



Edorexia, impulsividad y desregulación emocional: un estudio realizado en adultos con obesidad residentes en el municipio de Puerto Berrío, Antioquia.

Asdrubal Gomez Rodriguez
Ximena Alejandra Gutierrez Goez

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesora
Yuliana Andrea Salcedo Escobar, Doctora en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Puerto Berrío, Antioquia, Colombia
2022

Cita

(Gomez Rodriguez & Gutierrez Goez, 2022)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

Gomez Rodriguez, A., & Gutierrez Goez, X. A. (2022) *Edorexia, impulsividad y desregulación emocional: un estudio realizado en adultos con obesidad residentes en el municipio de Puerto Berrío, Antioquia*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Puerto Berrío, Colombia.



Sistema de bibliotecas Biblioteca Carlos Gaviria Díaz

Biblioteca Seccional Magdalena Medio (Puerto Berrío)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: Alba Nelly Gómez García.

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

A nuestras familias que han representado una fuente de apoyo fundamental para este proceso de formación.

A nuestra asesora por compartir con nosotros este proceso y apoyarnos con su conocimiento.

Al grupo de personas que compartieron con nosotros su experiencia y relación con los alimentos, sin quienes esta investigación no hubiera sido posible.

A la Universidad de Antioquia por brindarnos la oportunidad de formarnos como profesionales y como personas, por permitirnos laborar en sus espacios y por convertirse en nuestro segundo hogar.

Tabla de contenido

Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
1 Planteamiento del problema	13
2 Estado del arte	18
2.1 Concepto de edorexia	18
2.2 Circuitos neuronales	20
2.3 Similitudes entre la edorexia y la adicción a sustancias	21
2.4 Aproximaciones diagnósticas	23
2.5 Comorbilidad y aspectos emocionales	24
2.6 Conductas de riesgo	25
2.7 Conductas de evitación	26
4 Objetivos	30
4.1 Objetivo general	30
4.2 Objetivos específicos	30
5 Hipótesis	31
6 Referentes conceptuales	32
6.1 Obesidad	32
6.2 Adicción y adicción a la comida (edorexia)	33
6.2.1 Adicción	33
6.2.2 Adicción a la comida (edorexia)	35
6.3 Impulsividad	38
6.4 Desregulación emocional	39
7.1 Alcance	41

7.2	Diseño de investigación.....	41
7.2	Población y muestra	42
7.3	Criterios de inclusión y exclusión	43
7.4	Instrumentos de recolección de información.....	44
7.4.1	Encuesta socio-demográfica	44
7.4.2	Escala de Adicción a los Alimentos de Yale (YFAS)	44
7.4.3	Escala de Impulsividad de Barratt (BISS-11).....	45
7.4.4	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).....	45
7.5	Procedimiento.....	46
7.6	Criterios éticos.....	47
8	Resultados	49
8.1	Caracterización sociodemográfica de los participantes.....	49
8.2	Identificación de la edorexia como condición de base entre los participantes.....	53
8.3	Resultados de la prueba de impulsividad BISS-11	57
8.4	Resultados de la Escala DERS	60
8.5	Correlación entre edorexia, impulsividad y desregulación emocional.....	64
12	Recomendaciones.....	86
13	Referencias	87
14	Anexos.....	99
14.1	Anexo 1: Encuesta sociodemográfica	99
	102
14.3	Anexo 3: Escala de impulsividad de Barratt (BISS-11).....	107
14.4	Anexo 4: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)	111
14.5	Anexo 5: Consentimiento informado	114

Lista de tablas

Tabla 1: Tamaño de muestra	43
Tabla 2: Clasificación IMC	50
Tabla 3: Instrucciones de calificación Escala YFAS	53
Tabla 4: Operacionalización de variables del cuestionario YFAS	54
Tabla 5: Estadísticos descriptivos - Escala YFAS	57
Tabla 6: Estadísticos descriptivos - Escala BISS-11	59
Tabla 7: Operacionalización de variables - Escala DERS	60
Tabla 8: Puntuación Sub-dimensiones DERS	63
Tabla 9: Estadísticos descriptivos - DERS	64
Tabla 10: Pruebas de normalidad - Escalas YFAS, BISS-11, DERS	65
Tabla 11: Correlaciones YFAS, BISS-11 y DERS	67
Tabla 12: Correlación YFAS - BISS-11	68
Tabla 13: Correlación entre variables del cuestionario YFAS	70
Tabla 14: Correlación entre algunas variables de YFAS - BISS-11 - DERS	71

Lista de ilustraciones

Ilustración 1: Edad de los participantes	49
Ilustración 2: IMC de los participantes	51
Ilustración 3: Estrato socio-económico	52
Ilustración 4: ¿Realiza algún tipo de actividad física o deportiva?	52

Siglas, acrónimos y abreviaturas

YFAS	Escala de Adicción a los Alimentos de Yale
OMS	Organización Mundial de la Salud
BISS-11	Escala de impulsividad de Barratt – versión 11
DERS	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional
ENSIN	Encuesta Nacional de Situación Nutricional
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmitibles
MinSalud	Ministerio de Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
DSM-V	Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders – Versión V
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad
AC	Adicción a la Comida
NIH	National Institute on Drug Abuse

Resumen

La edorexia es un trastorno de la conducta alimentaria que consiste en el consumo desmedido de alimentos, aun cuando no se presentan necesidades orgánicas. Tras algunos estudios, se ha conocido que la adicción a la comida (edorexia) comparte algunas características con la adicción a sustancias, como los mecanismos neuronales que se activan al momento del consumo, comportamientos impulsivos y una fuente de desregulación emocional. Por lo anterior, surge el interés por abordar la edorexia como objeto de estudio en esta investigación, donde se busca una correlación entre adicción a la comida, impulsividad y desregulación emocional en sujetos de entre 20 y 35 años.

Para lograr esto, se planteó un estudio cuantitativo, buscando así datos objetivos respecto a la realidad externa del sujeto. Igualmente, se tuvo en cuenta un alcance correlacional que permite dar cumplimiento al objetivo específico, en tanto se pueden enlazar 2 factores dentro del diagnóstico de edorexia. Por su parte, el diseño utilizado fue de carácter transeccional, a través del cual se realizó la recolección de información en un momento único, utilizando cuatro instrumentos para este fin (Encuesta, YFAS, BISS-11 y DERS).

Con ellos, se encontró que dentro de la muestra seleccionada para el estudio (14 adultos con edorexia y obesidad) no se presentó una correlación entre las variables; sin embargo, algunas de las subescalas que son tenidas en cuenta dentro de los instrumentos se correlacionan entre sí, lo que permitió observar ciertos aspectos de la edorexia, impulsividad y desregulación emocional que convergen dentro de la población estudiada.

Palabras clave: Edorexia, adicción a la comida, impulsividad, desregulación emocional, trastornos de la conducta alimentaria.

Abstract

Edorexia is an eating disorder that consists of excessive consumption of food, even when there are no organic needs. After some studies, it has been known that food addiction (edorexia) shares some characteristics with substance addiction, such as the neural mechanisms that are activated at the time of consumption, impulsive behaviors and a source of emotional dysregulation. Therefore, there is interest in addressing edorexia as an object of study in this research, a correlation between food addiction, impulsivity and emotional dysregulation is sought in subjects between 20 and 35 years old.

To achieve this, a quantitative study was proposed, thus seeking objective data regarding the external reality of the subject, likewise, a correlational scope was taken into account that allows compliance with the specific objective, while 2 factors can be linked within the diagnosis of edorexia. On the other hand, the design used was of a transitional nature through which information was collected at a single time, using four instruments for this purpose (Survey, YFAS, BISS-11 and DERS).

With them, it was found that within the sample selected for the study (14 adults with edorexia and obesity) there was no correlation between the variables; however, some of the subscales that are taken into account within the instruments correlate with each other, this allowed us to observe certain aspects of edorexia, impulsivity and emotional dysregulation that converge within the population studied.

Keywords: Edorexia, food addiction, impulsivity, emotional dysregulation, eating disorders.

Introducción

La obesidad es una problemática de salud que se encuentra en crecimiento a nivel global, por lo que resulta importante comprender algunos aspectos que pueden hacer parte del trasfondo de esta.

La edorexia, por su parte, se presenta como un trastorno de la conducta alimentaria que consiste en una ingesta desproporcionada de alimentos, incluso en la ausencia de la sensación de hambre, que puede llegar a producir el aumento de peso de quienes la presentan. Por ello, es importante reconocer la adicción a la comida como una posible causa de la obesidad a nivel mundial.

En este mismo sentido, en Puerto Berrio se presentan altos niveles de obesidad, donde el 42% de su población cuenta con un índice de masa corporal que indica la presencia de sobrepeso u obesidad, de acuerdo con el hospital Cesar Uribe Piedrahita en 2018, por lo que surgió el interés de investigar el fenómeno de edorexia como un posible diagnóstico asociado a la obesidad dentro del municipio, partiendo de la premisa de que se encuentra presente en algunos sujetos con obesidad del municipio, inferencia que permite enfocarse también en dos variables que, según estudios previos, son susceptibles de correlacionarse positivamente con la adicción a la comida, como son la impulsividad y la desregulación emocional.

Por lo cual, se formuló la pregunta de investigación “¿Cuál es la relación entre edorexia, impulsividad y desregulación emocional en un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años residentes en el municipio de Puerto Berrio, Antioquia?”, cuyo objetivo general asociado es “Establecer el tipo de relación existente entre la adicción a la comida (edorexia), la impulsividad y la desregulación emocional en un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años, residentes en el municipio de Puerto Berrio, Antioquia”.

Para lograrlo, se utilizaron cuatro instrumentos de recolección de información: el primero fue una encuesta sociodemográfica en la que se indagaron aspectos como la presencia de obesidad, edad, estrato socio-económico y ejecución de actividad física o deportiva, los cuales permiten comprender con mayor profundidad el fenómeno. De igual forma, se aplicó la Escala de Adicción a los Alimentos de Yale (YFAS), a través de la que se evaluó la edorexia desde una adaptación que hizo su autor respecto a los criterios diagnósticos

para la adicción a sustancias. En tercer lugar, fue aplicada la Escala de Impulsividad de Barratt (BISS-11) que comprende la impulsividad como un concepto multidisciplinar que se encuentra estrechamente relacionado con trastornos psicológicos y del comportamiento. Finalmente, fue utilizada la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) que evalúa 6 factores correspondientes a las falencias que tiene el sujeto cuando se presenta desregulación emocional.

Esta investigación presenta importancia en tanto funciona como un insumo para comprender que una de las mayores problemáticas de salud pública que se presenta en el mundo puede estar relacionada a un trastorno de la conducta alimentaria, en el que confluyen aspectos psicológicos que afectan a los individuos. De igual forma, a nivel municipal presenta un punto de partida para la investigación de conductas de adicción a la comida en un contexto donde prevalece la obesidad, lo que, a su vez, abre las puertas a la posibilidad de implementar un tratamiento psicológico de la mano con las alternativas médicas y nutricionales para lograr la pérdida de peso prolongada en el tiempo por parte de la población obesa del municipio.

1 Planteamiento del problema

La obesidad representa una problemática de salud que permea a un amplio grupo de colombianos, puesto que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Nutricional de 2015, en Colombia el 56.4% de la población adulta presenta exceso de peso, de los cuales el 18.7% tienen obesidad (Ministerio de la protección social, 2021). Esto se debe, principalmente, a que los hábitos alimenticios y estilos de vida de la ciudadanía son poco saludables, como son consumir alimentos altos en azúcar, grasas y ultra procesados, no practicar actividades deportivas, entre otros, los cuales permiten que se dé un aumento en el peso corporal.

