



Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO. UN ESTUDIO CORRELACIONAL.

Presentado por: D^a GRACIA MILAGROS MUÑOZ PAREJA

Tutor/a académico/a: Dra. ISABEL MORALES GIL

Alcalá de Henares, 7 de Marzo de 2022

Índice

1. Introducción y justificación.....	5
2. Objetivos e hipótesis	6
3. Marco teórico	7
3.1. Alimentación.....	7
3.2. Emociones.....	9
3.3. Estrés.....	11
3.4. Alimentación, emociones y estrés.....	12
3.5. Acontecimientos vitales estresantes.....	15
3.6. Conductas alimentarias de riesgo	16
3.7. Acontecimientos vitales estresantes y conductas alimentarias de riesgo	19
4. Método	20
4.1. Participantes.....	20
4.2. Diseño	20
4.3. Instrumentos / Materiales y estímulos.....	21
<i>4.3.1. Metodología de investigación</i>	<i>22</i>
4.4. Procedimiento	22
<i>4.4.1. Procedimiento de recogida de datos</i>	<i>22</i>
<i>4.4.2. Procedimiento de análisis de datos</i>	<i>22</i>
5. Resultados.....	23
6. Discusión y conclusiones	29
7. Referencias.....	34
8. Anexos.....	42
8.1. Anexo 1. Explicación sobre la investigación	42
8.2. Anexo 2. Consentimiento informado.....	43
8.3. Anexo 3. Datos personales	44
8.4. Anexo 4. Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo.....	45
8.5. Anexo 5. Cuestionario de acontecimientos vitales estresantes.....	46

Resumen

El propósito de este estudio fue analizar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en población nacional adulta. Para ello, se han valorado diversas CAR, como atracones, conductas restrictivas y conductas compensatorias. También, se ha evaluado el nivel de riesgo para el desarrollo de un TCA, así como diferentes variables asociadas a los AVE, como la frecuencia, edad del suceso y el nivel de ansiedad experimentado ante él.

La población objeto de estudio estuvo compuesta por 171 personas residentes en España, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Se utilizaron como instrumentos de evaluación el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) y el cuestionario de acontecimientos vitales estresantes (CAVE).

Los resultados obtenidos muestran correlaciones positivas entre el número de AVE y el nivel de riesgo para el desarrollo un TCA, la sensación de falta de control al comer y la realización de ayunos y dietas para tratar de bajar de peso. Asimismo, se hallan correlaciones positivas entre el nivel de ansiedad ante el AVE y la sensación de falta de control al comer y preocupación por engordar. También, se encuentra una correlación negativa entre la edad en la que ocurrió el AVE y la práctica de atracones. Por último, no se evidencian diferencias significativas entre géneros en las variables estudiadas.

Palabras clave: acontecimientos vitales estresantes, conductas alimentarias de riesgo, alimentación, emociones, estrés.

Abstract

The purpose of this study was to analyze the relationship between stressful life events (SLE) and risky eating behaviors (REB) in the national adult population. To do this, various REB have been assessed, such as binge eating, restrictive behaviors and compensatory behaviors. Also, the level of risk for the development of an eating disorder has been evaluated, as well as different variables associated with strokes, such as the frequency, age of the event and the level of anxiety experienced before it.

The population under study was made up of 171 people residing in Spain, aged between 18 and 65 years. The Brief Questionnaire on Risky Eating Behaviors (QREB) and the Stressful Life Events Questionnaire (SLEQ) were used as evaluation instruments.

The results obtained show positive correlations between the number of strokes and the level of risk for developing an eating disorder, the feeling of lack of control when eating, and fasting and dieting to try to lose weight. Likewise, positive correlations were found between the level of anxiety before the stroke and the feeling of lack of control when eating and concern about gaining weight. Also, a negative correlation was found between the age at which the stroke occurred and the practice of binge eating. Finally, there are no significant differences between genders in the variables studied.

Key words: stressful life events, risky eating behaviors, eating, emotions, stress.

1. Introducción y justificación

Los acontecimientos vitales estresantes (AVE) son eventos a los que todas las personas estamos expuestas a lo largo del ciclo vital, siendo inevitable su ocurrencia. Sin embargo, la valoración que se haga sobre el acontecimiento estresante influirá en su impacto y las estrategias empleadas para reducirlo intervendrán en el bienestar del individuo. No obstante, existen estrategias que, a pesar de paliar el impacto emocional, no son adaptativas y pueden ocasionar alteraciones en el comportamiento afectando la salud de quien las lleva a cabo.

La vinculación del estrés y las emociones con las conductas alimentarias ha sido ampliamente estudiada. Algunos estudios han puesto de manifiesto la utilización de la comida como una estrategia de regulación (Macht, 2008; Escandón-Nagel et al, 2021) o de afrontamiento evitativo (Wolff et al., 2000). Asimismo, es también sabido que en condiciones de estrés aumentan algunas conductas alimentarias de riesgo (CAR), como los atracones (Wolff et al, 2000; Loth et al, 2008; Woods et al, 2010; Groesz et al, 2012; Barata-Santos et al, 2019), la falta de control al comer (Herrera, 2019) o las conductas restrictivas (Hou et al, 2013; Herrera, 2019).

Las CAR son patrones alimentarios disfuncionales y perjudiciales para la salud, que cuando se convierten en crónicas y agudas podrían desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (Gómez-Restrepo et al., 2017; Caldera et al., 2019; Villalobos et al., 2020). Por tanto, llevarlas a cabo como estrategia de regulación o afrontamiento ante los AVE supondría un riesgo que sería necesario prevenir dotando de estrategias adaptativas.

La importancia de este estudio radica en proporcionar información sobre la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y las conductas alimentarias de riesgo, con el fin de prevenir factores de riesgo para el desarrollo de un TCA. Las conclusiones alcanzadas pretenden ser de utilidad para futuras investigaciones, así como para posibles programas de prevención a edades tempranas que promuevan la

regulación emocional y permitan la adquisición de estrategias de afrontamiento adaptativas con las que poder hacer frente a aquellos sucesos estresantes que van aconteciendo a lo largo de la vida.

2. Objetivos e hipótesis

Esta investigación tiene como objetivo general y fundamental estudiar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y las conductas alimentarias de riesgo en población nacional adulta.

Con el fin de facilitar la consecución del objetivo general, se plantean diferentes objetivos específicos:

1. Valorar la frecuencia, edad y nivel de ansiedad de los acontecimientos vitales estresantes experimentados a lo largo de la vida.
2. Evaluar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo.
3. Identificar el nivel de riesgo para el desarrollo de un TCA
4. Analizar la relación existente entre las conductas alimentarias de riesgo, el nivel de riesgo para un TCA y el número de acontecimientos vitales estresantes.
5. Analizar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, el nivel de riesgo para un TCA y la edad en la que ocurrió el acontecimiento vital estresante.
6. Analizar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, el nivel de riesgo para un TCA y el nivel de ansiedad experimentado ante el acontecimiento vital estresante.
7. Examinar las diferencias entre las variables estudiadas según el género

Teniendo en cuenta los objetivos mencionados, se proponen las siguientes hipótesis:

- H1: Ante un mayor número de acontecimientos vitales estresantes existirán más conductas alimentarias de riesgo y mayor riesgo para el desarrollo de un TCA.
- H2: Cuanto menor sea la edad en la que ocurrió el acontecimiento vital estresante, se realizarán más conductas alimentarias de riesgo y habrá mayor riesgo para el desarrollo de un TCA.
- H3: Cuanto mayor sea el nivel de ansiedad experimentado ante el acontecimiento vital estresante, se presentarán más conductas alimentarias de riesgo y un mayor riesgo para el desarrollo de un TCA.
- H4: Se apreciarán diferencias significativas entre las variables estudiadas en función del género.

3. Marco teórico

3.1. Alimentación

La alimentación es “una de las funciones necesarias e imprescindibles para la supervivencia de los organismos” (Collado, 2016, p. 168). Es un proceso biológico mediado por múltiples mecanismos y sistemas del organismo, entre ellos estructuras del cerebro y del aparato digestivo encargadas de regular las sensaciones de hambre y saciedad. Esto comprendería un equilibrio hambre-saciedad, en el cual el cuerpo es capaz de regularse controlando las calorías que necesita. Sin embargo, el mecanismo de regulación del hambre y la saciedad es influido por otros factores, como las emociones, que llevan a comer cuando fisiológicamente no se necesita o a seguir comiendo cuando existe sensación de saciedad (Quintero et al., 2018).

Macht (2008) señala que en la alimentación se pueden dar cinco tipos de cambios propiciados por las emociones. Estos cambios son la elección de alimentos determinada por las emociones que éstos generan; la supresión de la ingesta alimentaria cuando aparecen emociones intensas, a causa de una incompatibilidad de las respuestas emocionales; el incremento de la ingesta ante emociones debido al

deterioro del control cognitivo, cuando hay una alimentación restringida; comer como estrategia de regulación emocional, aumentando la ingesta de alimentos dulces y grasos; por último, la modulación de la alimentación en congruencia con características cognitivas y motivacionales. Escandón-Nagel, et al (2021) también hace alusión a los primeros cuatro cambios en la alimentación que se producen por la aparición de emociones, mencionados.

