del tiempo y la aparición o desarrollo de trastornos de conducta alimentaria.

6. Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).
- Berny Hernández, M. C., Rodríguez López, D., Cisneros-Herrera, J., & Guzmán Díaz, G. (2020). Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 7(14), 15-21.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/6036/9460>
- Bobadilla-Soto, P., Bugueño-Sierra, S., Guerrero-Jiménez, V., Muñoz-Durán, M. T., Zúñiga-Coleman, J., & Nazar, G. (2022). Estado afectivo, regulación emocional y estilos de alimentación en adultos en Chile. *Revista chilena de nutrición*, 49(2), 193-200.
- Borrero Cruz, S. E. (2022). *Evidencia del análisis psicométrico del Cuestionario de Actitudes hacia la comida (EAT-26) en adolescentes de la ciudad de Piura 2022*.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/119709/Borrero_CSE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Druetta, E. (2021). Por qué Argentina es el segundo país con más casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
<https://www.perfil.com/noticias/salud/por-que-argentina-es-segundo-pais-con-mas-casos-trastornos-de-la-conducta-alimentaria.phtml>

- Doctoral, T. (2019). Universidad de Palermo Doctorado en Psicología. *Palermo.edu*.
<https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2156/Tesis%20Doctoral%20Reivan%20Ortiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Estefani, A. Y., Espíndola, W., Mors, L., Siebenhar, L., & Sione, M. (2019).
Autoeficacia académica y estrategias cognitivas. *Edu.ar*.
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/10604/1/autoeficacia-academica-estrategias-cognitivas.pdf>
- Gaete, P, V., & López, C, C. (2020). Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793.
10.32641/rchped.vi91i5.1534
- Gili, R., Otero, J., Sandoval, I., Ascaino, L., Leal, M., Olmedo, E., & Viglione, L. (2015). Riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de licenciatura en nutrición en cinco universidades de Argentina. *Nutrición Clínica*, 16(3), 90-96.
https://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_3/RSAN_16_3_90.pdf
- Gismero González, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2.(271-299)

IBM Corp. Released 2017. *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Losada, A. V. (2018). Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales. *Perspectivas metodológicas*, 18(21).

Palomino Pérez, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Rev Chil Nutr*, 47(2), 286-291.
<https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v47n2/0717-7518-rchnut-47-02-0286.pdf>

Peña Fernandez, E., & Reidl Martínez, L. M. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de investigación psicológica*, 5(3), 2182-2193.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v5n3/2007-4719-aip-5-03-2182.pdf>

Peréz, O., Bello, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología RMIP*, 8(1), 96-117 [mip161g.pdf \(medigraphic.com\)](https://www.medigraphic.com/mip161g.pdf)

Ruíz Martinez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., López Aguilar, X., Álvarez Rayón, G. L., & Tena Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64716832012.pdf>

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition.

Monographs of the Society for Research in Child Development, 59(2-3), 25-52.

doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x

Tomaello, F., & Bello, M. m. D. (2016). Patologías alimentarias en el siglo XXI:

¿comemos como somos? *Eudeba*.

Olhaberry, M., & Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y

regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 358-366.

7. Anexos

Hola! Mi nombre es Abril Ortiz y soy estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) y me encuentro realizando mi tesis de grado para la obtención del título. Es por ello que me gustaría invitarte a colaborar de forma ANÓNIMA en mi investigación.

A continuación, se presenta un consentimiento informado, un breve cuestionario de datos personales básicos y por último otros 2 cuestionarios que tienen como finalidad evaluar los constructos de la investigación. Para poder participar, deberás:

- Tener a partir de 16 años.
- Residir en CABA y GBA.
- No tener diagnosticado un TCA.

El tiempo de respuesta es de alrededor de 10 minutos. No hay respuestas correctas o incorrectas. Te recuerdo que tu participación es anónima, confidencial, y que posee fines meramente académicos.

Desde ya te agradezco tu colaboración, es de muchísima ayuda.

Cualquier duda que tengas, no dudes en contactarme al siguiente mail:
abruortiz@hotmail.com

Consentimiento Informado

Certifico que al leer este consentimiento acepto participar de forma voluntaria en los cuestionarios de este proyecto de investigación para la obtención del título de grado de la Licenciatura en Psicología. Se me ha informado que se garantiza la confidencialidad de los datos y el anonimato de acuerdo a la Ley N° 25.326 de "Protección de los datos personales". Acepto que no se realizará ninguna devolución de los datos obtenidos en esta encuesta. Leí el consentimiento informado y acepto participar:

- Si
- No

Regulación Cognitiva de las Emociones

Generalmente todos hemos tenido que afrontar ahora o en el pasado sucesos negativos o displacenteros. Cada persona responde de una forma característica y propia ante estas

situaciones. Por medio de las siguientes preguntas tratamos de conocer en **qué piensas cuando experimentas sucesos negativos o desagradables.**