Así mismo, dentro del territorio nacional es posible encontrar localidades que presentan cifras alarmantes en materia de obesidad y trastornos alimenticios relacionados que conllevan a un aumento en el peso poco saludable. De acuerdo con los datos presentados por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (Sisvan) en 2020 el 53.5% de los caleños presenta exceso de peso, de los cuales el 31.6% son obesos (Cuervo, 2021). En Antioquia el panorama es similar, puesto que, de acuerdo con la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia en 2018 el 55% de la población adulta en este departamento presenta obesidad¹ o sobrepeso² (BLU Radio, 2018). Por su parte, en el Magdalena Medio antioqueño la cantidad de personas con obesidad es preocupante, ya que, según el sistema de vigilancia epidemiológica para factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en Antioquia realizado en 2011, el 74,6% de la población presenta índices de peso superiores a lo recomendado por el sector salud (INS, 2011, citado en Indeportes Antioquia. 2011).

Dentro de la subregión del Magdalena Medio antioqueño se encuentra Puerto Berrío, un municipio ribereño que se caracteriza por actividades económicas como pesca, ganadería, agricultura y comercio –donde se puede notar gran cantidad de ofertas gastronómicas-. La población aproximada de esta localidad es de 51.079 habitantes, de los cuales el 42% presenta problemas de

¹ Obesidad: Es una enfermedad crónica que se caracteriza por un gran contenido de grasa corporal lo cual determina riesgos de salud que limitan las expectativas y la calidad de vida (Mayo Clinic, 2021).

² Sobrepeso: Es la elevación del peso corporal del individuo por encima de su peso normal en un 10-20 % (OMS, 2021).

sobrepeso u obesidad, de acuerdo con un informe realizado por el Hospital César Uribe Piedrahita en el año 2018. En otro sentido, es importante tener en cuenta que, si bien la causa de que se presente obesidad o sobrepeso es el consumo de calorías que superan los requerimientos nutricionales diarios, se debe conocer la motivación que lleva a los individuos a comer de manera excesiva y peligrosa para la salud. De acuerdo con lo anterior, es preciso mencionar uno de los aspectos que explica, de manera global, el fenómeno de la obesidad en personas que no poseen la necesidad fisiológica de consumir alimentos y que ha sido poco explorado dentro del territorio colombiano, a saber, la edorexia, también conocida como adicción a la comida.

Representando una de las causas de obesidad en el mundo, la edorexia se caracteriza por un gran consumo de alimentos, aun cuando las necesidades nutricionales han sido cubiertas y, en ocasiones, sin la presencia de estímulos orgánicos como el hambre. Teniendo en cuenta los postulados de Agüera y colaboradores en 2016, la adicción a la comida es caracterizada por el consumo compulsivo de alimentos, incluso cuando se conocen los efectos adversos que éstos pueden generar en la salud.

En este mismo sentido, es importante reconocer algunos factores psicológicos como elementos predisponentes para que se presente la adicción a la comida y, posteriormente, sobrepeso u obesidad. Dentro de estos se encuentran estados emocionales y anímicos “negativos” como ansiedad, depresión, preocupación, entre otros. De acuerdo con Rodríguez, et al. (2019), la adicción a la comida debe ser mirada desde un punto de vista multidimensional, donde se tengan en cuenta aspectos psicológicos y cognitivos.

De igual manera, se debe contemplar dentro de las causas de obesidad por adicción a la comida los aspectos contextuales que pueden impulsar el consumo desmedido de alimentos, dentro de los que se pueden encontrar traumas o situaciones complejas ocurridas en la infancia, o en determinado momento de la adultez y que no se han trabajado de manera apropiada, por lo que la comida resulta ser una “salida” para satisfacer vacíos internos o para compensar algunos elementos que fueron importantes en cierto momento, como expresa Rojas (14 septiembre de 2008) en un artículo realizado para el periódico El País, donde cuenta la experiencia de “Doble J”, tras ser dejado por su esposa de manera abrupta:

Así que un día se encerró. Y no regresó al trabajo, ni a jugar tenis, ni a ver a sus amigos, ni a visitar a su familia. Sólo se encerró. Con bultos de comida. Doble J dice que al principio fue un mecanismo de evasión para no encontrarse con nadie, para evitar las explicaciones, para no atormentarse. Pero de un momento a otro descubrió que a veces, mientras comía, experimentaba un placer que en esos tiempos de sufrimiento era lo más parecido a lo que un día conoció como felicidad.

Lo anterior, es una conducta que se manifiesta gracias a vivencias que pueden resultar intolerables. Desde el punto de vista de López (2018), al consumir alimentos como respuesta a una situación que se sale del control personal, o a una vivencia que pudo ser traumática, se le denomina comer emocional. El empleo de este comportamiento se da como búsqueda de una recompensa por los niveles de estrés vividos y por las emociones negativas que se han atravesado.

Teniendo en cuenta lo planteado con antelación, es preciso conocer las similitudes que presenta la edorexia con la adicción a diferentes sustancias. Los sistemas de recompensa que se activan a nivel cerebral en el consumo de sustancias como el tabaco, el licor o alucinógenos, son similares a los que se estimulan al momento de consumir alimentos por parte de una persona con adicción a la comida y, según un estudio realizado por Gearhardt et al., (2011), se puede registrar actividad en las mismas áreas del cerebro, a través de resonancias magnéticas, en personas que han consumido sustancias adictivas (alcohol, tabaco, opioides) y sujetos con puntuaciones altas de adicción a la comida, al momento de ingerir alimentos de manera anticipada a los horarios aceptados (desayuno, almuerzo y cena).

En este mismo sentido, algunos aspectos comportamentales que caracterizan las adicciones se encuentran presentes en la edorexia, como es la deficiencia en el control de impulsos, donde el individuo es incapaz de evitar el consumo de alimentos cuando se encuentra en un lugar que le provee estímulos emocionales, psicológicos o de posible placer (López & Garcés, 2013).

Así mismo, se presenta desinhibición en el comportamiento de consumo, aumentando gradualmente la cantidad de alimentos que se ingieren y los métodos utilizados para contrarrestar la sensación de saciedad que puede presentar el organismo. Como ejemplifica

Rojas (2008): “para ingerir más porciones, entre una y otra comida tomaba laxantes. Con el paso del tiempo el ejecutivo se convirtió en un retrete que debía ser vaciado a la fuerza para poder recibir más y más descargas” (p.1).

Llegados a este punto, es menester señalar que, aunque existe evidencia acerca de las similitudes entre la adicción a la comida y otro tipo de adicciones, dicha categoría aún no se encuentra contemplada dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V³), por lo que se debe continuar realizando investigaciones al respecto que ayuden a fortalecer la documentación existente y, posteriormente, a formular criterios de evaluación que puedan ser utilizados desde las diferentes localidades, teniendo en cuenta diferencias sociales y culturales.

En los estudios realizados hasta el momento, las personas obesas que tienen altos niveles de adicción a la comida presentan particularidades que los diferencian de otras personas con obesidad. De acuerdo con Schulte & Gearhardt (2020), la edorexia tiene algunas características representativas como son la desregulación emocional, la presencia de antojos y la impulsividad. Este postulado es importante al momento de presentarse un posible tratamiento que busque mejorar la salud del sujeto, ya que en el caso de la edorexia se debe brindar un tratamiento médico para disminuir la cantidad de peso corporal, y un acompañamiento psicológico que permita mitigar las conductas de adicción y trabajar en los aspectos emocionales que pueden causar los ya mencionados comportamientos.

A partir de la información presentada con antelación, se reconoce la adicción a la comida como una ingesta desproporcionada de alimentos que se encuentra ligada a diferentes procesos psicológicos, como el procesamiento emocional, y a aspectos comportamentales que se pueden desarrollar a partir de falencias en el control de impulsos. Igualmente, se relaciona la edorexia con un aumento considerable del peso corporal, lo que hace de ella una de las causas de la obesidad. Por otra parte, la mayoría de los estudios realizados al respecto se han desarrollado en personas adultas, con un rango promedio de edad entre 20 y 38 años.

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

Teniendo ello en mente, así como el panorama local presentado en la contextualización del fenómeno de la obesidad en Colombia, la presente investigación se propone dar cuenta de la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre edorexia, impulsividad y desregulación emocional en un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años residentes en el municipio de Puerto Berrío, Antioquia?

2 Estado del arte

En el presente apartado se desplegarán los resultados obtenidos de una revisión bibliográfica realizada en bases de datos como Redalyc, Scielo, Dialnet, Google Scholar, Mendeley, Springer Link, DOAJ y Science Direct. Para hallar la información requerida se utilizaron las siguientes palabras clave: adicción a la comida (food addiction), edorexia, obesidad, adicción y adicción a sustancias. De los resultados obtenidos se seleccionaron 29 artículos que fueron distribuidos en 7 categorías temáticas. Esta búsqueda se realizó con la finalidad de conocer los principales hallazgos que se han presentado acerca de la edorexia o adicción a la comida.

2.1 Concepto de edorexia

La edorexia es un término relativamente nuevo que se utiliza para denotar un consumo desmedido de alimentos. Las características de este comportamiento presentan grandes similitudes con conductas asociadas a las adicciones. Para López & Garcés (2012), la adicción a la comida se define como un estado alimenticio que se desarrolla por diferentes causas que pueden ser internas (estados emocionales) o externas (motivaciones ambientales). De igual manera, se atribuye al síndrome de edorexia ⁴ la característica de generar un malestar significativo en la vida de los sujetos sea a nivel físico mediante el desarrollo de sobrepeso u obesidad, o a través de malestar emocional y mental.

Así mismo, se comprende a la adicción a la comida como un proceso que puede generar consecuencias como son obesidad o atracones alimenticios⁵, debido a la necesidad neurológica y emocional que se genera con relación a los alimentos, aun cuando no hay una señal orgánica que indique carencias en los requerimientos nutricionales diarios (Lerma Cabrera, Carvajal & López Legarrea, 2015)

⁴ Síndrome de edorexia: Se denomina de esta forma, ya que hay un conjunto de síntomas y características físicas, emocionales y comportamentales que se presentan juntas dentro de esta condición (López & Garcés, 2012).

⁵ Atracones alimenticios: Ingerir cantidades demasiado grandes de alimentos en un tiempo determinado, por ejemplo, durante algunas horas, sintiendo una incapacidad para detener esta acción (Mayo Clinic, 2018).

Por otra parte, el concepto de edorexia ha tenido algunas dificultades para ser aceptado dentro de la comunidad científica, ya que ocasionalmente es confundido con otras patologías como bulimia nerviosa⁶. De igual manera, Agüera, et al (2016), definen la adicción a la comida (AC) como una enfermedad crónica del cerebro, que tiene como síntoma la búsqueda constante de alimentos que generen sensaciones de recompensa y placer.

Desde la perspectiva de Fletcher & Kenny (2018), la AC es diferente a la obesidad en tanto, en la primera, las motivaciones por el consumo de alimentos se refieren a un correlato más emocional y psicológico. Sin embargo, se aclara que la edorexia puede desencadenar sobrepeso u obesidad en las personas que la padecen, ya que la creciente falta de control hacia la comida puede producir un aumento significativo en el peso corporal.

Teniendo en cuenta la información contenida en los artículos de investigación citados con antelación, se encuentra una estrecha relación entre la adicción a la comida y la obesidad, siendo esta última uno de los pilares que permitió preguntarse acerca de las motivaciones que tienen los sujetos al momento de ingerir alimentos de manera desmedida. Autores como López & Garces (2012) y Lerma, Carvajal & López (2015), tras un análisis detallado de la literatura existente acerca de la obesidad, hallaron una correlación positiva entre las conductas alimenticias de ingesta desproporcionada de alimentos, una deficiencia en el control de impulsos y algunas áreas cerebrales que tienen una función inhibitoria en los sujetos (corteza prefrontal y orbitofrontal), favoreciendo así las conductas de adicción.

Por otra parte, a partir de Agüera, et al. (2016), se considera importante analizar diferentes construcciones teóricas donde se presenta una relación entre la edorexia y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA⁷), en la cual algunos sujetos con TCA cumplen con los criterios propuestos para el diagnóstico de adicción a la comida, por ejemplo, el trastorno por atracones tiene una prevalencia

⁶ Bulimia nerviosa: Es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un periodo corto de tiempo. Esto se une a una preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo cual le puede llevar a utilizar métodos para controlar el aumento de peso (Díez, 2020).