Con respecto al hambre, se ha de señalar que es un mecanismo de alarma que sirve para indicar que debe ponerse en marcha el proceso fisiológico que moviliza al organismo a ingerir alimentos, para así recibir los nutrientes que necesita y mantener óptimamente los procesos biológicos. Esto significaría que si tenemos hambre es porque nuestro cuerpo necesita alimentos, lo cual no es del todo cierto, ya que la sensación de hambre con los años cambia, bien por condicionantes sociales, no tener una buena alimentación por la incapacidad de detectar la sensación de hambre, por una mala gestión emocional (Rojas y García-Méndez, 2016; Quintero et al., 2018), por factores ambientales, como los ritmos circadianos o sensoriales, como el olor y sabor de los alimentos (Collado, 2016).

Destacando el papel de los condicionantes sociales, cabe mencionar la presión social que ejercen los mensajes que nos rodean aludiendo el rechazo hacia el sobrepeso y la obesidad, fomentando las dietas y estableciendo la delgadez como un signo de salud (Romero, 2014). El modelo estético de referencia en la sociedad actual es el cuerpo delgado, atlético y definido y con el fin de aproximarse a éste para así lograr una adaptación al entorno, fruto de esa presión social, se realizan dietas restrictivas acompañadas o no de actividad física (Boquera, 2014).

Actualmente disponemos de mucha información acerca de la alimentación gracias al aumento del conocimiento científico. Sin embargo, en su divulgación al público general esta información malinterpretada muchas veces, se transforma y es de

rápido acceso a través de las redes sociales, las cuales tiene una gran influencia y generan una idea errónea sobre el tema (Herrero, 2018).

Vivimos en una época en la que la alimentación saludable es objeto de preocupación y la motivación por disfrutar de una vida sana, además de un cuerpo esbelto ha generado un interés en la sociedad hacia la alimentación que está siendo acompañado de recomendaciones dietéticas entendidas como saludables. Dichas recomendaciones se basan en estas creencias erróneas que condicionan los hábitos alimentarios de las personas, sin tener en cuenta que cualquiera que excluya algún grupo de alimento es desaconsejable debido a la producción de un desequilibrio nutricional, con la consecuente influencia en la salud (Castillo et al., 2001; Herrero, 2018).

Haciendo alusión a lo mencionado, se puede concluir que en el proceso biológico de la alimentación influyen factores externos que pueden modificarlo y que a su vez éstos generan una serie de emociones, motivaciones y creencias que afectan a dicho proceso, llevando a ingerir más alimentos de los necesarios, restringir su ingesta o elegir aquellos que impiden mantener un ajuste nutricional.

3.2. Emociones

El en apartado anterior se ha hecho referencia a que unos de los factores que influyen en la alimentación son las emociones. Es por eso, que se va a dedicar este espacio a hablar de ellas.

Las emociones son procesos psicofisiológicos que nos preparan para adaptarnos a un entorno que está en continua transformación y por tanto, cuando nuestro cerebro detecta algún cambio se activan, ayudándonos a responder a él. Son procesos que implican diversos estímulos desencadenantes, procesos valorativos, cambios fisiológicos, patrones expresivos y de comunicación, además de la movilización para la acción (Fernández-Abascal y Jiménez, 2015). También,

permanecen durante un periodo de tiempo limitado, están ligadas a la situación y tienen valencia positiva o negativa (McRae y Gross, 2020).

Asimismo, las emociones tienen determinadas funciones, como son la adaptativa, social y motivacional. La función adaptativa tiene la finalidad de proteger y de acuerdo a la emoción que surja, conduce al acercamiento o alejamiento de la situación, preservando así la supervivencia de las especies. En cuanto a la función social, ésta permite la realización de conductas que promuevan las relaciones interpersonales. Por último, la función motivacional impulsa a la acción, dirigiendo y orientando las conductas hacia un objetivo, con el fin de satisfacer las necesidades (López, 2017).

Más allá de la funcionalidad de las emociones, éstas pueden tener tanto efectos beneficiosos como perjudiciales. Cuando la intensidad de una emoción es adecuada, permite llevar a cabo conductas organizadas y adaptativas, pero cuando la intensidad aumenta o es inadecuada, genera deterioro y desajuste en el comportamiento. Si vinculamos esto con la salud, la existencia de una excesiva emocionalidad se relaciona con trastornos psicológicos, fisiológicos o enfermedades psicosomáticas (Garrido, 2000). Es por eso que la regulación emocional, proceso que se adquiere a lo largo del desarrollo, cobra un papel primordial.

Las emociones se regulan para conseguir el estado deseado, esta regulación puede consistir en disminuir la intensidad para evitar la permanencia de la emoción o que alcance un extremo peligroso y también, en aumentarla para ayudar a la movilización, permitiendo lograr ciertos objetivos (Kuppens y Verduyn, 2017). A su vez la regulación de las emociones puede ser explícita, cuando la persona tiene la intención de cambiar sus propias emociones o implícita, en cuyo caso no existiría conciencia del deseo de modificar su emoción. También, puede producirse de forma interna, resultando de pensamientos o representaciones mentales y externa, si proceden de cualquier estímulo ambiental u otra persona (Martin et al., 2017).

No obstante, este proceso de regulación no siempre es exitoso, ya que existe la posibilidad de que se ocasionen fallos, produciéndose la disregulación. Cuando ésta sucede de forma transitoria puede dar lugar a un estado emocional agudo y conductas excesivas, mientras que si es crónica, conduce a procesos psicopatológicos (Garrido, 2000).

En conformidad con lo expuesto, las emociones son procesos psicofisiológicos que pueden ser agradables o desagradables e influyen en el individuo a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. La experiencia emocional puede ser de mayor o menor intensidad, pudiendo llevar su disregulación a estados emocionales disfuncionales y conductas desadaptativas, mientras que su regulación, permite lograr un nivel óptimo con el que poder funcionar de manera adaptativa. Esta regulación emocional puede realizarse de forma consciente o involuntaria, al igual que de forma interna o externa.

3.3. Estrés

Como se ha expuesto en apartados anteriores, la alimentación se ve afectada por las emociones, entre otros factores y las emociones influyen en el bienestar y malestar de las personas si éstas no pueden regularse de forma adaptativa. En este apartado, se hablará del estrés, ya que es una variable que incide en las otras ya mencionadas.

Lazarus (2000) señala que ante la presencia de emociones, aún en aquellas de valencia positiva, se puede generar estrés. Del mismo modo que cuando existe estrés, hay presencia de emociones. Este autor, junto a Folkman, define el estrés como un proceso de interacción entre la persona y el entorno que se da cuando el sujeto hace una valoración, de las demandas a las que tiene que hacer frente, superior a sus recursos y ponen en riesgo su bienestar. Por tanto, sería la evaluación cognitiva realizada de la situación la que determinase si ésta llega o no a generar estrés en la persona (Sadín, 2009).

Aunque la teoría del estrés de Lazarus es actualmente de las más aceptadas, Hans Selye fue pionero en el estudio del estrés dentro del área de las ciencias de la salud. Este autor se refiere al estrés como una respuesta inespecífica del organismo ante las demandas hechas sobre él, la cual consiste en la activación de sistemas neuroendocrinos y el sistema nervioso autónomo, generando un desequilibrio en el organismo y la consecuente necesidad de recuperar la homeostasis. Dicha respuesta surge ante estímulos físicos, psicológicos, cognitivos o emocionales, que pueden resultar agradables o desagradables (Sadín, 2009).

Sadín (2009) en su modelo procesual del estrés integra los sucesos vitales, el estrés diario y el crónico dentro de las demandas psicosociales, ante las cuales el sujeto hace una valoración cognitiva sobre las características de la demanda y el tipo de amenaza que implica para él. Tras esta valoración se da una respuesta de estrés, que incluye tanto respuestas físicas como emocionales, además de componentes cognitivos y motores, que llevan a la persona a realizar esfuerzos cognitivos y conductuales para afrontar la situación estresante y reducir el estado emocional. En todo este proceso de estrés, influyen características personales y sociales, al igual que el funcionamiento de éste repercute en el estado de salud, tanto físico como psicológico.

En conclusión, el estrés es una respuesta del organismo que permite la movilización de recursos para hacer frente a las demandas que acontezcan, por tanto, sería una respuesta adaptativa. Sin embargo, la valoración que se hace sobre el estímulo estresante influirá en su impacto y las estrategias que se pongan en marcha para reducirlo intervendrán en el bienestar de la persona.

3.4. Alimentación, emociones y estrés

Hasta aquí se puede percibir la relación existente entre la alimentación, las emociones y el estrés. Cómo la experiencia de estrés puede estar acompañada de emociones y cómo éstas pueden determinar, al mismo tiempo, los procesos de estrés.

La valoración que la persona realice sobre el suceso que acontezca produciría la reacción de estrés y de las emociones, lo que a su vez podría vincularse con la ingesta de alimentos. Palomino-Pérez (2020) refiere que hay ciertas emociones que propician consumir determinados alimentos, al igual que existen alimentos que evocan algunas emociones, estableciéndose así una relación bidireccional entre las emociones y la conducta alimentaria. También, señala que el estrés muy intenso podría restringir la ingesta de alimentos a causa de las respuestas fisiológicas que interfieren en este proceso.

En la investigación del comportamiento alimentario con modelos animales se ha observado que en los modelos de estrés agudo, los estresores empleados generan un aumento en el consumo de alimento y aquellos utilizados en los modelos de estrés crónico, una disminución. Asimismo, se evidencia la inexistencia de cambios en la conducta alimentaria en organismos con alta tolerancia al estrés (Galán-Cuevas, 2013).