1.- Siento que yo soy el culpable de lo que pasó

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

2.- Pienso que tengo que aceptar lo que pasó

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

3.- Normalmente pienso en cómo me siento acerca de lo que he sentido

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

4.- Pienso en cosas más agradables que lo que me ha pasado

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

5.- Pienso qué cosas podría haber hecho mejor

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

6.- Pienso que puedo aprender algo de la situación

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

7.- Pienso que podría haber sido mucho peor

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

8.- Pienso en que lo que me ha pasado es mucho peor que lo que le

pasa a otros

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

9.- Pienso que otros son culpables de lo que me pasó

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4

- 5- Casi siempre

10.- Sigo pensando en lo terrible que es lo que me ha pasado

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

11.- Pienso que otras personas pasan por experiencias mucho peores

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

12.- Pienso que puedo convertirme en una persona más fuerte

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

13.- Pienso cómo puedo afrontar mejor la situación

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

14.- Pienso en cosas positivas que no tienen nada que ver con lo que

he vivido

- 1- Casi nunca

- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

15.- Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

16.- Pienso que tengo que aceptar la situación

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

17.- Siento que soy el responsable de lo que ha pasado

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

18.- Quiero entender por qué me siento de esa manera

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

19.- Pienso en cómo cambiar la situación

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

20.- Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras cosas

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

21.- Pienso en los fallos que otros han cometido en esa situación

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

22.- Normalmente pienso que lo que me ha pasado a mí es lo peor que

le puede pasar a alguien

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

23.- Pienso que esa situación tiene también partes positivas

- 1- Casi nunca
- 2
- 3

- 4
- 5- Casi siempre

24.- Pienso en algo agradable en lugar de lo que ha ocurrido

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

25.- Pienso que no puedo cambiar nada al respecto

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

26.- Pienso en los errores que he cometido

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

27.- Me sumerjo en los sentimientos que la situación me ha generado

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

28.- Pienso en experiencias agradables

- 1- Casi nunca
- 2

- 3
- 4
- 5- Casi siempre

29.- Pienso que otros son responsables de lo que ha ocurrido

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

30.- Pienso un plan para que en un futuro me vaya mejor

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

31.- Miro las partes positivas del problema

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

32.- Pienso que tengo que aprender a vivir con ello

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

33.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en mí mismo

- 1- Casi nunca

- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

34.- Me digo a mí mismo que hay cosas peores en la vida

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

35.- Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

36.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en otros

- 1- Casi nunca
- 2
- 3
- 4
- 5- Casi siempre

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida

A continuación, se presentan 26 preguntas. Por favor lea los ítems de forma pausada uno a uno, si el ítem describe su actitud de hace tres meses hasta el día de hoy, marque en el recuadro la opción que más se asemeje:

1 Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca

- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

2 Procuro no comer cuando tengo hambre

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

3 La comida es para mí una preocupación habitual

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

4 He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

5 Corto mis alimentos en trozos pequeños

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

6 Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

7 Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

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

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

9 Vomito después de comer

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

10 Me siento muy culpable después de comer

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

11 Me obsesiona el deseo de estar más delgada/o

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

12 Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

13 Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

14 Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de celulitis

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

15 Tardo más tiempo que los demás en comer

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre

- 5 Siempre

16 Procuro no comer alimentos que tengan azúcar

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

17 Como alimentos dietéticos

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

18 Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

19 Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

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

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces

- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

21 Paso demasiado tiempo pensando en comida

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

22 No me siento bien después de haber comido dulces

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

23 Estoy haciendo dieta

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

24 Me gusta tener el estómago vacío

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

25 Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca

- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

26 Después de las comidas tengo el impulso de vomitar

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

Datos Sociodemográficos

1.- Edad (escrita en números)

2.- Género

- Femenino
- Masculino
- No binario
- Prefiero no decirlo

3.- ¿Residís en CABA o GBA?

- Si, resido en CABA o GBA
- No resido en CABA o GBA

4.- Nivel económico auto percibido

- Alto
- Medio alto
- Medio
- Medio bajo
- Bajo

5.- ¿Posees algún diagnóstico de TCA?

- Si
- No

6.- ¿Cuán relevante crees que fue tu crianza en relación con tus hábitos alimenticios?

- 1- Nada relevante
- 2- Poco relevante
- 3- Algo relevante
- 4- Muy relevante

7.- ¿Con qué frecuencia compras comida hecha (fast food/take away/rotiserías, etc)?

- 1- Nada frecuente
- 2- Poco frecuente
- 3- Algo frecuente
- 4- Muy frecuente

8.- ¿Cuántas veces a la semana comes comida casera?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7