⁷ TCA: Son trastornos psicológicos graves que conllevan alteraciones de la conducta alimentaria.

entre el 41.5 y el 56.8%. Por su parte, en cuanto a la bulimia nerviosa se encontró que el 100% de los pacientes presentaban también rasgos de adicción a la comida, y, en la anorexia nerviosa ⁸se cumplen con los criterios de edorexia en un 60%. De igual manera, Fletcher & Kenny (2018) y Agüera, et al. (2016), consideran dentro de sus investigaciones la importancia de ahondar en las características neurobiológicas que comparten las adicciones y la edorexia, ya que se reconocen estas similitudes como un punto de partida para posteriores estudios referentes a la temática.

En este punto, resulta importante destacar que esta temática ha sido abordada mayormente por investigaciones cuantitativas, en las que se utiliza un diseño de investigación documental, permitiéndose así una compilación de los postulados teóricos y estadísticos planteados previamente.

2.2 Circuitos neuronales

A partir de los hallazgos presentados por diferentes estudios, es preciso decir que existen algunos mecanismos neuronales que reaccionan de manera similar en personas con adicción a sustancias y sujetos con AC.

En este ámbito Gearhardt, et al. (2011), plantean que durante el consumo de sustancias y la adicción a la comida se libera dopamina en la región mesolímbica del cerebro y que se da de acuerdo con el estímulo proporcionado, sea en cantidad o tipo de sustancia. De igual manera Gearhardt, et al, (2011); López y Garcés, (2013) y Berthoud (2013), hablan acerca de la influencia que tienen algunos sectores del cerebro en las conductas de AC y en la adicción por consumo de sustancias, ⁹como son el núcleo de Acumbens, la amígdala

⁸ Anorexia nerviosa: es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada del peso (Mayo Clinic, 2018).

⁹ Adicción por consumo de sustancias: Asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia, a pesar de los problemas significativos relacionados con ella (APA, 2014).

cerebral, el córtex, el hipocampo y el hipotálamo, siendo este último el encargado de aportar al aprendizaje de las conductas necesarias para que los circuitos mencionados inicialmente generen sensaciones de recompensa y motivación.

Por otra parte, Berridge (2013) y Avena, et al. (2009), hacen referencia a una desensibilización del sistema mesolímbico tras la liberación constante de dopamina que ocurre conforme se da el consumo de drogas o alimentos, lo que produce que su ingesta aumente, con el fin de conseguir nuevas señales de recompensa. Además, los autores mencionan que, si bien en la adicción a la comida se puede producir una aversión a cierto alimento por motivos de saciedad, esto no disminuye el deseo que se genera a nivel cerebral al tener un estímulo que presente o recuerde sus características.

Para Kelley, Baldo & Pratt (2005), al igual que para Carlier, et al (2015), los ganglios basales juegan un papel fundamental en el proceso de motivación, proponiendo que son producto de una construcción evolutiva que ha permitido a los hombres buscar los elementos necesarios para satisfacer sus deseos y necesidades. En referencia a la AC, los ganglios basales motivan principalmente al consumo de alimentos ricos en energía, que permiten al organismo tener una reserva energética para el futuro.

Las investigaciones seleccionadas para abordar esta categoría conceptual fueron realizadas a partir de un enfoque cuantitativo, utilizando un diseño experimental, como la resonancia magnética y la experimentación en ratas, con el fin de conocer los circuitos neuronales relacionados con el estímulo y posterior consumo desmedido de ciertos alimentos.

2.3 Similitudes entre la edorexia y la adicción a sustancias

Dentro de esta categoría se hará referencia a semejanzas conductuales y algunos aspectos ambientales que se pueden presentar en casos de adicción a sustancias (alcohol, nicotina, cocaína, marihuana, opioides, sedantes, anfetaminas, entre otros) y de adicción a la comida, dentro de las que se encuentra el consumo de grandes cantidades de sustancia que permite conservar por cierta cantidad de tiempo las sensaciones gratificantes que se producen. De igual manera, se origina dependencia, con el fin de no perder los efectos de

recompensa obtenidos por el cerebro. Igualmente, se genera síndrome de abstinencia cuando se retira el estímulo o sustancia por algún motivo, lo que complejiza cualquier posibilidad de tratamiento (Shell & Firmin, 2017).

En otro sentido, la AC se asemeja a otro tipo de adicciones (adicción por consumo de sustancias) en cuanto a la producción de afectaciones físicas y psicológicas (alteraciones en el sistema nervioso, alteraciones físicas propias del consumo desproporcionado de sustancias y alimentos (obesidad, cáncer, problemas cardiovasculares) y dificultades en cuanto al control de impulsos, la regulación de emociones, signos depresivos y ansiosos, entre otros), perjudicando así la calidad de vida que tienen los individuos (Naish, et al, 2018). También se pueden encontrar aspectos similares como son la desregulación emocional que suelen tener las personas con adicción a sustancias, la impulsividad con que toman decisiones que se encuentran relacionadas con el consumo excesivo del elemento estimulante y la presencia de antojos relacionados con la adquisición de una sensación placentera (Maxwell, et al, 2020; Schulte & Gearhardt, 2020).

Para Collins, et al (2021), en los procesos de adicción se presentan acciones dentro de las que se encuentra no poder resistirse al estimulante, justificar el consumo y después mostrar arrepentimiento por haberlo hecho y perder el control respecto a la cantidad de sustancia que se consume, que llevan al sujeto a ser incapaz de dejar su uso sin la ayuda correspondiente. Del mismo modo, las condiciones de vida que se tienen en la actualidad dificultan que las personas con algún tipo de adicción logren inhibir el deseo hacia el factor estimulante sin ayuda de un tercero, debido a que se puede acceder a las sustancias deseadas con mayor facilidad, ya que es posible obtener sin mayores inconvenientes alimentos con alta palatabilidad, y en algunos casos sustancias como alcohol, tabaco y marihuana. (Campana, et al, 2019).

Los estudios que ayudan a aproximarse a esta categoría fueron realizados a partir de investigaciones de tipo cuantitativo, dentro de las que se encuentran algunas con un diseño de investigación documental, donde se analizan diferentes fuentes que aportan información importante acerca de la temática. De igual manera, dos de las investigaciones abordadas en este apartado utilizan para su ejecución un diseño transeccional correlacional, donde se pretende encontrar correlaciones entre la edorexia y diferentes factores como

son la obesidad, antojos, desregulación emocional y control de impulsos, teniendo en cuenta que los dos últimos son elementos que pueden ser observados en personas con adicción a sustancias.

2.4 Aproximaciones diagnósticas

En esta categoría se abordarán a *grosso modo* algunas particularidades de la adicción a la comida que pueden ser de utilidad al momento de reconocer este síndrome en un individuo. Se debe tener en cuenta que se habla de aproximación, debido a que la edorexia no se encuentra incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta versión.

Para Fernandez, et al (2018) y Hernández, et al (2018), la edorexia es un síndrome que se caracteriza por generar hábitos alimenticios poco saludables. Esta patología presenta características como: 1) el apetito que se da de manera constante, sin deberse necesariamente a demandas del organismo; 2) asociación de emociones al consumo de alimentos, las cuales pueden ser positivas o negativas; 3) permitirse excesos ocasionales en cuanto al consumo de alimentos, aun cuando esto signifique la posterior aparición de una sensación de culpa. Los autores en mención también hacen referencia a algunas consecuencias que puede tener el síndrome de edorexia en la cotidianidad de los individuos, dentro de las que se puede resaltar la evitación de eventos sociales, ansiedad, alteraciones en el estado de ánimo, obsesión ante los alimentos y disminución en el rendimiento.

Para abordar este apartado se seleccionaron dos investigaciones de tipo cuantitativo, en las que se realizó un rastreo de información bajo el diseño de investigación documental.

2.5 Comorbilidad y aspectos emocionales

Existen algunas patologías que pueden coexistir con la edorexia y ciertos aspectos emocionales que pueden generarse a partir de las condiciones de vida que presenta una persona con AC. Rodríguez, et al (2019) encontraron que es común que en adolescentes con adicción a la comida se presenten síntomas depresivos o ansiosos, lo que simboliza un perfil severo en cuanto a la evaluación psicológica. Así mismo, dentro del artículo se menciona que esta comorbilidad no solo se presenta en el rango de edad evaluado por su estudio (entre 12 y 18 años), sino que también se da en adultos, afirmación que realizan teniendo en cuenta una revisión bibliográfica realizada con antelación. Otros autores como Steward, et al, (2018) y Vidmar, et al, (2021) hallaron datos similares respecto a la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en personas obesas y con adicción a la comida. Adicionalmente, las pruebas realizadas permitieron reconocer falencias significativas en las funciones ejecutivas¹⁰ de individuos con AC.

Dentro de los aspectos psicológicos que se dan como consecuencia del consumo excesivo de alimentos se tienen las tendencias suicidas, que pueden llegar a aparecer en algún momento de la vida de un sujeto con adicción a la comida, incluso si se ha llegado a realizar en este algún procedimiento quirúrgico para controlar el exceso de peso (Benzerouk, et al, 2018). Los autores afirman lo anterior, ya que dentro de su investigación encontraron que el 18.5% (N=32) de los sujetos con adicción a la comida presentaron una mayor prevalencia en lo que respecta a tendencias suicidas en el último mes, mientras que los participantes sin edorexia presentaron una prevalencia del 2,1% (N=96) en este mismo aspecto.

Por otro lado, hay información que permite asociar la edorexia con casos de abuso físico o sexual ocurridos en etapas tempranas de la vida, siendo estas situaciones que pueden desencadenar respuestas emocionales que, posteriormente, conlleven al consumo

¹⁰ Funciones ejecutivas: Son actividades complejas, necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para adaptarse al entorno y para alcanzar metas (NeuronUP, 2021).

desproporcionado de alimentos, permitiendo generar hipótesis acerca del papel que tiene el maltrato en el inicio de conductas que deterioran la calidad de vida, como es la adicción a la comida (Nunes-Neto, et al, 2018).

Tras desplegar algunos de los hallazgos que fueron obtenidos en el marco de las investigaciones abordadas, es importante mencionar que estos estudios fueron realizados de manera cuantitativa, bajo un diseño transeccional, recolectando la información a través de diferentes medios (virtual, presencial); igualmente, el abordaje realizado por los investigadores contempló diferentes poblaciones para recolectar la información, donde se encontraron adolescentes, adultos con obesidad y pacientes en espera de cirugía bariátrica.

2.6 Conductas de riesgo

Las personas con síndrome de edorexia pueden llegar a comportarse de tal manera que se aumente el riesgo de sobrepeso u obesidad. Dentro de este accionar se encuentra la desinhibición en el comportamiento alimentario que consiste en un consumo descontrolado de comida; otro aspecto comportamental que se puede presentar en personas con edorexia es el comer emocional, mediante el cual se procura la ingesta alimentaria para lograr tener un alivio respecto a sentimientos o emociones negativas que se presentan (López y Garcés, 2012; López, 2018).

Igualmente, dentro de las conductas de riesgo se encuentra el sedentarismo presente en una cantidad considerable de personas con síndrome de edorexia, lo que implica que las calorías adicionales que son consumidas gracias a la adicción a la comida se mantienen en el organismo, causando problemáticas de salud como la obesidad y el sobrepeso (López y Garcés, 2016).

En sujetos con AC es posible que se trate de controlar estados emocionales negativos que se dan a partir de la ingesta de alimentos que resultan placenteros, por esta razón, se considera una conducta de riesgo el consumo intermitente de productos que generan sensación de bienestar y calma frente a emociones poco agradables para el individuo, debido a que se puede llegar a producir la sensación de necesidad en grandes cantidades de la sustancia para que la percepción de bienestar emocional se mantenga (Parlak, et al, 2011).