Por otra parte, se ha referido que ante el estrés se produce una menor alimentación basada en la sensación de hambre y saciedad (Rutters et al., 2012; Järvelä-Reijonen et al., 2016), una mayor falta de control sobre la alimentación (Groesz et al., 2012; Rutters et al., 2012; Järvelä-Reijonen et al., 2016) niveles más altos de alimentación emocional (Tomiyama et al., 2011) y una mayor restricción alimentaria rígida (Groesz et al., 2012). También, cuando se experimenta una situación de estrés y la persona tiene un estilo de alimentación deshinibido, emocional, restrictivo o externo, se ingieren más alimentos (Newman et al., 2007).

Diferentes estudios demuestran que en respuesta al estrés existen cambios en los patrones alimentarios. Ante la presencia de estrés o situaciones estresantes se ha observado el consumo de alimentos menos saludables (Epel et al., 2001; Born et al., 2010; Groesz et al., 2012; Rutters et al., 2012; Barrington et al., 2014; Ramón-Arbués et al., 2019; Leow et al., 2021), al igual que un menor consumo de alimentos

saludables (Groesz et al., 2012) y un aumento en la ingesta alimentaria (Epel et al., 2001; Macht, 2008; Rutters et al., 2012; Palomino-Pérez, 2020; Leow et al., 2021) o una disminución (Macht, 2008; Reichenberger et al, 2018; Palomino-Pérez, 2020; Leow et al., 2021). Asimismo, se ha encontrado mayor ingestión de alimentos por las emociones que aparecían ante el estrés (Järvelä-Reijonen et al., 2016).

Del mismo modo, se ha hallado que en situaciones de estrés aumenta la ansiedad (Newman et al., 2007; Rutters et al., 2012), disminuye el estado de ánimo (Rutters et al., 2012) y aumenta el afecto negativo, que a su vez genera una mayor ingesta de alimentos (Epel et al., 2001; Newman et al., 2007). También, se ha evidenciado que ante la existencia de niveles de ansiedad más altos dados por la condición de estrés, mayor es el consumo alimentos dulces (Rutters et al., 2012).

Macht y Simon (2000) descubrieron que ante la presencia de emociones negativas había una mayor propensión a comer de forma irregular y consumir alimentos dulces. Encontraron que la motivación para comer por la experimentación de emociones negativas era para distraerse, relajarse y sentirse mejor, es decir, regular el estado emocional. De igual manera, se ha observado que ingerir alimentos apetitosos puede utilizarse como una estrategia de afrontamiento, ya que reduciría la experiencia de estrés (Stammers et al., 2020).

Macht y Mueller (2007) realizaron un estudio en el que llevaron a cabo dos experimentos en los que generaban ciertos estados de ánimo y suministraban diferentes clases de chocolates, agua o ningún alimento, con el fin de averiguar si había cambios en el afecto. Por un lado, encontraron que en las personas con un estilo de alimentación emocional, el chocolate proporcionado mejoró su estado de ánimo negativo. Por otro lado, hallaron que comer chocolate con leche mejoró el estado de ánimo negativo y aumentó el estado de ánimo positivo en mayor proporción que comer chocolate con un 70%, 85% y 99% de cacao o no comer nada, siendo mayor el aumento del estado de ánimo en las personas con un estilo de alimentación

emocional. Sin embargo, el efecto del aumento del estado de ánimo fue de corta duración.

Por último, señalar que Braden et al (2018) descubrió que cuando se comía por la presencia de emociones negativas existía un peor bienestar psicológico, más dificultades en la regulación emocional y mayores síntomas de trastornos alimentarios.

Como apuntan los estudios, las variables mencionadas se interrelacionan y distintos son los cambios que se producen en la alimentación a causa del estrés y las emociones, del mismo modo que determinados alimentos son capaces de modificar estados emocionales.

3.5. Acontecimientos vitales estresantes

Los acontecimientos vitales estresantes (AVE), también llamados estresores, son aquellas situaciones que suponen una demanda física o psicológica para una persona (Sue et al., 2010), ante la que siente cierta incapacidad para manejar y pone en riesgo su bienestar (Ouagazzal et al, 2021). Frente a un mismo evento estresante las personas pueden reaccionar de distintas formas y las consecuencias físicas y psicológicas de ese estrés ser igualmente diferentes. La percepción que se tenga de la situación, además de las características individuales y las vulnerabilidades, influirán sobre su impacto o lo moderarán (Sue et al., 2010).

Por tanto, los acontecimientos vitales suponen una alteración en la vida diaria de la persona. Los estresores que suceden de forma puntual generarían un estrés agudo, mientras que aquellos a los que se está expuesto de manera reiterada, aunque sean de menor intensidad, producirían un estrés crónico (Seró, 2020). También, la cantidad de cambio que conlleve el suceso definirá el nivel de estrés que genera (Sadín, 2009). Dicho cambio, produce un desajuste que requiere la adaptación a la nueva situación (García-Camargo y Acuña, 2017).

Jiménez et al (2008) realizó un estudio en el que analizó los AVE experimentados por una muestra de 623 adolescentes. Encontró que cuantos más

sucesos estresantes vividos, el impacto emocional causado por cada uno de ellos, aumentaba. También, que tanto los acontecimientos frecuentes como aquellos ocurridos con menor frecuencia, causaban una gran afectación en los adolescentes, experimentándolos las chicas de forma más negativa, aunque el número de eventos vividos fuera parecido al de los chicos. Los estresores más impactantes fueron aquellos sucedidos en el ámbito familiar y personal.

En lo que se refiere a los AVE reportados como más frecuentes, son los relacionados con el ámbito escolar (Jiménez et al, 2008; Oliva et al, 2008; Veytia et al, 2012) y familiar (Jiménez et al, 2008; Oliva et al, 2008; Ferreira et al, 2012; Veytia et al, 2012).

Concretamente, los AVE más frecuentes en los adolescentes son el cambio de clase, la muerte de un familiar (Jiménez et al, 2008; Oliva et al, 2008) y la ruptura de la relación de pareja (Oliva et al, 2008). Mientras que los eventos más impactantes son la muerte o enfermedad de un familiar, el engaño de la pareja (Jiménez et al, 2008; Oliva et al, 2008), discusiones y rupturas con amigos, sufrir acoso o abuso sexual (Oliva et al, 2008), un embarazo y la enfermedad o accidente de la propia persona (Jiménez et al, 2008).

Resumiendo, los AVE pueden ser de diversa índole, al igual que generar un estrés agudo o crónico dependiendo de su frecuencia. Estos sucesos estresantes suponen un impacto en el individuo, difiriendo sus consecuencias de unas personas a otras de acuerdo a sus características y recursos.

3.6. Conductas alimentarias de riesgo

En el contexto sociocultural los mensajes en pro del control de peso corporal y en contra del sobrepeso y la obesidad son habituales, estableciéndose ciertas conductas alimentarias de riesgo (CAR) como socialmente aceptadas a favor de esos estándares y actualmente, dirigiéndose tanto a mujeres como a hombres (Villalobos et al., 2020).

Las CAR son aquellas que no llegan a cumplir con los criterios diagnósticos de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), pero son patrones disfuncionales relacionados con la alimentación y perjudiciales para la salud. Entre ellas se encuentran las dietas restrictivas, atracones y conductas compensatorias, como pueden ser la provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas o suplementos para perder peso, además de la realización de un ejercicio excesivo (Gómez-Restrepo et al, 2017; Escandón-Nagel et al., 2021). Estas conductas cuando se convierten en crónicas y agudas, podrían desencadenar un TCA (Gómez-Restrepo et al., 2017; Caldera et al., 2019; Villalobos et al., 2020).

Especial mención merecen las dietas restrictivas, que son aquellas a las que se suele recurrir con mayor frecuencia para perder peso en un corto periodo de tiempo. Algunas de las dietas más populares son las de desintoxicación, basándose en la toma de jugos y en las que el aporte calórico es de 400 calorías por día; el ayuno intermitente, en el que se ingieren pocas o ninguna caloría por un periodo de tiempo que oscila entre 16 y 48 horas, acompañándose de periodos de alimentación normal; la dieta paleolítica, donde los cereales, granos, legumbres y lácteos están prohibidos (Obert et al., 2017). También, se encuentran las dietas bajas en carbohidratos, con una restricción de 500 a 1000 calorías; dietas bajas en grasas, donde se ingieren verduras, frutas, cereales integrales, soja, harina blanca, legumbres, clara de huevo y lácteos desnatados; dietas muy bajas en calorías, consumiendo menos de 800 calorías al día y otros tipos de dietas donde priman los sustitutos de comidas y suplementos de fibra para lograr estar saciado (Joshi y Mohan, 2018).

En este tipo de dietas la eliminación de nutrientes y la reducción del número de comidas llevadas a cabo es lo habitual, generando efectos secundarios en aquellas personas que recurren a ellas de forma reiterada. Félix-Alcántara (2021) refiere que la fatiga, el aumento de la intensidad de emociones negativas, los problemas de concentración, la variación de las funciones ejecutivas y la pérdida de placer en las

actividades diarias son algunas de las consecuencias que pueden ocasionar hacer este uso de las dietas.

Después de este inciso y volviendo a hacer alusión a todas las CAR, Villalobos et al. (2020) realizó un estudio en el que analizaba la evolución, entre 2006 y 2018-19, de la prevalencia de CAR en personas entre 10 y 19 años, encontrando que las CAR se incrementaron en ambos sexos y en todas las edades durante el periodo de análisis, pasando de un 12.1% a un 21.9%. Las conductas que más aumentaron fueron los atracones, los vómitos, el uso de diuréticos y la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria.