Los cuatro artículos abordados a lo largo de esta categoría son investigaciones de tipo cuantitativo, tres de ellas presentan un diseño transeccional correlacional, en el que se aplican una serie de cuestionarios donde se pretende relacionar la edorexia con aspectos como el estrés y el control emocional. Por otra parte, la cuarta investigación es llevada a cabo a través de un diseño de investigación documental, en el cual se realiza un rastreo por diversas fuentes de información que permiten concluir que se presenta una correlación positiva de 0.4 entre el déficit en control de impulsos y la adicción a la comida. Es importante destacar que para estas investigaciones se tuvo en cuenta a una población adulta con normopeso, aspecto que funciona como argumento para plantear que la edorexia no solo se presenta en personas con obesidad.

2.7 Conductas de evitación

Con el fin de abordar esta categoría temática, se seleccionan dos artículos de investigación donde se realizan estudios de tipo cuantitativo, en uno de ellos se realiza una investigación documental, a través de la que se pretende conocer (a partir de la teoría) la influencia que tiene el conocimiento – o desconocimiento - acerca del síndrome de edorexia sobre el comportamiento de los sujetos (López et al, 2019). En el segundo artículo, se utilizó un diseño transeccional correlacional que permite aplicar una encuesta sociodemográfica y la escala YFAS a estudiantes universitarios de Reino Unido entre 20 y 29 años, con el fin de conocer la relación existente entre el síndrome de edorexia y la actividad deportiva (Ruddock & Hardman, 2017).

A continuación, se desplegarán algunos argumentos que permiten conocer a *grosso modo* las conclusiones que se obtuvieron dentro de las investigaciones abordadas. Ocasionalmente, se presentan conductas de evitación (práctica desproporcionada de actividad física) que llevan a cabo algunos individuos con el fin de disminuir los efectos físicos de la adicción a la comida. De acuerdo con López et al (2019), las personas que practican algún tipo de actividad deportiva y que, además, han obtenido una puntuación elevada respecto al síndrome de edorexia, a través de la escala de adicción a los alimentos de Yale (YFAS), suelen realizar ejercicios que representen un

mayor esfuerzo físico y su práctica se da con mayor constancia que en personas con bajos niveles de AC, lo anterior, se realiza con el fin de no perder el control de su peso corporal.

Por otra parte, en un estudio realizado por Ruddock & Hardman (2017), se menciona que las percepciones de los sujetos respecto al síndrome de edorexia -incluyendo en ellas la posibilidad de poseerlo- pueden determinar la conducta que se adopta posteriormente, llevando generalmente a realizar dietas excesivas y a la privación de alimentos que se consideran deseables, como respuesta al temor que genera no tener control acerca de los alimentos que consumen y del peso que se adquiere con el paso del tiempo.

3 Justificación

Este estudio busca generar conocimiento respecto a la posible relación entre adicción a la comida, impulsividad y desregulación emocional en un grupo de adultos con obesidad residentes en el municipio de Puerto Berrío, Antioquia. El interés acerca de esta problemática surge debido a los altos índices de sobrepeso y obesidad que se presentan en el municipio, situación que permite cuestionarse acerca de la motivación que tienen las personas con problemas alimenticios relacionados con el aumento de peso para mantener un consumo constante de comida, aun cuando esto genera dificultades en la salud y en el desarrollo de actividades cotidianas.

Del mismo modo, es preciso mencionar que dentro del municipio de Puerto Berrío aún se presentan casos en los que se estigmatiza a personas con obesidad, llevando a la población a catalogar a estos como “perezosos” o “faltos de voluntad” para mejorar su calidad de vida, por esto, es importante visibilizar la adicción a la comida como una problemática de salud que se puede estar presentando dentro de la localidad porteña, lo cual, permitiría que la comunidad tenga una mirada más amplia acerca de las motivaciones que pueden desencadenar el consumo desmedido de alimentos.

Por otra parte, se beneficia a quienes presentan síndrome de edorexia, ya que se les permite conocer los aspectos fundamentales que la caracterizan y que van más allá de las conductas observables, llevándolos a ser conscientes acerca de los mecanismos neuronales que se activan en este proceso y a la importancia que tiene el cuidado de la salud emocional y mental para llevar a cabo un tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que los hallazgos que se consigan a partir de este proyecto funcionan como punto de partida para trabajar en la disminución del estigma que aún se presenta respecto a quienes enfrentan patologías o síndromes que afectan la salud mental, situación que debe ser controlada, con el fin de que quienes presentan altas puntuaciones de edorexia, se encuentren dispuestos a recibir un tratamiento multidisciplinario en el que se trabaje acerca de diferentes aspectos que pueden empeorar su condición.

En otro sentido, los resultados de este estudio buscan dar a conocer un panorama de la adicción a la comida a partir de las particularidades culturales y sociales que se encuentran presentes en el municipio antioqueño, lo que, a su vez, desplegaría una oportunidad de ampliación de la información obtenida en investigaciones realizadas con antelación acerca del síndrome de edorexia, esto, con el fin de que se recolecten suficientes datos que propendan al diseño de planes, programas y proyectos de intervención en relación con la adicción a la comida.

De igual manera, la investigación representa una oportunidad para que los demás municipios del Magdalena Medio antioqueño se pregunten acerca de los aspectos motivacionales que tienen las personas con obesidad para continuar con el consumo alimenticio, lo que permitiría levantar una línea de base cerca de un tema poco estudiado dentro del territorio nacional.

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Establecer el tipo de relación existente entre adicción a la comida (edorexia), impulsividad, y desregulación emocional en un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años, residentes en el municipio de Puerto Berrio, Antioquia.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar la adicción a la comida (edorexia) presentada por un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años residentes en el municipio de Puerto Berrio, Antioquia.
- Evaluar la impulsividad presentada por un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años residentes en el municipio de Puerto Berrio, Antioquia.
- Detectar la desregulación emocional presentada por un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años residentes en el municipio de Puerto Berrio, Antioquia.

5 Hipótesis

La edorexia es un síndrome psicológico que encuentra asociado a la obesidad, en este se presentan algunas características de orden psicológico como son altos niveles de impulsividad y desregulación emocional.

Las características mencionadas con antelación, de acuerdo con López & Gárces (2012) se encuentran presentes en todos los casos de edorexia, por ello, se obtiene información de las tres variables, a partir de la aplicación de un conjunto de instrumentos cuantitativos (YFAS, BISS... y DERS) a 14 sujetos con obesidad, con edades entre 20 y 35 años que residen en el municipio de Puerto Berrio.

Los datos recopilados son analizados mediante el programa SPSS (Versión 25), donde se busca una correlación entre las variables de interés (edorexia, impulsividad y desregulación emocional), teniendo como presupuesto que pudiera ser encontrada una correlación estadística de, por lo menos, 0.7 ($p=0.05$).

La hipótesis de correlación presentada anteriormente se formuló tomando en cuenta lo planteado por Agüera et al (2016), quienes proponen una correlación positiva de 0.87 ($p=0.05$) entre la edorexia y los trastornos de la conducta alimentaria; y por Parlak et al (2011), autores que plantean una correlación positiva de 0.4 ($p= 0.05$) entre la adicción a la comida, afecto negativo, estrés y ansiedad.

6 Referentes conceptuales

En este apartado se presentarán los referentes teóricos correspondientes al presente informe de investigación, con los que se pretende conocer algunos aspectos fundamentales de la obesidad, la adicción, la adicción a la comida (edorexia), la impulsividad y la desregulación emocional, conceptos que resultan relevantes para la comprensión de la edorexia y la relación que puede presentar con algunos factores psicológicos.

6.1 Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica donde el individuo adulto posee un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30kg/m². De acuerdo con el Centro Nacional para el Control y la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (2020), el IMC indica la gordura que posee una persona, teniendo como base el peso y la estatura de esta, partiendo de que los valores correspondientes a un individuo saludable oscilan entre 18.5 y 24.9. Así mismo, la obesidad puede ser definida como una acumulación de grasa que puede llegar a generar perjuicios en la salud de quien la padece. En los últimos años esta condición ha ido en aumento, lo cual puede ser debido a los grandes cambios que ha sufrido el estilo de vida en los países desarrollados (la facilidad en el acceso a productos ultraprocesados, las actividades económicas apuntan mayormente al trabajo sedentario/frente a un ordenador, la carencia de tiempo libre para preparar alimentos en el hogar, entre otros), lo que convierte a la obesidad en una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo, llegando en el año 2016 a encontrarse en el 13% de la población adulta mundial (OMS, 2020).

De igual manera, según la Organización Mundial de la Salud -OMS (2020), la obesidad representa una gran problemática para la salud, debido a que aumenta el riesgo de que los sujetos padezcan enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoartritis y algunos tipos de cáncer. Por lo anterior, la obesidad es considerada la segunda causa de muerte prematura y evitable con mayor prevalencia en el mundo, después del tabaco (SEEDO, 2007).

Al tratarse de una enfermedad que se encuentra presente en una amplia cantidad de personas, resulta importante abordar algunas de las causas que pueden producir su aparición, donde se deben tener en cuenta causas genéticas, que se dan por alteraciones en el desarrollo físico o por causa de otras enfermedades pre-existentes. Por otra parte, se tienen las causas relacionadas con los hábitos que mantienen los individuos, asociados en mayor medida con la ingesta de alimentos de manera desproporcionada, con bajos niveles de actividad física y con algunos estados psicológicos que pueden ser considerados negativos como la ansiedad, la depresión o algunas situaciones traumáticas (SEEDO, 2007).

En otro sentido, es importante mencionar algunas consecuencias de la obesidad que van más allá de los índices de mortalidad que produce, dentro de estas se puede mencionar el costo económico que representa esta enfermedad para el sistema de salud de una localidad, lo que impide que se invierta este dinero en otro tipo de enfermedades que por su naturaleza no pueden ser evitadas, como son el cáncer, condiciones congénitas, esclerosis, entre otras. Por tal motivo, actualmente se le brinda mayor importancia a los procesos de prevención de la obesidad, con el fin de no solo mejorar las condiciones de vida poblacionales, sino también de disminuir los costos que representa esta enfermedad. De igual forma, se presentan consecuencias psicológicas como son la depresión o con trastornos de la imagen corporal (SEEDO, 2007).

6.2 Adicción y adicción a la comida (edorexia)

6.2.1 Adicción

Para la OMS (1994), la adicción consiste en el consumo repetido y constante de sustancias que alteran el estado de conciencia del individuo. Este consumo genera dependencia a la sustancia, lo que imposibilita la interrupción voluntaria de su empleo, ya que al momento de suspender el uso de la sustancia se genera el denominado síndrome de abstinencia, en el cual se presenta un conjunto de síntomas psicológicos y fisiológicos (ansiedad, fatiga, sudoración, vómitos, síntomas depresivos, convulsiones, insomnio, irritabilidad, sensibilidad al dolor, entre otros) que varían dependiendo de la dosis y la sustancia que los sujetos solían consumir.

Del mismo modo, (Levin, 2019) propone que la adicción consiste en la necesidad de "algo físico, químico, biológico o comportamental," que produce una respuesta agradable en el sujeto. También el autor hace referencia a la connotación social que tienen las adicciones, planteando que se trata de acciones que generalmente no son aceptadas socialmente, lo que produce estigmatización hacia los sujetos con algún tipo de adicción.

En este punto, es preciso mencionar que para la OMS (2004) la adicción tiene como nombre técnico "dependencia o dependencia a sustancias", y de esta manera se encuentra plasmada en el CIE-10¹¹ y en el DSM-IV¹², manuales diagnósticos en los que se tienen en cuenta aspectos fisiológicos (sudoración, temblores, úlceras, entre otros), comportamentales (abandono de actividades sociales, consumo de sustancias similares, aumento progresivo del consumo) y psicológicos (búsqueda de placer, estados de ánimo depresivos o ansiosos) para dictaminar la presencia de dependencia de sustancias en un individuo (como se citó en Levin, 2019).

En otro sentido, en el proceso de adicción se cuenta con algunos circuitos cerebrales que favorecen el consumo constante de sustancias, el más estudiado de éstos es el sistema de motivación y recompensa descrito por Olds y Milner en 1954, quienes ubican a las neuronas dopaminérgicas responsables de la adicción en el área ventral tegmental, desde donde proyectan su información hasta el núcleo de Accumbens y la amígdala cerebral, formando la vía mesocortical donde la dopamina ejerce su efecto en los receptores de dopamina (Méndez et al, 2017).

En este mismo sentido, el National Institute on Drug Abuse¹³ – NIH (2020) hace referencia a los circuitos cerebrales que se deterioran tras el consumo prolongado de sustancias, dentro de los que se encuentran: i) los ganglios basales, encargados de la motivación, los efectos placenteros que producen algunas acciones y la formación de hábitos y rutinas, procesos que se ven afectados, debido a que las drogas producen hiperactividad en las neuronas que se encuentran en este sector, la cual, con el tiempo, termina produciendo una adaptación y disminuye progresivamente la capacidad de sentir placer con algo que no sea la sustancia adictiva; ii) la

¹¹ Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

¹² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta versión.

¹³ National Institute on Drug Abuse: Instituto Nacional de Abuso de Drogas

amígdala extendida, una parte del cerebro que se sensibiliza tras el consumo de sustancias, lo que produce algunos de los síntomas propios del síndrome de abstinencia, debido a que se encarga de regular sensaciones estresantes como ansiedad, irritabilidad e inquietud; finalmente, se hace referencia a iii) la corteza prefrontal, que se caracteriza por ser la última parte del cerebro en madurar, motivo por el cual, cuando se produce el consumo constante de sustancias a una edad temprana, posteriormente se ven afectadas funciones como la capacidad de pensar, resolver problemas, tomar decisiones y controlar impulsos.

Por otra parte, se encuentra el correlato psicosocial, en el cual se expresan algunas posibles causas de las adicciones, teniendo en cuenta que, para que se presente esta búsqueda de nuevas experiencias satisfactorias, puede ser necesario que el individuo cuente con ciertas características personales que predispongan el consumo, como son la baja autoestima, carencias en la capacidad de afrontamiento y problemáticas ligadas a la regulación emocional. Así mismo, se pueden generar conductas adictivas con mayor facilidad en sujetos que cuenten con un ambiente que propicie la adicción, como se da en personas con familias disfuncionales o en núcleos familiares carentes de atención y afecto, bajo rendimiento escolar y presión social (Mendoza & Vargas, 2017).

6.2.2 Adicción a la comida (edorexia)

El término edorexia proviene de dos palabras latinas, *edo* y *orexis* que, respectivamente, significan comer y apetito. Si bien estos son comportamientos adaptativos para el ser humano y le permiten conservar la vida, estudios han confirmado la presencia de apetito desproporcionado con relación a estímulos alimenticios que pueden o no estar presentes (López, 2013). En relación con lo anterior, es preciso definir la edorexia, o adicción a la comida, como un síndrome en el que se presenta un apetito incontrolable que tiene como finalidad la búsqueda de alivio a una situación o emoción que resulta negativa para el sujeto (López, 2017).

Sumado a lo anterior, la edorexia se considera como una condición mental que causa desordenes en los hábitos alimenticios que resultan perjudiciales para los sujetos y que puede dificultar la adquisición de prácticas saludables. Esto se debe a que el apetito causado por la adicción a la comida sobrepasa los límites fisiológicos que plasma el organismo en relación con el consumo de alimentos (Hernández, Ledón & Mendoza, 2018).

Desde una perspectiva neurobiológica, en la edorexia se presenta activación de diferentes sistemas y circuitos cerebrales que favorecen la ingesta de alimentos. De acuerdo con los postulados de Agüera et al. (2016), el sistema dopaminérgico (amígdala cerebral, áreas prefrontales, áreas sensoriales) funciona en los individuos como un sistema de recompensas que se activa tras la ingesta de alimentos, particularmente de aquellos que resultan deseables. De igual manera, el sistema serotoninérgico se encuentra presente en la AC, en tanto los niveles basales de serotonina determinan el control que se tiene acerca del consumo de alimentos. Así mismo, algunos alimentos altos en grasas y azúcares producen la activación del sistema opioide, donde se generan opioides endógenos que proporcionan sensaciones placenteras, que posteriormente son asociadas a la comida inicialmente ingerida.

En un sentido similar, es importante tener en cuenta los procesos arriba-abajo, que consisten en una relación existente entre los diferentes órganos y receptores nerviosos presentes en el sistema nervioso periférico, que envían señales a los diferentes circuitos cerebrales, como ocurre en el caso del Hipotálamo y el Núcleo Arqueado, que recibe “mensajes” provenientes del aparato digestivo y el tejido adiposo, lo que tiene como resultado un aumento o disminución del apetito, según sea el caso. Este proceso se ve acompañado por las señales metabólicas que se producen a través de la Leptina y llegan hasta el Hipotálamo, ocasionando una respuesta por parte del sistema dopaminérgico que genera el deseo de comer (López, 2017).

Por otro lado, el síndrome de edorexia puede presentar problemáticas relacionadas con algunos aspectos psicológicos, dentro de los que se encuentra la imagen corporal, que se puede encontrar distorsionada, provocando que la ingesta de alimentos sea mayor, esto se afirma en tanto que en algunos estudios realizados con personas obesas que presentan AC se encuentran altos índices de distorsión de la imagen corporal, ya que, habitualmente se perciben con un menor IMC en relación con el que en realidad tienen. En este punto, es preciso aclarar que no todos los individuos con adicción a la comida presentan obesidad; sin embargo, son estos últimos quienes presentan mayores problemáticas asociadas con su estado de salud física (Betancor, Calvo y Saona, 2019).

De la misma manera, López (2017) presenta algunos aspectos psicológicos que pueden afectar a la persona y causar o empeorar los síntomas de adicción a la comida, dentro de los que se encuentran las vivencias que hayan podido resultar traumáticas en algún momento de la vida, las cuales pueden desencadenar una búsqueda de “refugio” en los alimentos. Los pensamientos que se tienen

respecto a ciertos alimentos pueden aumentar o disminuir el consumo de estos, de acuerdo con las características que se les atribuyan. Por su parte, el autocontrol se puede ver afectado en cuanto a los hábitos alimenticios que practica una persona con AC, en tanto resulta complejo evitar la ingesta cuando el estímulo se encuentra al alcance. Así mismo, la regulación emocional juega un papel importante en las conductas alimenticias que desarrolla una persona con edorexia, debido a que en ocasiones se puede presentar el llamado “comer emocional” que se produce tras una situación que desborda las emociones de la persona.

Teniendo en cuenta la adicción a la comida como una problemática que afecta la salud física, psicológica y ambiental de los sujetos, entre otras dimensiones, es importante considerar algunos criterios que se deben evaluar al momento de identificarla en un sujeto. Inicialmente, se debe indagar acerca de la presencia de una necesidad constante de consumir alimentos, que no es premeditada, y que puede tener como respuesta la ingesta desproporcionada de comida o la evitación de la misma, acompañadas respectivamente de culpa o miedo a perder el control (López, 2017). El comportamiento evitativo mencionado con antelación se considera como un indicio de edorexia, ya que previo a este se presenta un deseo desproporcionado de consumir cierto tipo de alimentos que, en este caso, se encuentra acompañado de culpa, por lo que el sujeto propende a suprimir la ingesta de alimento con el fin de eliminar este sentimiento. En algunas ocasiones, esta conducta evitativa suele ser confundida con los síntomas de la anorexia nerviosa, ya que la supresión de alimentos es común en el cuadro mencionado; sin embargo, difieren en que la causa de la evitación de consumo de alimentos en la anorexia nerviosa está relacionada con una alteración en la imagen corporal que hace percibir al sujeto que su cuerpo se ve mucho más grande de lo que en realidad es y deja de consumir alimentos para bajar de peso.

Además, es necesario realizar una evaluación en cuatro componentes que se encuentran presentes en la AC, que son: i) la dimensión emocional, que consiste en asociar el consumo de alimentos a aspectos emocionales que pueden ser negativos o positivos; ii) la evitación, que se presenta a partir del miedo a aumentar de peso, lo que provoca una disminución ocasional del consumo de alimentos, pero resulta contraproducente, ya que se da como un reforzador negativo que produce un aumento de miedo y una posterior pérdida del control en la conducta alimentaria, por lo que se termina consumiendo una gran cantidad de comida; iii) la dependencia, que se encuentra relacionada con el control de impulsos al encontrarse frente a un estímulo alimenticio y a la necesidad constante de consumirlo;

finalmente, se debe tener en cuenta iv) el déficit en el bienestar psicológico que se presenta, de manera general, en personas con edorexia, ya que esto representa la causa principal del deseo para reactivar los sistemas de recompensa cerebrales (López, 2013).

6.3 Impulsividad

De acuerdo con Squillace, Picón & Schmidt (2011), la impulsividad consiste en un actuar rápido donde no se tienen en cuenta las consecuencias que pueden resultar de determinado comportamiento. Así mismo, se encuentra relacionada con la búsqueda de sensaciones nuevas y placenteras.

Rueda, Pinto & Ávila (2016) plantean que la impulsividad se reconoce como una característica negativa, debido a los efectos que puede tener en una persona y en la comunidad donde ésta se desenvuelve, como son el consumo de sustancias, incidencia en conductas delictivas, deterioro en las relaciones interpersonales, entre otros. Por ello, se deben considerar algunos aspectos psicológicos que pueden producir su aparición, por lo que, en primer lugar, se tiene en cuenta el aspecto individual, donde el sujeto actúa impulsivamente como una respuesta circunstancial a una situación determinada; en segundo lugar, se puede presentar como una característica presente en el sujeto, que lo predispone a actuar impulsivamente independientemente del contexto situacional en que se encuentre; finalmente, los autores se refieren a la presencia de la impulsividad como síntoma de una patología mental como la esquizofrenia.

Por otra parte, es necesario mencionar que la impulsividad se encuentra estrechamente relacionada con las adicciones e, incluso, se le reconoce como una conducta que precede o favorece el inicio de los comportamientos adictivos. Lo planteado anteriormente, se debe a que los individuos con altos índices de impulsividad suelen tener un mayor grado de sensibilidad a los reforzadores positivos¹⁴ y a las respuestas provenientes del sistema de recompensas que, en el caso del consumo de sustancias adictivas, libera dopamina, de tal manera que esta acción genera una sensación de placer en el sujeto (De Sola Gutierrez et al, 2013).

¹⁴ Reforzadores positivos: Recompensa que se da inmediatamente después de una conducta o acción, este “premio” favorece que el comportamiento se repita constantemente con el fin de obtener nuevamente el reforzador (Martínez, 2013).

De otro lado, la impulsividad se encuentra relacionada con las conductas alimenticias, debido a que generalmente se emprenden acciones de ingesta excesiva o de evitación de acuerdo con la percepción que se tenga respecto a la imagen corporal, lo que produce una mayor preocupación acerca de los alimentos, propiciando la acción rápida sin un análisis previo de los posibles resultados que pueda producir los hábitos de alimentación poco saludables (Jáuregui & Santiago, 2017).

6.4 Desregulación emocional

La regulación emocional puede ser entendida como la capacidad de mantener, eliminar o aumentar un estado afectivo. Puede ser evaluada a través de la respuesta emocional que se presenta ante estímulos que pueden resultar negativos para el sujeto. Para que se dé la regulación emocional, es indispensable para el individuo conocer los estados internos que presenta en cada situación y tener la capacidad de diferenciarlos (Silva, 2005).

Otros autores como Vargas y Martínez (2013), enfatizan en la importancia que tiene la regulación emocional para que los sujetos tengan una adaptación social apropiada, ya que el control de aspectos internos se refleja en las acciones que se llevan a cabo en el medio externo.