Existen estrategias de regulación emocional, como la supresión o la evitación, que tienen una relación positiva con desajustes en la conducta alimentaria (Martínez-Selva y Sánchez-Navarro, 2021). Herrera (2019) encontró que la estrategia de supresión correlacionaba positivamente y de manera significativa con diferentes conductas alimentarias, entre ellas la alimentación restringida y la ingesta alimentaria excesiva con necesidad de obtenerla de forma inmediata. También, se han encontrado que algunas de las CAR, como los atracones o purgas, pueden utilizarse como forma de afrontamiento o regulación emocional (Loth et al., 2008). Por tanto, es necesario contar con estrategias adaptativas de regulación emocional con las que se puedan modular las emociones que evocan las situaciones estresantes, previniendo el uso de aquellas que alteran las conductas alimentarias.

En síntesis, aunque las CAR no cumplan con los criterios diagnósticos de un TCA pueden llegar a ocasionar consecuencias fisiológicas, psicológicas, personales y sociales, al igual que terminar produciendo un TCA cuando son llevadas a cabo con frecuencia, por lo que requieren especial atención. Igualmente, el hecho de que no sólo sean propiciadas por el contexto sociocultural sino que se utilicen como estrategias de afrontamiento o regulación desadaptativas, señala la importancia de fomentar y educar en el uso de otras más adaptativas.

3.7. Acontecimientos vitales estresantes y conductas alimentarias de riesgo

Como se ha expuesto en apartados anteriores, el estrés y las emociones alteran la conducta alimentaria. Por tanto, los AVE y las emociones asociadas a éstos, pueden llevar a una mayor o menor ingesta de alimentos y a la realización de otras conductas alimentarias disfuncionales. Reichenberger et al. (2018) refiere que la experimentación de emociones tiende a propiciar una mayor ingestión de alimentos, mientras que ante el estrés se puede comer en exceso o en defecto. También, se ha asociado el aumento de la ingesta alimentaria en aquellas personas que tienen una alimentación restringida y la disminución del consumo de alimentos en las personas que comen sin restricciones (Macht, 2008).

Por otra parte, se han encontrado asociaciones entre estrés o acontecimientos estresantes y CAR, siendo el estrés una variable predictora de las CAR (Escandón-Nagel et al., 2021). Se ha evidenciado que en condiciones de estrés se producen atracones con más frecuencia (Groesz et al., 2012) y que ante un mayor número de AVE existen más atracones (Loth et al, 2008; Barata-Santos et al, 2019) y mayores conductas extremas de control de peso (Loth et al, 2008). Woods et al (2010) halló que aumentaban los atracones ante un mayor nivel estrés, siendo los eventos estresantes menores producidos en la vida diaria, los causantes de más atracones. También, descubrió que cuantos más altos eran los niveles de estrés diario y los de restricción dietética, mayores eran las conductas de atracones. Leow et al. (2021) encontró la utilización de la comida y el ejercicio como estrategias de afrontamiento ante el estrés.

De igual modo, se ha puesto de manifiesto que mujeres que realizan conductas de atracones, al menos dos veces por semana, informan un mayor número de eventos estresantes y un mayor impacto de éstos, que las mujeres que no llevan a cabo esta práctica. También, reportan que los atracones se producen los días en que el impacto de los eventos estresantes es mayor (Wolff et al., 2000).

Por último, se ha hallado que ante la existencia de estrés o niveles más altos de acontecimientos estresantes aumentaba la alimentación restringida, emocional y externa, es decir, había un mayor intento por reducir la ingesta alimentaria con el fin de perder o controlar el peso corporal y aumentaba el consumo de alimentos como estrategia de regulación emocional o ante señales externas de la comida o contexto (Hou et al., 2013; Herrera, 2019), además de pérdida de control sobre la ingesta alimentaria (Herrera, 2019).

Para concluir, es importante tener en consideración que el no saber gestionar el nivel de estrés generado por los acontecimientos vitales y las emociones evocadas por ellos puede ocasionar la recurrencia de CAR para paliar su impacto y lograr el estado deseado, por lo que nos encontramos en una situación que se ha de contemplar para prevenir efectos nocivos en la salud de las personas.

4. Método

4.1. Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 171 participantes residentes en España, de los cuales un 74,3% eran de género femenino y el 25,7% de género masculino. El rango de edad estuvo comprendido entre los 18 y 65 años y la media de edad era de 40,41 (DT = 12,75).

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta son los siguientes: ser residente en España y tener entre 18 y 65 años. Como criterios de exclusión se han considerado: ser menor de edad y tener un diagnóstico de TCA en la actualidad.

4.2. Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo correlacional de corte transversal para analizar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y las conductas alimentarias de riesgo, llevando a cabo un diseño por encuesta.

4.3. Instrumentos / Materiales y estímulos

Para la investigación se recogieron los datos mediante una encuesta en formato online conformada por cuatro partes. La primera parte incluía una breve explicación sobre la investigación, los criterios de inclusión y exclusión para poder continuar o no la encuesta (Anexo 1) y el consentimiento informado (Anexo 2), debiéndose éste aceptar para participar en la investigación. La segunda parte recoge datos personales de los participantes (Anexo 3), como la edad y el género (masculino / femenino). Las partes posteriores constaban de los dos cuestionarios descritos a continuación.

Se empleó el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) (Unikel-Santoncini, et al., 2004) (Anexo 4). Este instrumento está compuesto por 10 ítems que evalúan las conductas de atracones, restrictivas y compensatorias realizadas en los últimos tres meses. Su sistema de respuesta es tipo "Likert", siendo 0 = "nunca o casi nunca", 1 = "a veces", 2 = "con frecuencia (2 veces en una semana)" y 3 = "con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)". Las respuestas se califican de 0 a 3, existiendo mayor cantidad de conductas alimentarias alteradas ante una mayor puntuación y permitiendo identificar tres niveles de riesgo para un TCA. En aquellas puntuaciones que se encuentren entre 0 y 6 puntos, se considera ausencia de riesgo, de 7 a 10 puntos se establecería un riesgo moderado y superior a 10 puntos, un riesgo alto. Este instrumento presenta una alta confiabilidad ($\alpha = 0,83$) (Unikel, et al., 2017).

Por último, se utilizó el cuestionario de acontecimiento vitales estresantes (CAVE) (Butjosa, et al., 2017) (Anexo 5). Este instrumento consta de 52 ítems que evalúan situaciones ocurridas en la vida de una persona vinculadas a la educación, trabajo, relaciones de pareja y familiares, además de aquellas relacionadas con el área del hogar, legal, económico, social y de salud. Su sistema de respuesta es abierto y tipo "Likert" con dos opciones a elegir, "sí" o "no" y en caso afirmativo "una vez" o "más

de una vez”, reflejando el número de veces. Asimismo, en los casos donde haya ocurrido el evento se debe seleccionar si éste ha sido agradable o molesto, el nivel de ansiedad generado por éste de 1 (“mínima ansiedad”) a 10 (“máxima ansiedad”) y la edad que tenía cuando sucedió el evento con más ansiedad. Este cuestionario presenta una alta confiabilidad ($\alpha = 0,79$).

4.3.1. Metodología de investigación

Para encontrar las referencias bibliográficas que fundamentan este trabajo se han utilizado diferentes libros en papel, además de las siguientes bases de datos: Psycodoc, Scielo, Dialnet, PsycInfo, PudMed, Google Scholar, Academic Search Premier, Eureka y e-Libro.

En cuanto a los términos de búsqueda empleados fueron: conductas alimentarias de riesgo, acontecimientos vitales estresantes, emociones, estrés, alimentación, conducta alimentaria, dieta restrictiva, atracones, “stressful live events”, “emotions”, “stress”, “feeding”, “eating behaviors”, “dietary restraint” y “bing eating”. Para la combinación de estos términos de búsqueda se empleó el operador booleano “and”.

4.4. Procedimiento

4.4.1. Procedimiento de recogida de datos

Los datos se recogieron vía online en el periodo comprendido entre el 31 de Diciembre de 2021 y el 12 de Enero de 2022, mediante de un cuestionario de “Google Forms” que se transmitió por correo electrónico y redes sociales como “Whatsapp”, “Instagram” y “Facebook”, solicitando ayuda en su difusión y realizando así un muestreo por bola de nieve.

4.4.2. Procedimiento de análisis de datos

Para analizar los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25.

En un primer momento, tras importar los datos al SPSS, se codificaron los datos de las variables cualitativas, se definieron las características de cada una de las

variables y se corrigió el sesgo de la edad sumando 0.5. Asimismo, se calcularon nuevas variables (nivel de riesgo, nº de AVE, nivel de ansiedad y edad del suceso con más ansiedad) y recodificaron.

En segundo lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas (edad y género), de las variables de los cuestionarios utilizados (CBAR y CAVE) y de las nuevas variables (nivel de riesgo, nº de AVE, nivel de ansiedad y edad del suceso con más ansiedad), calculando la frecuencia y porcentaje en las variables nominales y la media, el mínimo y máximo, además de la desviación típica en las variables cuantitativas. Asimismo, se obtuvieron los cuartiles para establecer los puntos de corte de la edad del suceso, el nivel de ansiedad y el nº de AVE, dividiendo los datos en 3 grupos. Posteriormente, para analizar las variables categóricas se realizaron tablas de contingencia.

En tercer lugar, se procedió a hacer las pruebas de normalidad para observar la distribución de la muestra, utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov. A continuación, se llevó a cabo el contraste de hipótesis para hacer la comparación de medias entre géneros. Para ello se utilizaron pruebas no paramétricas para muestras independientes, ya que la muestra no seguía una ley normal. Para el análisis de una variable cualitativa y una cuantitativa se realizó la prueba U de Mann-Whitney, estableciendo un nivel de confianza de 95%. Cuando las variables eran cualitativas se utilizó la prueba Chi-cuadrado de independencia y el Test exacto de Fisher, con un nivel de confianza del 95%

Por último, para analizar la relación entre las diferentes variables se utilizó coeficiente de correlación de Spearman, con un nivel de confianza de 95%.