En esta misma línea, Silva (2005) habla acerca de las diferencias existentes entre la supresión y la reevaluación emocional. La primera, hace referencia a una disminución en la expresión afectiva tanto de emociones positivas como negativas, lo que dificulta la expresión del sujeto respecto a los estados internos que se encuentre atravesando en el momento; la segunda, alude a una disminución de las respuestas emocionales negativas tras una mejor comprensión del suceso que la causó inicialmente.

Por el contrario, la desregulación emocional se trata de la dificultad que presentan algunas personas para controlar respuestas emocionales, que puede estar relacionada con algunos trastornos psicológicos como son el consumo de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático, autolesiones, entre otros. Así mismo, la desregulación emocional se encuentra asociada a factores fisiológicos como la hipertensión arterial, patologías cardíacas y obesidad (Pérez & Guerra, 2014).

Lo planteado en el párrafo anterior, se encuentra ligado a la conducta alimenticia a partir de las emociones negativas que se pueden producir a través de una distorsión en la imagen corporal, que pueden generar temor hacia el aumento de peso o, por el contrario, hacia la pérdida del mismo, teniendo en cuenta que este último se presenta generalmente cuando se toma la composición corporal como un factor protector, percepción que puede ser originada a partir de situaciones difíciles de tramitar que se vivenciaron en algún momento de su vida. En esta misma línea, se encuentra relación entre la desregulación emocional y algunas vivencias traumáticas que pueden desencadenar conductas alimenticias poco saludables (Rivarola, 2017), estas situaciones vivenciadas pueden ser abuso sexual, negligencia parental, abuso físico, entre otras.

7 Metodología

El presente estudio fue realizado a través de una metodología cuantitativa, debido al proceso secuencial mediante el que se ejecuta la comparación de resultados que realizó respecto a la edorexia, la impulsividad y la desregulación emocional, para hallar finalmente la relación que se da entre estas variables. La selección de esta metodología de trabajo se basó en los postulados de Hernandez Sampieri et al (2014), quienes afirman que la investigación cuantitativa está basada en datos de carácter objetivo, por lo que se estudia la realidad externa del sujeto, evitando las cuestiones subjetivas que puedan ser presentadas por el participante de la investigación. De igual manera, estos autores hacen referencia a la finalidad de la metodología cuantitativa, concebida como una línea que se centra en postular leyes que puedan ser aplicables a la población en general.

7.1 Alcance

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos en esta investigación y la información preexistente acerca de la edorexia y su relación con aspectos psicológicos como la impulsividad y la desregulación emocional, se seleccionó un alcance correlacional para llevar a cabo este estudio. Lo anterior, se decidió teniendo en cuenta la necesidad de implementar dentro del estudio un alcance que permita determinar la posible presencia de 2 factores (impulsividad y desregulación emocional) en conjunto con el fenómeno de adicción a la comida (Hernandez Sampieri et al, 2014).

7.2 Diseño de investigación

Para realizar este proyecto se utilizó un diseño transeccional, mediante el cual se realiza la recolección de información y aplicación de pruebas en un único momento, lo que previene la pérdida de participantes en el transcurso de la investigación. De igual manera, este diseño permite realizar un análisis de los hallazgos obtenidos a través del acercamiento con la muestra, donde se determinen las características que presenta el fenómeno en ese espacio temporal.

7.2 Población y muestra

Partiendo de los diferentes estudios revisados para la construcción del proyecto en el que se basó la presente investigación, se consideró apropiado realizar esta última con adultos cuyas edades oscilaran entre los 20 y 35 años, ya que este representa el rango de edad promedio en que se presenta la edorexia, según algunos de los estudios que preceden esta investigación.

Otro factor clave para el presente estudio fue la presencia de obesidad en los participantes, debido a que en la mayoría de los estudios que fueron revisados se ha encontrado relación entre la adicción a la comida y la obesidad. Igualmente, por cuestiones relacionadas con los niveles de obesidad presentes en el municipio y pensando en la facilidad de contacto con la población, se determinó que estos debían residir en el municipio de Puerto Berrio, Antioquia.

Por otra parte, la selección de la muestra se llevó a cabo por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia¹⁵, debido a que no se cuenta con bases de datos de adultos con obesidad con los que se pueda tener un contacto, pero, en el entorno común del municipio se hayan bastantes sujetos que cumplen con las características necesarias para participar en este estudio. En este mismo sentido, el tamaño de la muestra fue de 13 personas, dato que se calculó mediante el programa EPIDAT (versión 4.1), teniendo como referencia el valor de r presentado en la hipótesis de correlación sobre la que se sustentó el presente estudio (**Ver tabla 1**); sin embargo, los instrumentos debieron ser aplicados a 20 personas con obesidad, de las cuales 14 obtuvieron la puntuación necesaria para el diagnóstico de edorexia, por lo que los datos presentados en el estudio corresponden a esta cantidad de personas .

¹⁵ Muestreo por conveniencia: “Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.” (Otzen & Manterola, 2017. p. 230)

Tabla 1: Tamaño de muestra**Datos:**

Coefficiente de correlación a detectar:	0,700
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra	
	Unilateral	Bilateral
80,0	11	13

7.3 Criterios de inclusión y exclusión

Para seleccionar a las personas que serán participes de este estudio, se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Ser adulto entre 20 y 35 años.
- Tener obesidad.
- Residir en el municipio de Puerto Berrío.
- Saber leer y escribir.

De igual manera, fueron contemplados ciertos criterios de exclusión que determinaron la imposibilidad de seleccionar a una persona, siendo estos:

- No presentar obesidad.
- No saber leer y escribir.
- Residir en otros municipios de Colombia que no sean Puerto Berrío.
- No encontrarse dentro del rango de edad estipulado (20-35 años).

7.4 Instrumentos de recolección de información

Con el fin de recopilar la información requerida en esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: *Encuesta sociodemográfica*, *Escala de Adicción a los Alimentos de Yale (YFAS)*, *Escala de Impulsividad de Barratt (BISS-11)* y *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)*. A través de ellos, se pretendía conocer la presencia de adicción a la comida dentro de los sujetos evaluados, al igual que las características de desregulación emocional e impulsividad que se presentaban en la muestra. Lo anterior permitió, no solo conocer las características individuales de los sujetos, a propósito de las variables rastreadas, sino también correlacionar los resultados obtenidos en las pruebas de impulsividad y desregulación emocional con los datos que se obtuvieron en cuanto a la adicción a la comida.

7.4.1 Encuesta socio-demográfica

A partir de esta se recopiló información relevante respecto a las condiciones de vida de los sujetos participantes en la investigación, así como sobre los hábitos de vida y las condiciones de salud presentadas por ellos.

La encuesta consta de 19 preguntas, de las cuales 10 se realizaron como pregunta abierta, donde los participantes debían escribir la respuesta que consideraran se adaptaba mejor al enunciado. En cuanto a las 9 preguntas restantes, se presentaron en formato de selección múltiple con única respuesta, (**Anexo 1**).

7.4.2 Escala de Adicción a los Alimentos de Yale (YFAS)

Esta escala tiene en cuenta los criterios planteados por el DSM-V para el diagnóstico de trastornos relacionados con sustancias y los adapta al contexto de la adicción alimenticia.

Rojas et al. (2020) se refieren a la Escala de Adicción a la Comida de Yale (YFAS) como una medida estandarizada válida para identificar la presencia de AC en diferentes sujetos.

El cuestionario consta de 25 ítems que evalúan las conductas alimenticias que ha tenido un sujeto en el último año. De la totalidad de reactivos, 17 tienen opciones que se refieren a la frecuencia con que se realizan cierto tipo de comportamientos, para valorar los cuales se utiliza una escala likert compuesta por 5 opciones de respuesta (nunca; una vez al mes; 2 a 4 veces al mes; 3 veces a la semana; 4 o más veces a la semana), a las que en el proceso de calificación se les asigna una puntuación de 0, 1, 2, 3 ó 4, respectivamente.

Sumado a lo anterior, dentro del cuestionario se cuenta con 8 preguntas dicotómicas, cuyas opciones de respuesta son sí y no, atribuyéndose una puntuación de 0 ó 1, respectivamente. (**Anexo 2**).

7.4.3 Escala de Impulsividad de Barratt (BISS-11)

A través de esta escala se mide la impulsividad, entendida como un concepto multidisciplinar que presenta correlación con algunos trastornos psicológicos como son: conducta suicida, búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y drogas, trastorno bipolar, déficit atencional, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de personalidad límite y trastorno de personalidad antisocial (Salvo & Castro, 2013).

La escala cuenta con 30 ítems, cada uno presenta cuatro opciones de respuesta que son: raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre, a los cuales se atribuye una puntuación de 0,1,3 ó 4 respectivamente. (**Anexo 3**)

7.4.4 Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Con este instrumento se evalúan aspectos relevantes que comprometen la regulación emocional en el sujeto como son conciencia emocional, claridad emocional, no aceptación de las respuestas emocionales, dificultad en el control de impulsos, acceso limitado a estrategias de regulación emocional y dificultad para conservar una conducta cuando se está emocionalmente excitado, tal como propone Gómez (2015).

El cuestionario consta de 36 ítems que son calificados por el sujeto de 1 a 5, lo anterior, teniendo en cuenta la descripción que se presenta dentro del instrumento para cada valor: 1, casi nunca o nunca; 2, algunas veces; 3, la mitad de las veces; 4, la mayoría de las veces; y, 5 casi siempre (**Anexo 4**).

7.5 Procedimiento

Inicialmente, se realizó un sondeo de la población porteña que presenta obesidad, para esto se entregó en primer lugar un formato de consentimiento informado (**Anexo 5**), en el cual, quienes decidieron participar de la investigación, manifestaron acuerdo con los procedimientos de recolección de información y con el manejo que se dieron a los datos recolectados. Después, se dio a la comunidad una encuesta, a través de la cual se pretendió conocer información sociodemográfica, peso y estatura de los sujetos. Los datos recolectados a partir de la encuesta sociodemográfica sirvieron para calcular el IMC de los participantes y para verificar el cumplimiento de algunos criterios de inclusión como la edad.

Posteriormente, de los sujetos que realizaron la encuesta sociodemográfica, se seleccionó la muestra mediante un muestreo por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión planteados para el estudio. Tras este proceso se contactó a los posibles seleccionados, con el fin de aclarar que el propósito del estudio es netamente académico y que los datos que se recolecten serán codificados, con el objetivo de mantener la privacidad de su información personal. De igual manera, se propuso a los participantes una fecha para realizar un encuentro donde se dio la aplicación de las pruebas psicológicas.

Cuando se llegó a un acuerdo de fecha y lugar de encuentro con los 14 participantes necesarios para obtener datos concluyentes en esta investigación, se hizo entrega del cuestionario YFAS y se dieron las indicaciones pertinentes para la auto-aplicación de este. Al finalizar esta aplicación, se presentó la escala BISS-11 mientras que se informó a los participantes acerca del proceso que se debía llevar a cabo para diligenciarla. Después, fue entregado el formulario correspondiente a DERS y se presentaron las sugerencias necesarias para una correcta aplicación.

En este punto, es preciso aclarar que las diferentes escalas y el consentimiento informado no fueron recogidos hasta que se concluyó la aplicación de los 3 test, con el fin de que los datos presentes en cada paquete correspondieran al mismo sujeto. Finalmente, se dio cierre al encuentro con los participantes, agradeciendo su disposición y tiempo invertido.

Luego, se hizo una codificación de los datos personales de los participantes, asignándole a cada sujeto un número, con el fin de que no se conozca su identidad. Seguidamente, se realizó la calificación de las escalas, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el manual de cada una.

A partir de los resultados obtenidos en las diferentes escalas, se procedió a hacer un análisis correlacional, mediante el programa estadístico SPSS¹⁶, versión 25, donde se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos (altos o bajos) en la Escala de Adicción a los Alimentos de Yale, en comparación con las puntuaciones obtenidas a partir de la Escala de Impulsividad de Barratt y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional.