5. Resultados

Como se puede observar en la Figura 1, la muestra de este estudio está conformada por 127 (74.3%) personas de género femenino y 44 (25.7%) de género masculino.

Figura 1

Distribución de la muestra por género

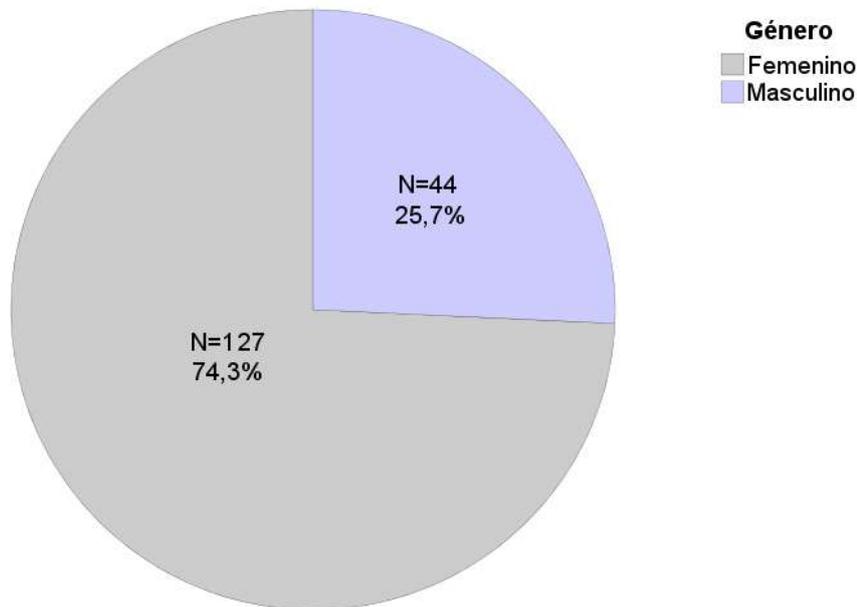


Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas

Variable	Media	DT	Mín.	Máx.
Edad	40.41	12.75	20	65
Nº de AVE	13.92	5.35	2	27
Nivel de ansiedad	6.52	1.68	1	10
Edad del suceso	26.93	6.44	15	45

De acuerdo a la Tabla 1, la edad media de la muestra es de 40.41 (DT=12.75), siendo la edad mínima de los participantes 20 años y la máxima 65 años. Con respecto al nº de AVE experimentados, se encuentra un mínimo de 2 acontecimientos y un máximo de 27 acontecimientos, con una media de 13.92 (DT=5.37). Asimismo, el mínimo nivel de ansiedad experimentado por los encuestados ante los AVE es de 1 y el máximo de 10, con una media de 6.52 (DT=1.68). En cuanto a la edad media en que ocurrió el AVE que produjo más ansiedad es de 26.93 (DT=6.44), encontrándose

que la menor edad con la que ocurrió el suceso con más ansiedad era de 15 años y la mayor edad de 45 años.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las variables categóricas en función del género y comparación de medias a través de U de Mann-Whitney

Variable	Valores	Femenino	Masculino	Total (%)	p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Nivel de riesgo	Ausencia de riesgo	78 (45.6)	28 (16.4)	106 (62)	.637
	Riesgo moderado	27 (15.8)	11 (6.4)	38 (22.2)	
	Riesgo alto	22 (12.9)	5 (2.9)	27 (15.8)	
Nº de AVE	2 - 10 AVE	36 (21.1)	12 (7)	48 (28.1)	.642
	11 - 18 AVE	53 (31)	22 (12.9)	75 (43.9)	
	19 - 27 AVE	38 (22.2)	10 (5.8)	48 (28.1)	
Edad del AVE	15 - 22 años	35 (20.5)	8 (4.7)	43 (25.1)	.574
	23 - 32 años	60 (35.1)	26 (15.2)	86 (50.3)	
	33 - 45 años	32 (18.7)	10 (5.8)	42 (24.6)	
Nivel de ansiedad	Ansiedad baja	29 (17)	14 (8.2)	43 (25.1)	.140
	Ansiedad moderada	63 (36.8)	22 (12.9)	85 (49.7)	
	Ansiedad alta	35 (20.5)	8 (4.7)	43 (25.1)	

Nivel de significación del 95%

En la Tabla 2 se puede observar que 106 (62%) participantes presentan ausencia de riesgo para el desarrollo de un TCA, siendo 78 (45.6%) mujeres y 28 (16.4%) hombres. De toda la muestra, 38 (22.2%) sujetos muestran un riesgo moderado, de los cuales 27 (15.8%) eran mujeres y 11 (6.4%) hombres. En 27 (15.8%) participantes se evidencia un riesgo alto, siendo 22 (12.9%) mujeres y 5 (2.9%) hombres. No se han encontrado diferencias significativas en el nivel de riesgo para el desarrollo de un TCA en función del género ($p = .637$).

En cuanto al nº de AVE, 48 (28.1%) sujetos han experimentado entre 2 y 10 AVE, de los cuales 36 (21.1%) eran mujeres y 12 (7%) hombres. Son 75 (43.9%) participantes los que han vivido entre 11 a 18 AVE, siendo 53 (31%) mujeres y 22 (12.9%) hombres. Asimismo, 48 (28.1%) sujetos han experimentado entre 19 y 27 AVE, de los cuales 38 (22.2%) eran mujeres y 10 (5.8%) hombres. No se han encontrado diferencias significativas en el nº de AVE en función del género ($p = .642$).

En relación a la edad que se tenía cuando ocurrió el suceso con más ansiedad, 43 (25.1%) participantes se encontraban entre los 15 y 22 años, de los cuales 35 (20.5%) eran mujeres y 8 (4.7%) hombres. Entre 23 y 32 años tenían 86 (50.3%) sujetos, siendo 60 (35.1%) mujeres y 26 (15.2%) hombres. Del mismo modo, 42 (24.6%) encuestados tenían entre 33 y 45 años cuando ocurrió el AVE con más ansiedad, de los cuales 32 (18.7%) eran mujeres y 10 (5.8%) hombres. No se han encontrado diferencias significativas en la edad cuando ocurrió el evento en función del género ($p = .574$).

En lo que se refiere al nivel de ansiedad experimentado ante los AVE, 43 (25.1%) participantes han tenido ansiedad baja, 29 (17%) eran mujeres y 14 (8.2%) hombres. Han cursado con ansiedad moderada 85 (49.7%) sujetos, siendo 63 (36.8%) mujeres y 22 (12.9%) hombres. También, 43 (25.1) participantes han tenido ansiedad alta, de los cuales 35 (20.5%) eran mujeres y 8 (4.7%) hombres. No se han encontrado diferencias significativas en el nivel de ansiedad experimentado ante el evento en función del género ($p = .140$).

Con respecto a las CAR realizadas por los encuestados (véase Tabla 3), se halló que 145 (84.8%) participantes muestran preocupación por engordar, de los cuales 111 (64.9%) eran mujeres y 34 (19.9%) hombres. Han llevado a cabo la práctica de atracones 133 (77.8%) sujetos, siendo 95 (55.6%) mujeres y 38 (22.2%) hombres. La realización de ejercicio para tratar de bajar de peso se ha encontrado en 113 (77.8%) encuestados, 102 (59.6%) mujeres y 31 (18.1%) hombres. Con respecto

a las dietas para tratar de bajar de peso, son 100 (58.5%) los participantes que las han realizado, siendo 77 (45%) mujeres y 23 (13.5%) hombres. La sensación de falta de control al comer la han experimentado 77 (45%) encuestados, de los cuales 58 (33.9%) eran mujeres y 19 (11.1%) eran hombres. La realización de ayunos por 12 horas o más se observa en 65 (38%) sujetos, siendo 48 (28.1%) mujeres y 17 (9.9%) hombres. Los diuréticos para tratar de bajar de peso han sido utilizados por 20 (11.7%) participantes, 14 (8.2%) mujeres y 6 (3.5%) hombres. Al uso de pastillas para tratar de bajar de peso han recurrido 18 (10.5%) encuestados, de los cuales 14 (8.2%) eran mujeres y 4 (2.3%) hombres. La práctica de vómitos para tratar de bajar de peso ha sido llevada a cabo por 9 (5.3%) participantes mujeres. Por último, los laxantes para tratar de bajar de peso sólo han sido utilizados por 4 mujeres (2.3%). No se han encontrado diferencias significativas en las CAR en función del género.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos sobre la prevalencia de CAR en función del género y comparación de medias a través de Chi-cuadrado de independencia y Test exacto de Fisher

Variable	Femenino	Masculino	Total (%)	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Preocupación por engordar	111 (64.9)	34 (19.9)	145 (84.8)	.107
Práctica de atracones	95 (55.6)	38 (22.2)	133 (77.8)	.112
Sensación de falta de control al comer	58 (33.9)	19 (11.1)	77 (45)	.775
Vómitos	9 (5.3)	0 (0)	9 (5.3)	.114
Ayunos	48 (28.1)	17 (9.9)	65 (38)	.921
Dietas	77 (45)	23 (13.5)	100 (58.5)	.332
Ejercicio	102 (59.6)	31 (18.1)	133 (77.8)	.175
Pastillas	14 (8.2)	4 (2.3)	18 (10.5)	1
Diuréticos	14 (8.2)	6 (3.5)	20 (11.7)	.642
Laxantes	4 (2.3)	0 (0)	4 (2.3)	.573