7.6 Criterios éticos

En este apartado se desplegarán las normativas bajo las que fue regida la presente investigación, con el fin de garantizar la conservación de los derechos y la dignidad humana de la población estudiada.

En acuerdo con lo establecido por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en su artículo 8, en el marco del estudio se garantizó a los participantes la confidencialidad de sus datos personales, asegurándoles que no fueron identificados dentro de los escritos realizados acerca de la presente investigación, y se aclaró a estos que solo se podría identificar a aquellos cuando los resultados lo requirieran y el sujeto brindara una autorización previa.

Por otra parte, la investigación adoptó los parámetros expuestos en el artículo 14 del documento mencionado con antelación, en tanto se dio uso del consentimiento informado, a partir del cual los participantes manifestaron su acuerdo con el manejo de datos de la

¹⁶ Siglas de Statistical Package for Social Sciences (Paquete estadístico para las Ciencias Sociales).

investigación. De igual manera, en el documento de consentimiento informado que fue tenido en cuenta para este estudio, se aclaró que los individuos tenían plena capacidad de elección en caso de no querer continuar participando en el estudio y que por esto no incurriría en ningún tipo de sanción.

En este mismo sentido, el consentimiento informado fue construido a partir de algunas recomendaciones que se presentan en el artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993, por lo que dentro de este documento se redactó la justificación y objetivos de la investigación, así como los procedimientos que serían utilizados en el marco de la misma (recolección de información, análisis de datos), las posibles molestias o beneficios que se podían presentar. Igualmente, se aclaró el tratamiento confidencial que se daría a los datos personales. Finalmente, fue planteada la disposición de los investigadores para responder cualquier duda que pudiera surgir o proporcionar información al participante respecto a procedimientos, riesgos, beneficios, entre otros aspectos que pudieran ser de su interés.

8 Resultados

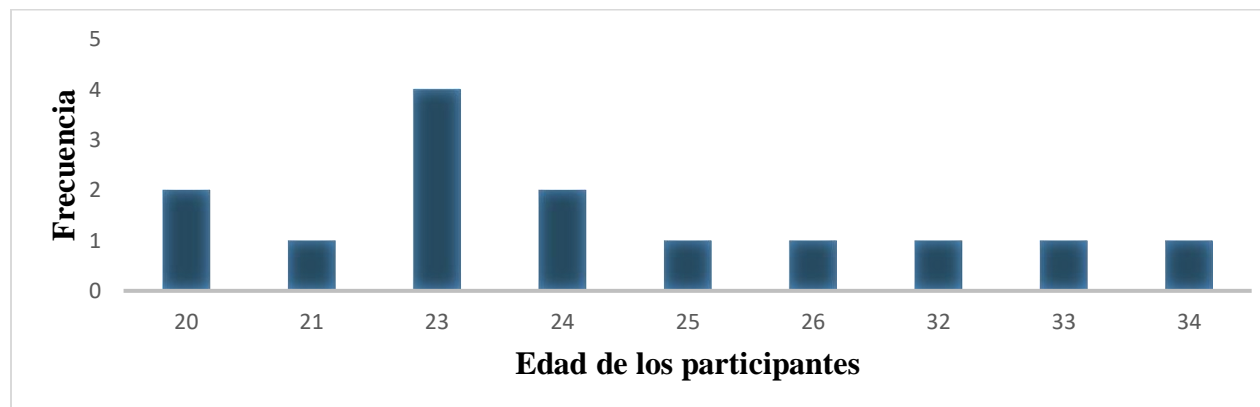
8.1 Caracterización sociodemográfica de los participantes

En el **Ilustración 1** se pueden evidenciar las edades de 14 individuos a quienes se les aplicó una encuesta sociodemográfica y 3 escalas para medir edorexia, impulsividad y desregulación emocional, respectivamente. Los reactivos fueron aplicados inicialmente a 20 personas, pero al momento de

calificar las pruebas solo los 14 que se muestran a continuación cumplieron con el diagnóstico de edorexia.

Dentro de los datos que se encuentran consignados en la siguiente tabla, se puede notar que las edades de los participantes estuvieron comprendidas entre los 20 y 34 años, teniendo mayor presencia los sujetos de 23 años. Lo anterior fue tomado como un dato significativo, en tanto da cuenta de que se cumplió con el criterio de edad propuesto para la presente investigación, al tiempo que ayudó a identificar cuáles son las edades donde se presenta mayor problemática de obesidad y edorexia en este estudio, a saber, en orden descendente: 23, 20 y 24 años.

Ilustración 1: Edad de los participantes



Fuente: Elaboración propia

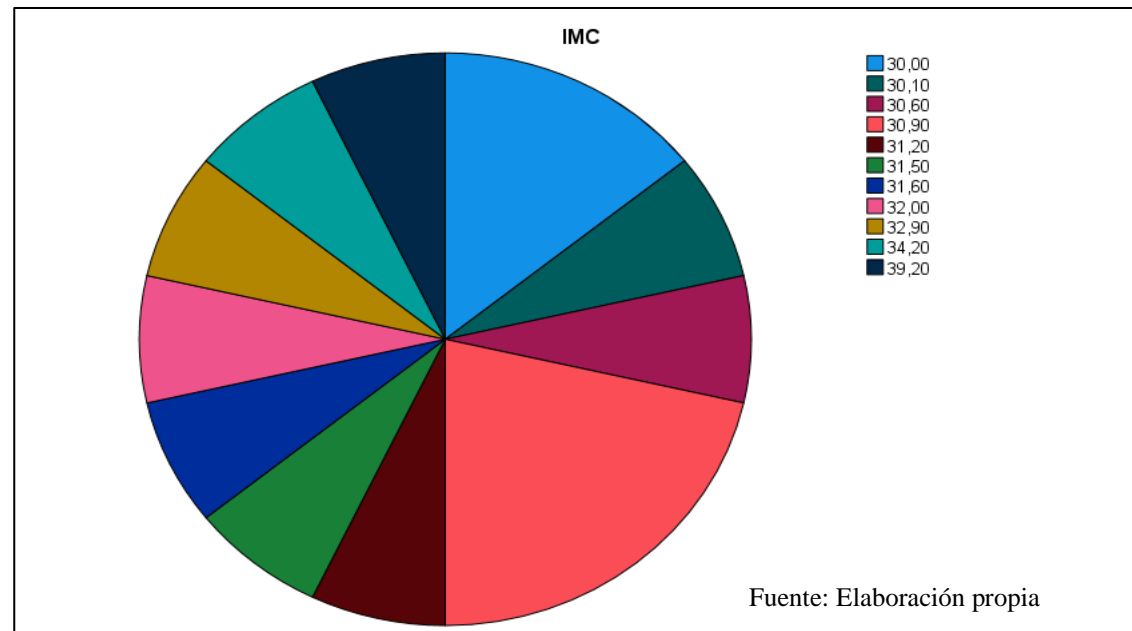
De igual forma, tomando como referencia la información relacionada con el Índice de Masa Corporal (IMC) disponible en la **Tabla 2**, se puede observar que los 14 participantes contaban con un IMC superior a 30, valor que, según la OMS (2021), representa la presencia de obesidad en un individuo. De acuerdo con lo planteado con antelación, se puede afirmar que la totalidad de la muestra cumplió con el criterio de obesidad requerido por los investigadores.

Tabla 2: Clasificación IMC

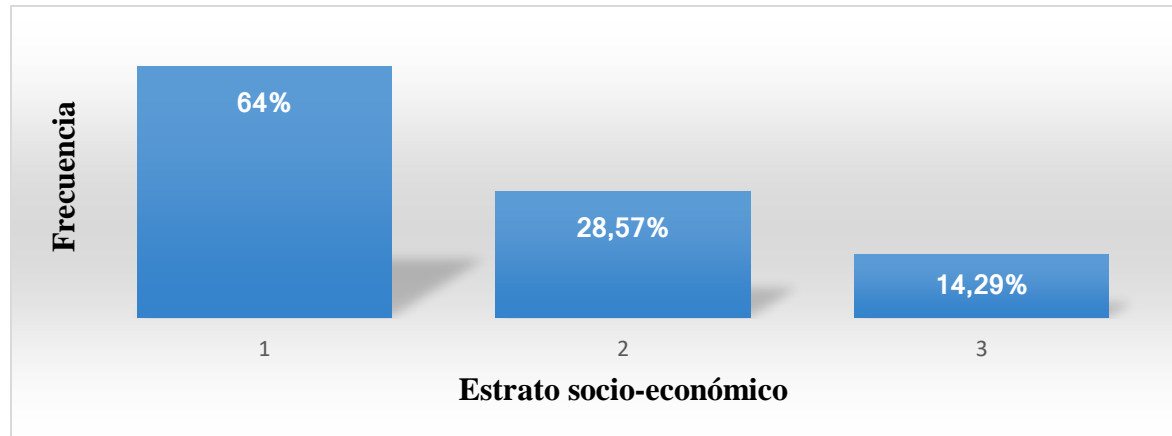
Clasificación	IMC
Bajo peso	Menor a 16
Normal	Entre 18.59 y 24.99
Sobrepeso	Entre 25.0 y 29.99
Obeso	Entre 30 y 39.99
Obeso tipo III	40

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, en la información proporcionada por los participantes es notorio que la mitad de la muestra correspondía a sujetos cuyo Índice de Masa Corporal está apenas por encima del dato mínimo requerido para afirmar la presencia de obesidad. En otro sentido, es destacable que uno de los individuos tiene una puntuación de 39.2 (**Ver Ilustración 2**), resultado que lo posicionaba muy cerca del puntaje mínimo para referirse a obesidad tipo III, cuadro clínico que consiste en una enfermedad crónica en la que la persona tiene exceso de tejido adiposo en su organismo. De igual forma, este tipo de obesidad representa un punto en que el cuerpo llega a límites que suponen un riesgo vital asociado a la presencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes, de acuerdo con los datos proporcionados por la OMS (2021).

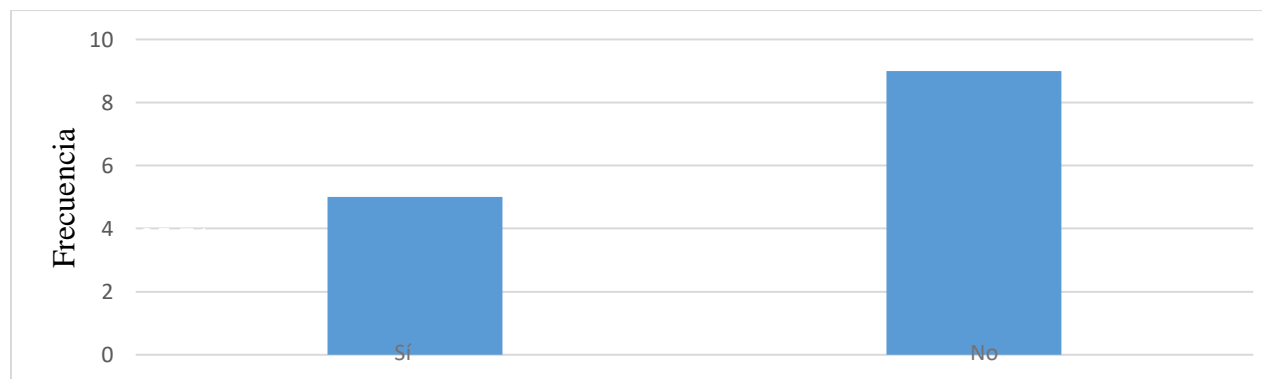
Ilustración 2: IMC de los participantes

Igualmente, el estrato socio-económico de los participantes representa un factor que fue tenido en cuenta dentro del estudio, ya que este funciona como dato representativo acerca del poder adquisitivo de los sujetos. Dentro de los datos recopilados (**Ilustración 3**) se puede observar que los individuos que participaron se encontraban mayormente en estrato 1, lo que permite inferir que su capacidad adquisitiva es baja. Lo anterior, se sustenta en un informe realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el 2007, donde dicha entidad afirma que “los estratos 1, 2 y 3 corresponden a estratos bajos que albergan a los usuarios con menores recursos”.