Nivel de significación del 95%

En lo que se refiere a las asociaciones entre el nivel de riesgo para el desarrollo de un TCA, las CAR y el nº de AVE, el nivel de ansiedad experimentado ante los AVE y la edad que se tenía cuando sucedió el evento con más ansiedad, se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4

Correlaciones entre nivel de riesgo, CAR y nº de AVE, nivel de ansiedad y edad del AVE mediante el coeficiente de correlación de Spearman

Variablas	Nº de AVE	Nivel de ansiedad	Edad del AVE
Nivel de riesgo	.221**	.148	-.122
Preocupación por engordar	.148	.187*	-.012
Práctica de atracones	.125	.082	-.181*
Sensación de falta de control al comer	.187*	.202**	-.140
Vómito	.087	.057	-.045
Ayunos	.151*	.104	-.032
Dietas	.153*	.135	-.012
Ejercicio	-.028	-.051	.018
Pastillas	.041	.086	-.039
Diuréticos	.049	-.007	-.010
Laxantes	.046	-.007	-.026

* $p < .05$; ** $p < .01$

Se encontró una correlación positiva baja y estadísticamente significativa entre el nº de AVE y el nivel de riesgo para el desarrollo de un TCA ($\rho = .221$, $p < .01$), la sensación de falta de control al comer ($\rho = .187$, $p < .05$), la práctica de ayunos ($\rho = .151$, $p < .05$) y la realización de dietas para tratar de bajar de peso ($\rho = .153$, $p < .05$). Asimismo, se halló una correlación positiva baja y estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad experimentado ante los AVE y la preocupación por engordar ($\rho = .187$, $p < .05$), así como con la sensación de falta de control al comer ($\rho = .202$, $p < .01$). Por otro lado, se evidencia una correlación negativa baja y estadísticamente significativa entre la edad que se tenía cuando ocurrió el AVE con más ansiedad y la práctica de atracones ($\rho = -.181$, $p < .05$).

6. Discusión y conclusiones

Por medio del presente estudio se ha pretendido analizar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y las conductas alimentarias de riesgo en

población nacional adulta. Para ello, se han tenido en cuenta diversas CAR, como son los atracones, conductas restrictivas y conductas compensatorias. También, se ha evaluado el nivel de riesgo para el desarrollo de un TCA, así como diferentes variables asociadas a los AVE, como son la frecuencia (M=13.92), edad del suceso (M=26.93) y el nivel de ansiedad experimentado ante él (M=6.52).

Los resultados de este estudio indican asociaciones entre los AVE y algunas CAR en la muestra estudiada. Por tanto, las hipótesis planteadas se confirman parcialmente, ya que no se evidencia que ante un mayor número de AVE y nivel de ansiedad padecido por el suceso, así como vivir el evento a una menor edad, aumente todas las CAR y el nivel de riesgo para el desarrollo de un TCA.

De acuerdo a la H1, se ha observado que cuando el número de acontecimientos vividos es más elevado existe un mayor nivel de riesgo para el desarrollo de un TCA, una mayor sensación de falta de control al comer y son llevadas a cabo más conductas restrictivas, como los ayunos y las dietas. Algunos de estos resultados van en consonancia con los encontrados en la literatura, ya que diversas investigaciones han hecho alusión que ante un mayor número de AVE existen más conductas restrictivas (Loth et al., 2008; Woods et al., 2010; Hou et al., 2013; Herrera., 2019), al igual que una mayor falta de control al comer (Herrera, 2019). En cuanto al riesgo para el desarrollo de un TCA, no se han encontrado estudios que evalúen esta variable, por lo que sería una aportación para futuras investigaciones.

Los resultados relacionados con la H2 muestran que, únicamente, existe una asociación negativa entre la edad en la que sucedió el evento y la práctica de atracones. Si bien es cierto que en otros estudios revisados no han tenido en cuenta esta variable, en algunos de ellos en los que la muestra era con adolescentes o la media de edad de ésta correspondía a adultos jóvenes, se encuentra que ante los AVE existen mayores conductas de atracones (Loth et al., 2008; Wolff et al., 2000; Groesz et al., 2012). Esto podría asociarse a ser un periodo en el que exista mayor

vulnerabilidad, ya que es posible que no hayan desarrollado estrategias con las que afrontar las situaciones que acontezcan y se utilice la ingesta de alimentos como una estrategia de afrontamiento o regulación emocional, tal y como se hacía alusión en el marco teórico. Así mismo, Wolff et al (2000), encontró en su investigación que las personas que utilizaban el comer como estrategia de afrontamiento evitativo, llevaban a cabo más atracones.

En lo que se refiere a la H3 planteada, se ha hallado que cuando existe un mayor nivel de ansiedad ante el AVE, aumenta la sensación de falta de control al comer y la preocupación por engordar. Algunas investigaciones señalan que existe una mayor falta de control al comer ante un mayor impacto emocional ocasionado por el evento (Groesz et al., 2012; Järvelä-Reijonen et al., 2016). Sin embargo, no se han encontrado estudios en los que se relacione la preocupación por engordar con el impacto emocional ante el evento, por lo que sería necesario la realización de otros estudios que permitan confirmar esta asociación y determinar si el aumento de la preocupación por engordar se ve mediada por la sensación de falta de control o existen otras variables intervinientes.

Haciendo alusión a la H4, no se han encontrado diferencias significativas entre géneros en las variables estudiadas, rechazándose así ésta. Si bien es cierto que en algunas investigaciones encontraron diferencias en cuanto a la prevalencia de las CAR (Caldera et al., 2019; Herrera, 2019) o el impacto emocional de los AVE (Jimenez et al., 2008), otros no han encontrado diferencias entre hombres y mujeres en relación a la prevalencia de las CAR a lo largo de los años (Villalobos et al., 2020), el número de acontecimientos vividos o su impacto emocional (Oliva et al., 2008), así como en las asociaciones entre en el número de AVE y las CAR (Loth et al., 2008). Por tanto, se podría considerar que los hombres también son susceptibles a las alteraciones en las conductas alimentarias y al impacto emocional generado por los AVE.

Estos hallazgos podrían sugerir que la acumulación de acontecimientos estresantes y el impacto emocional que suponen, ocasionasen un agotamiento de los recursos de afrontamiento y regulación que posea la persona, produciéndose de este modo una disregulación que pueda dar lugar a la realización de CAR para afrontar la situación y reducir el afecto negativo. También, podría suceder que las personas no cuenten con estrategias de regulación o afrontamiento adaptativas cuando ocurren los AVE, empleando así estrategias de supresión o evitación que les conducen a restringir o aumentar la ingesta. Todo esto podría verse influido por el estilo de alimentación que tenga la persona, al igual que ocasionar un riesgo para el desarrollo de un TCA.

En los resultados de este estudio llama la atención que a pesar de existir una alta prevalencia en la práctica de atracones, no se hayan encontrado asociaciones con el número de AVE y el impacto emocional experimentado ante el suceso, ya que en los estudios revisados se encontraban correlaciones significativas entre estas variables. No obstante, Woods et al (2010) señaló que existían más atracones por el estrés diario que debido al ocasionado por los AVE y que era el estrés diario el que influía en los atracones ante el acontecimiento, cuando había restricción alimentaria. Esta podría ser una posible explicación ante los resultados encontrados. Sin embargo, también se halla una prevalencia alta en la realización de ejercicio para tratar de bajar de peso, no evidenciándose asociaciones con esta conducta. Esto lleva a reflexionar sobre la influencia que pueda tener ese modelo estético de referencia en la sociedad, al que se hacía alusión al inicio de este trabajo, a la hora de realizar ciertas CAR.

Sería interesante que futuras investigaciones pudieran considerar otras variables individuales como las estrategias de afrontamiento o regulación emocional, así como la percepción de la imagen corporal o el estilo de alimentación, para observar de qué forma median entre los AVE y las CAR.

Los resultados de este estudio se han de valorar teniendo en cuenta ciertas limitaciones. El tamaño de la muestra es pequeña, dado el tiempo limitado para su

recaptación, a pesar de estar compuesta por personas residentes en todo el territorio español. Es por ello, que en posteriores investigaciones sería conveniente una mayor que pueda ser más representativa. Por otro lado, existía gran diferencia en relación al número de participantes pertenecientes a cada uno de los géneros, ya que menos de la mitad de la muestra correspondía al género masculino, pudiendo ocasionar esto un posible sesgo en cuando a las diferencias entre hombres y mujeres. Por último, al ser un diseño transversal en el que se han evaluado las CAR realizadas en los últimos 3 meses y los AVE ocurridos a lo largo de la vida, podrían existir discrepancias en las asociaciones. Por tanto, sería conveniente que futuras investigaciones llevaran a cabo diseños longitudinales.

Por último, señalar que los hallazgos encontrados pueden servir de apoyo a la investigación y a las implicaciones clínicas y/o educativas, al revelar que ciertas CAR aumentan cuando la cantidad de AVE experimentados y el impacto emocional que suponen para la persona es mayor, que los atracones aumentan cuando el evento ocurre a una menor edad, así como la existencia de un mayor riesgo para desarrollar un TCA ante la vivencia de más acontecimientos estresantes. Por tanto, sería relevante diseñar programas de prevención a edades tempranas que promuevan la regulación emocional y permitan la adquisición de estrategias de afrontamiento adaptativas con las que poder hacer frente a aquellos sucesos estresantes que van aconteciendo a lo largo de la vida, en pro de prevenir el un TCA.

7. Referencias

- Barata-Santos, M., Marta-Simões, J., y Ferreira, C. (2019). Body compassion safeguards against the impact of major life events on binge eating. *Appetite*, 134, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.016>
- Barrington, W. E., Beresford, S. A. A., McGregor, B. A., y White, E. (2014). Perceived Stress and Eating Behaviors by Sex, Obesity Status, and Stress Vulnerability: Findings from the Vitamins and Lifestyle (VITAL) Study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(11), 1791-1799. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.03.015>
- Boquera, M. (2014). El cuerpo como carta de presentación en D. Fornons y Aguilar, A (Eds). *Cuerpo, salud y comida: aspectos socioculturales de la nutrición* (pp. 28-31). Editorial UOC. <https://elibro.net/es/ereader/bibliouah/57633>
- Born, J. M., Lemmens, S. G., Rutters, F., Nieuwenhuizen, A. G., Formisano, E., Goebel, R., y Westerberp-Plantenga, M. S. (2010). Acute stress and food-related reward activation in the brain during food choice during eating in the absence of hunger. *International Journal of Obesity*, 34, 172–181. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.221>
- Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T., y Emley, E. (2018). Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? *Appetite*, 125, 410-417. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.022>
- Butjosa, A., Gómez-Benito, J., Myin-Germeys, I., Barajas, A., Baños, I., Usall, J., Grau, N., Granell, L., Sola, A., Carlson, J., Dolz, M., Sánchez, B., y Haro, J. (2017). Development and validation of the Questionnaire of Stressful Life Events (QSLE). *Journal of Psychiatric Research*, 95, 213-223. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.016>

- Caldera, I. A., Martín del Campo, P., Caldera, J. F., Reynoso, O. U., y Zamora, M. R. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 10(1), 22-31.
<https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519>
- Castillo, M. D., León, M. T. y Naranjo, J. A. (2001). Creencias erróneas sobre alimentación. *Medicina general*, 33, 346-350.
<http://semg.info/mgyf/medicinageneral/abril2001/346-350.pdf>
- Collado, P. (2016). Conducta de ingesta en P. Collado, A. Guillamón, F. Claro, M. Rodríguez, H. Pinos, y B. Carrillo (Eds.). *Psicología fisiológica* (pp. 167-234). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Escandón-Nagel, N., Apablaza-Salazar, J., Novoa-Seguel, M., Osorio-Troncoso, B., y Barrera-Herrera, A. (2021). Factores predictores asociados a conductas alimentarias de riesgo en universitarios chilenos. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, 41(2). <https://doi.org/10.12873/412barrera>
- Epel, E., Lapidus, R., McEwen, B., y Brownell, K. (2001). Stress may add bite to appetite in women: a laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26(1), 37-49.
[https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(00\)00035-4](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(00)00035-4)
- Félix-Alcántara, M. P. (2021). Efectos biopsicosociales de las dietas deficientes. *Mente y cerebro*, 111, 50-57. <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/la-esencia-de-la-amistad-846/efectos-biopsicosociales-de-las-dietas-deficientes-20472>
- Fenández-Abascal, E. y Jiménez, M. (2015). *Psicología de la emoción*. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Ferreira, E., Domènech-Llabería, E., Granero, R., Noorian, Z., y Romero, K. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente.

Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica, 17(2), 123–136.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11209>

Galán-Cuevas, S. (2013). *Estrés y salud: investigación básica y aplicada*. Manual Moderno. <https://elibro.net/es/lc/bibliouah/titulos/39640>

García-Camargo, F. J., y Acuña, L. (2017). Relación entre experimentar eventos vitales estresantes y su severidad. *Revista Interamericana De Psicología*, 50(3). <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v50i3.104>

Garrido, I. (2000). Emoción: funcionalidad y mecanismos de regulación de la acción en I. Garrido. *Psicología de la emoción* (pp. 64-74). Síntesis.

Gómez-Restrepo, C., Rincón, C. J., y Castro-Díaz, S. (2017). Prevalencia y factores asociados a conductas de riesgo alimentario en población indígena de Colombia. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 8(2), 113-122. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.04.001>

Groesz, L. M., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., Laraia, B., y Epel, E. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58(2), 717-721. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.028>

Herrera, D. (2019). *Ansiedad por la comida, regulación emocional y afectividad en universitarios* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú] https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/14716/HERRERA_KALINCAUSKY_ANSIEDAD_POR_LA_COMIDA_REGULACION_EMOCIONAL_Y_AFECTIVIDAD_EN_UNIVERSITARIOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Herrero, M. (2018). *Los falsos mitos de la alimentación*. Editorial CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <https://elibro.net/es/ereader/bibliouah/41920>

Hou, F., Xu, S., Zhao, Y., Lu, Q., Zhang, S., Zu, P., Sun, Y., Su, P., y Tao, F. (2013). Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents. *Appetite*, 68, 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.04.010>

- Järvelä-Reijonen, E., Karhunen, L., Sairanen, E., Rantala, S., Laitinen, J., Puttonen, S., Peuhkuri, K., Hallikainen, M., Juvonen, K., Myllymäki, T., Föhr, T., Pihlajamäki, J., Korpela, R., Ermes, M., Lappalainen, R., y Kolehmainen, M. (2016). High perceived stress is associated with unfavorable eating behavior in overweight and obese Finns of working age. *Appetite*, 103, 249-258.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.04.023>
- Jiménez, L., Menéndez, S., y Hidalgo, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 26(3), 427-440. <https://idus.us.es/handle/11441/30818>
- Joshi, S., y Mohan, V. (2018). Pros & cons of some popular extreme weight-loss diets. *The Indian journal of medical research*, 148(5), 642–647.
https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1793_18
- Kuppens, P., y Verduyn, P. (2017). Emotion dynamics. *Current Opinion in Psychology*, 17, 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.06.004>
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/bibliouah/titulos/47645>
- Leow, S., Dimmock, J. A., Guelfi, K. J., Alderson, J. A., y Jackson, B. (2021). Understanding the determinants of stress-induced eating – A qualitative study. *Appetite*, 165, 105318. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105318>
- López, D. (2017). *Emoción y sentimientos*. Planeta.
- Loth, K., Van den Berg, P., Eisenberg, M. E., y Neumark-Sztainer, D. (2008). Stressful Life Events and Disordered Eating Behaviors: Findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 43(5), 514-516.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.03.007>
- Macht, M., y Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35(1), 65-71. <https://doi.org/10.1006/appe.2000.0325>

- Macht, M., y Mueller, J. (2007). Immediate effects of chocolate on experimentally induced mood states. *Appetite*, 49(3), 667-674.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.05.004>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Martin, L., Gross, J.J., y Ochsner, K. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1545-1557. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx096>
- Martínez-Selva, J., y Sánchez-Navarro, J. P. (2021). Regulación emocional y obesidad: un enfoque psicobiológico. *Journal of Behavior and Feeding*, 1(1), 26-38. <http://148.202.248.171/revistaican/index.php/JBF/article/view/13>
- McRae, K., y Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Newman, E., O'Connor, D. B., y Conner, M. (2007). Daily hassles and eating behaviour: The role of cortisol reactivity status. *Psychoneuroendocrinology*, 32(2), 125-132. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2006.11.006>
- Obert, J., Pearlman, M., Obert, L., y Chapin, S. (2017). Popular Weight Loss Strategies: a Review of Four Weight Loss Techniques. *Current Gastroenterology Report*, 19(61). <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0603-8>
- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, Á., y Sánchez, M. I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.1.2008.4050>
- Ouagazzal, O., Bernoussi, M., Potard, C., y Boudoukha, A. H. (2021). Life events, stressful events and traumatic events: A closer look at their effects on post-traumatic stress symptoms. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(1), 100116. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.06.001>

- Palomino-Pérez, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista Chilena De nutrición*, 47(2), 286-291. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- Quintero, J., Félix-Alcántara, MP., Banzo-Arguis, C., Fernández-Rojó, S. y Mora-Mínguez, F. (2018). *Hambre, emociones y cerebro. Comer con Cabeza*. EMSE EDAPP, S.L.
- Ramón-Arbués, E., Martínez, B., Granada, J. M., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., Guerrero, S., y Sáez, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339-1345. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02641>
- Reichenberger, J., Kuppens, P., Liedgruber, M., Wilhelm, F. H., Tiefengrabner, M., Ginzinger, S., y Blechert, J. (2018). No haste, more taste: An EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior. *Biological Psychology*, 131, 54-62. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.09.002>
- Rojas, A. T. y García-Méndez, M (2016). Construcción de una escala de alimentación emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 45(3), 85-95. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.07>
- Romero, E. (2014). Delgados por fuera, sanos por dentro. ¿Cuerpos perfectos? en D. Fornons y Aguilar, A (Eds). *Cuerpo, salud y comida: aspectos socioculturales de la nutrición* (pp. 32-33). Editorial UOC. <https://elibro.net/es/ereader/bibliouah/57633>
- Rutters, F., Nieuwenhuizen, A. G., Lemmens, S. G., Born, J. M., y Westerterp-Plantenga, M. S. (2012) Acute Stress-related Changes in Eating in the Absence of Hunger. *Obesity*, 17(1), 72-77. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.493>
- Sadín, B. (2009). El estrés. En A. Belloch, B. Sadín, y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (Vol. II, pp. 3-42). McGRAW-HILL/Interamericana de España, S. A. U.

- Seró, C. (2020). *Conducta alimentaria e inestabilidad emocional en pacientes que asisten al servicio de salud mental del Hospital J.J. Urquiza de la ciudad de Concepción de Uruguay, entre ríos durante el mes de noviembre del año 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad de Concepción del Uruguay]
<http://repositorio.ucu.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/522/166/PDF%20PROYECTO%20FINAL%20Ser%c3%b3%20Constanza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Stammers, L., Wong, L., Brown, R., Price, S., Ekinci, E., y Sumithran, P. (2020). Identifying stress-related eating in behavioural research: A review. *Hormones and Behavior*, 124, 104752. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2020.104752>
- Sue, D., Wing Sue, D., y Sue, S. (2010). Trastorno por estrés. En Sue, D., Wing Sue, D., y Sue, S (Eds). *Psicopatología. Comprendiendo la conducta anormal* (9ª ed., pp. 175-200). Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.
- Tomiya, A. J., Dallman, M. F., y Epel, E. S. (2011). Comfort food is comforting to those most stressed: Evidence of the chronic stress response network in high stress women. *Psychoneuroendocrinology*, 36(10), 1513-1519.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.04.005>
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L., y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600005
- Unikel, C., Díaz de León, C., y Rivera, J. A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Universidad Autónoma Metropolitana.
https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf

- Veytia, M., González, N. I., Andrade, P., y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006
- Villalobos, A., Unikel, C., Hernández-Serrato, M. I., y Bojorquez, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública De México*, 62(6), 734-744. <https://doi.org/10.21149/11545>
- Wolff, G. E., Crosby, R. D., Roberts, J. A., y Wittrock, D. A. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college women. *Addictive Behaviors*, 25(2), 205-216. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00049-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00049-0)
- Woods, A. M., Racine, S. E., y Klump, K. L. (2010). Examining the relationship between dietary restraint and binge eating: differential effects of major and minor stressors. *Eating Behaviors*, 11(4), 276-280. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.08.001>

8. Anexos

8.1. Anexo 1. Explicación sobre la investigación

Bienvenido/a al presente estudio.

Mi nombre es Gracia Muñoz Pareja, psicóloga y estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria del Centro Universitario Cardenal Cisneros (CUCC) y la Universidad de Alcalá de Henares (UAH). Actualmente, estoy realizando mi Trabajo de Fin de Máster (TFM), con el que pretendo estudiar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y las conductas alimentarias de riesgo.

Agradecería enormemente su colaboración contestando al cuestionario y compartiéndolo con sus contactos.

Para participar se requiere:

- Tener entre 18 y 65 años
- Ser residente en España
- No tener un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en la actualidad

8.2. Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

La participación es completamente voluntaria y consiste en responder vía online a las preguntas del siguiente cuestionario. Puede rechazar participar o abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee y no hay ningún tipo de consecuencia derivada de ello. Participar en este estudio no conlleva riesgos ni beneficios, así como, ningún coste ni compensación económica.

Todo el proceso de la investigación se realizará garantizando el anonimato de los participantes, y la voluntariedad de la participación. Los datos serán tratados de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

El propósito de esta investigación es estudiar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y las conductas alimentarias de riesgo. Para ello, se realiza una primera recogida de datos sociodemográficos y, a continuación, se plantean unas cuestiones relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo y los acontecimientos vitales estresantes .

Si necesita cualquier tipo de aclaración, puede escribir a la siguiente dirección de mail:
gracia_mp@hotmail.com

He leído el consentimiento informado y acepto que mis datos sean tratados para esta investigación *

- Sí, he leído las condiciones y acepto participar voluntariamente en esta investigación
- No, prefiero rechazar participar en esta investigación.

8.3. Anexo 3. Datos personales

Datos Sociodemográficos

A continuación, debe responder sobre algunos datos que no implican su identificación

Edad *

Tu respuesta _____

Género *

Masculino

Femenino

8.4. Anexo 4. Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tus hábitos alimenticios en los últimos 3 meses. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia (2 veces en una semana)	Con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)
1. Me ha preocupado engordar				
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es)_____				
9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es)_____				
10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es)_____				

8.5. Anexo 5. Cuestionario de acontecimientos vitales estresantes (CAVE)

Instrucciones: Éste es un cuestionario autoadministrado sobre situaciones que te han podido pasar a lo largo de la vida, desde problemas económicos hasta la defunción de personas cercanas. En cada una de las diferentes preguntas, primero tendrás que indicar mediante una cruz si te ha sucedido (marcar “sí”) o no te ha sucedido (marcar “no”).

En los sucesos que sí te hayan ocurrido, tendrás que indicar lo molesto o agradable del evento, el número de veces que te sucedió y valorar, del evento con más ansiedad, el grado de ansiedad que te produjo entre 1 (mínima ansiedad) y 10 (máxima ansiedad). También, debes indicar la edad en años que tenías cuando ocurrió el suceso con más ansiedad.

Ítems	¿Ha pasado por esta situación alguna vez en su vida?			Ansiiedad (1-10)	Evento con más ansiedad
	No	Si			
		Una vez	Más de una vez (nº)		
1. ¿Has suspendido más de 3 asignaturas en un curso escolar?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
2. ¿Has sufrido o sufres bullying o conflicto con los/las compañeros/as que te ha llevado a cambiar de colegio o denunciarlo?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
3. ¿Te han expulsado del colegio de manera definitiva durante más de 15 días?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
4. ¿Has cambiado de colegio o fuiste ascendido/a a un nivel superior de estudios?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI TRABAJAS O HAS TRABAJADO. SI LA RESPUESTA ES “NO” PASAR A LA PREGUNTA 17					
5. ¿Has empezado a trabajar?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
6. ¿Has tenido o estás teniendo problemas graves con tu jefe/a, que te han llevado a denunciar, abandonar el trabajo, peleas importantes y/o agresiones?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
7. ¿Has tenido o estás teniendo problemas graves con tus compañeros/as de trabajo, que te han llevado a denunciar, abandonar el trabajo, peleas importantes y/o agresiones?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
8. ¿Te han despedido del trabajo antes de finalizar el contrato?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
9. ¿Te han ascendido a un cargo más alto representando más responsabilidad y/o un salario más alto?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
10. ¿Te han descendido a menor categoría laboral que implica menor responsabilidad y/o menor sueldo?					
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	

11. ¿Has cambiado de trabajo 3 veces o más al año?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
12. ¿Cambias de turno, por ejemplo de mañanas, tardes o noches?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
13. ¿Te han ampliado más de 10 horas semanales de tu horario laboral anterior?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
14. ¿Has estado de baja por enfermedad durante más de 3 meses?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
15. ¿Has iniciado un negocio propio como autónomo/a?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
16. ¿Has estado desempleado/a durante más de 6 meses?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
17. ¿Has iniciado una vida en común con tu pareja?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
18. ¿Has iniciado una relación amorosa?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
19. ¿Has pasado con tu pareja por una ruptura, separación o divorcio?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
20. ¿Has tenido con tu pareja problemas que te hayan llevado a pensar en acabar la relación?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
21. ¿Has tenido o tienes problemas sexuales?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
22. ¿Has sido infiel o te han sido infiel?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
23. Si has tenido o tienes pareja, ¿has sufrido maltratos físicos y/o psicológicos por parte de él/ella?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
24. Si has tenido o tienes pareja, ¿éste/a ha tomado o toma drogas?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
25. Si has tenido o tienes pareja, ¿éste/a ha enfermado gravemente, afectando tu vida cotidiana?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
26. ¿Ha fallecido alguna de tus parejas?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
27. ¿Has estado embarazada?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	

28. ¿Has tenido o adoptado algún hijo/a?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
29. ¿Has abortado alguna vez?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
30. ¿Has tenido dificultades para que tu pareja se quede embarazada? (más de ocho meses sin poder concebir)				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
31. ¿Has sido adoptado/a? (nivel de ansiedad en el momento de conocer el hecho o en el momento de adopción)				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
32. ¿Has sido abandonado/a, has sufrido abusos o malos tratos por parte de su familia?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
33. ¿Tus padres están separados?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
34. ¿Algún familiar tuyo se ha emancipado o ha abandonado el hogar?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
35. ¿Algún familiar de primer grado (padres) ha tenido o tiene una enfermedad grave que haya ocasionado cambios en tu vida cotidiana?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
36. ¿Tienes algún familiar de primer grado (padres, hijos, conyugue, etc.) que haya abusado o abusa de drogas o alcohol?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
37. ¿Ha fallecido alguno de sus parientes de primer grado (padres, hijos, etc.)?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
38. ¿Ha fallecido algún otro familiar?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
39. ¿Alguna vez has cambiado de residencia o te has ido de casa?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
40. ¿Alguna vez te han robado o te han agredido físicamente?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
41. ¿Has sido agredido/a de forma sexual, por una persona que no fuera tu pareja o un miembro de la familia?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
42. ¿Has formado parte de algún proceso judicial?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
43. ¿Eres o has sido inmigrante alguna vez?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	

44. ¿Has sido detenido/a o has ido a un centro de menores?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
45. ¿Has tenido problemas de pago, que te han generado estados de nerviosismo y/o tristeza?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
46. ¿Alguna vez has roto con tu círculo de amigos?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
47. ¿Algún amigo/a cercano ha sufrido una enfermedad grave, que suponga un cambio en tu vida cotidiana?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
48. ¿Ha fallecido algún amigo/a tuyo/a?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
49. ¿Se te ha muerto alguna mascota?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
50. ¿Se te ha iniciado una enfermedad grave, la cual supone un cambio en tu vida cotidiana?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
51. ¿Consideras que has abusado o tienes dependencia de las drogas?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	
52. ¿Has tenido un accidente (laboral, tráfico, doméstico) que te haya provocado invalidez?				Ansiedad (1-10)	
<input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Agradable				Edad	