Ilustración 3: Estrato socio-económico

Fuente: Elaboración propia

Dentro del **Ilustración 4**, se puede notar que el 64% de la muestra no realizaba ningún tipo de actividad física/deportiva, a través de lo que fue posible abstraer que la obesidad puede encontrarse relacionada con el hecho de que la actividad motriz de los sujetos no alcanza a superar su ingesta calórica, lo cual favorece la ganancia de peso, tal como propone la OMS (2021) cuando afirma que “la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas”.

Ilustración 4: ¿Realiza algún tipo de actividad física o deportiva?

Fuente: Elaboración propia

8.2 Identificación de la edorexia como condición de base entre los participantes

Con el fin de dar cumplimiento al primer objetivo específico, a saber, “identificar la adicción a la comida (edorexia) en un grupo de adultos con obesidad con edades comprendidas entre los 20 y 35 años, residentes en el municipio de Puerto Berrío”, se aplicó la adaptación chilena de la *Escala YFAS* (**Anexo 1**) a 20 sujetos con obesidad, de los cuales 14 cumplieron con el diagnóstico de edorexia tras la calificación de la prueba.

La escala en mención cuenta con 25 reactivos, a los que se les asigna una calificación de 0 ó 1, dependiendo de las respuestas del participante y las instrucciones de calificación brindadas por Díaz (2014), tal como se indica en la **Tabla 3**:

Tabla 3: Instrucciones de calificación Escala YFAS

Preguntas	Instrucción de calificación brindada por el autor
19, 20, 21 y 22	Son calificadas con 0 cuando el puntaje asignado por el participante es 0, y con 1, cuando el puntaje es 1
24	Es calificada con 0 cuando el puntaje asignado es 1, y con 1, cuando el puntaje es 0
8, 10 y 11	Son calificadas con 0 cuando el puntaje va de 0 a 1, y con 1, cuando el puntaje va de 2 a 4
3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15 y 16	Se califican con 0 cuando el puntaje va de 0 a 2, y con 1, cuando se puntúa 3 ó 4
1, 2, 4 y 6	Cuando el puntaje asignado va de 0 a 3, se califican con 0, y cuando el puntaje es 4 se califica con 1

25	Es calificada con 0 cuando el puntaje va de 0 a 4, y con 1, cuando el puntaje es 5
17, 18 y 23	No son calificadas, pero representan ítems que permiten comprender mejor la presencia del diagnóstico

Fuente: Elaboración propia

La totalidad de ítems se encargan de evaluar 8 criterios (**Ver Tabla 4**) que, de acuerdo con su cumplimiento, determinarán la presencia de edorexia, teniendo como instrucción para el diagnóstico “que se cumplan 3 o más criterios” donde uno de ellos sea el número 8, que comprende un malestar o impedimento clínicamente significativo.

Tabla 4: Operacionalización de variables del cuestionario YFAS

Variable	Código	Definición operacional	Ítems
Consumo en cantidad o periodo mayor al deseado	YFAS Consumo en cantidad mayor al deseado	La ingesta de alimentos tales como (dulces, productos gaseosos o comida poco saludable) se realiza con una frecuencia superior a la que quisiera el sujeto.	1, 2, 3
Deseo persistente o frustrados intentos de dejarla	YFAS Frustrados intentos de dejarlo	El sujeto intenta/desea en varias ocasiones dejar el consumo de dulces, productos gaseosos o comida poco saludable, pero no obtiene resultados.	4, 22, 24, 25

Mucho tiempo/actividad para obtener, consumir o recuperarse	YFAS Mucho tiempo para recuperarse	Al individuo le cuesta abandonar sus conductas alimentarias y cuando las pone en práctica lo hace por una gran cantidad de tiempo.	5, 6, 7
Participación reducida en actividades sociales, laborales o recreativas	YFAS Participación reducida en actividades sociales	La persona reduce las relaciones sociales debido a que sus conductas alimentarias le causan malestar.	8, 9, 10, 11
Continúa la ingesta a pesar de conocer las consecuencias	YFAS Continúa la ingesta a pesar de conocer las consecuencias	Se tiene pleno conocimiento acerca de las consecuencias que acarrea el consumo desmedido de este tipo de alimentos (dulces, productos gaseosos o comida poco saludable), pero esto no representa motivo suficiente para suspender su ingesta.	19
Tolerancia	YFAS Tolerancia	Conforme pasa el tiempo de consumo la misma cantidad de alimentos produce menos efectos de satisfacción en el sujeto.	20, 21
Síntomas de abstinencia	YFAS Síntomas de abstinencia	Cuando se suspende el consumo de este tipo de alimentos (dulces, productos gaseosos o comida poco saludable) esto trae consigo sensaciones de	12, 13, 14

		nerviosismo e intranquilidad, así como sudoración y otras manifestaciones físicas.	
El consumo causa impedimento significativo	YFAS Causa impedimento significativo	La conducta alimentaria produce efectos negativos y fácilmente identificables en cuanto a la salud mental y física.	15, 16

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los datos obtenidos por los 14 participantes que cumplieron con el diagnóstico de edorexia, se encuentra que el criterio “Causa Impedimento Significativo” (Criterio 8), que hace referencia a que las limitaciones que produce la adicción a la comida se extienden por diferentes dimensiones de la vida del sujeto, fue cumplido por la totalidad de participantes, ya que su puntuación mínima fue 1, que corresponde, según las pautas de calificación del test, al puntaje mínimo para que se presente un criterio en un sujeto a quien le es aplicada la escala. Igualmente, el cumplimiento de este criterio por el total de la muestra resulta significativo, en tanto el método de calificación de la escala YFAS propone que el criterio 8 debe ser cumplido para poder dar un diagnóstico de edorexia.

De otro lado, también se puede destacar que los criterios 2 (Deseo persistente o frustrados intentos de dejarla) y 4 (participación reducida en actividades sociales, laborales o recreativas) fueron los más representativos dentro de la muestra, ya que su puntuación media fue superior a la de los demás, con una cifra de 2.2857 en ambos casos, con una desviación estándar de 0.91 para el criterio 2 y de 1.26 para el criterio 4, tal como puede apreciarse en la **Tabla 5**.

Tabla 5: Estadísticos descriptivos - Escala YFAS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
YFAS Total	14	3005,00	3015,00	3010,00	3,18651
YFAS Consumo en cantidad mayor al deseado	14	,00	3,00	1,2143	,80178
YFAS Frustrados intentos de dejarlo	14	1,00	4,00	2,2857	,91387
YFAS Mucho tiempo para recuperarse	14	1,00	3,00	1,5714	,64621
YFAS Participación reducida en actividades sociales	14	,00	4,00	2,2857	1,26665
YFAS Continúa la ingesta a pesar de las consecuencias	14	1,00	1,00	1,0000	,00000
YFAS Tolerancia	14	,00	2,00	1,3571	,63332
YFAS Síntomas de abstinencia	14	1,00	3,00	2,0000	,67937
YFAS Causa impedimento significativo	14	1,00	2,00	1,2857	,46881
N válido (por lista)	14				

Fuente: Elaboración propia

8.3 Resultados de la prueba de impulsividad BISS-11

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico: “evaluar la impulsividad en un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años residentes en el municipio de Puerto Berrio- Antioquia”, se aplicó la *Escala de impulsividad BISS-11* (**Anexo 2**) a los 14 participantes que cumplieron con el diagnóstico de edorexia. Dicha prueba consta de 30 ítems, a través de los que se evalúa la impulsividad teniendo en cuenta 3 subescalas (impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada). Los 30

reactivos del test se responden en una escala tipo likert (0, 1, 3, 4); la puntuación total de la escala se obtiene a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas en todos los reactivos y el valor de cada subescala se consigue sumando los puntos que le asignó el participante a los reactivos que las componen (Salvo & Castro, 2013).

De acuerdo con los datos presentados en la **Tabla 5**, se puede notar que el promedio de los participantes se encontró dentro de los niveles estables de impulsividad, esto se afirma teniendo en cuenta que la prueba propone que los resultados con puntuaciones entre 52 y 71 se encuentran en el rango normal con relación al resto de la población, y la media obtenida por la muestra respecto del resultado total de la escala es de 55 (DE 12.2).

Sumado a lo anterior, a propósito de la puntuación total del BISS-11 también es importante destacar que, por lo menos un participante, o bien parece tener demasiado control en sus acciones y pensamientos; o bien no respondió la escala con sinceridad. Lo anterior, se afirma con base en el hecho de que la puntuación mínima obtenida por la muestra se encuentra en 38 puntos (**Ver Tabla 6**) y, según la versión 11 de la prueba de Barratt, los niveles de impulsividad demasiado bajos se traducen en puntuaciones menores de 52. Finalmente, los datos de la puntuación total indican, a su vez, la presencia de, como mínimo, un sujeto altamente impulsivo, ya que se obtuvo una puntuación máxima de 79 y, de acuerdo con los baremos del BISS-11, se considera que un individuo con una puntuación superior a 72 puede presentar una amplia cantidad de rasgos y comportamientos que son propios de la impulsividad (Rodríguez, 2016).

En otro sentido, el promedio de sujetos que diligenciaron la escala se encontraban dentro de los niveles estables en cuanto a la sub-dimensión de *impulsividad cognitiva*. Lo anterior se evidencia en el hecho de que la media de dicha categoría fue de 16.1429 (DE 4.63) (**Ver Tabla 6**), dato que se posiciona casi en la mitad de la puntuación total que se puede obtener dentro de esta subescala, a saber, 32 puntos (Salvo & Castro, 2013).

De otro lado, también fue posible notar que la totalidad de la muestra tenía, por lo menos, algunos rasgos de *impulsividad cognitiva*, ya que la puntuación mínima se encontró en 9 puntos, lo que se puede traducir en que todos los participantes tienen cierta inclinación por la toma de decisiones de forma rápida. Finalmente, debe señalarse que en esta subescala no se contó con participantes

que superen los niveles normales de impulsividad cognitiva, ya que la puntuación máxima obtenida por la muestra fue de 25 puntos (**Ver Tabla 6**).

Por otra parte, se puede decir que los sujetos de la muestra presentaron niveles estables respecto de la práctica de actuar sin pensar previamente en las posibles consecuencias. Esto se afirma, ya que la media de la subescala de impulsividad motora es de 17.9286 (DE 6.14) y la puntuación máxima obtenida en la muestra fue 26, datos que se ubican dentro del promedio, teniendo en cuenta que en esta categoría se pueden obtener puntuaciones que comprenden un rango entre 0 y 40. De igual forma, es preciso mencionar que todas las personas de la muestra presentaron algunos rasgos que corresponden a la *impulsividad motora*, ya que la puntuación mínima que se obtuvo fue de 5 puntos.

En tercer lugar, en lo concerniente a la sub-escala denominada *impulsividad no planeada*, en ella pueden obtenerse puntuaciones entre 0 y 48, con base en las cuales se busca establecer si los sujetos manifiestan no preocuparse por las situaciones que se puedan vivir en el futuro, sino que tienden a prestar mayor atención a las vivencias del presente. Con base en lo anterior, es preciso afirmar que la muestra presentaba niveles normales dentro de la subescala, ya que la puntuación media fue de 20.9286 (DE 8,03) (**Ver Tabla 6**), dato que se posiciona cerca de la mitad de los puntos totales que pueden ser obtenidos en esta categoría, lo que puede evidenciar la presencia de personas que no se encuentran altamente despreocupadas por las vivencias del futuro.

Tabla 6: Estadísticos descriptivos - Escala BISS-11

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
BISS-11 Total	14	38,00	79,00	55,0000	12,20971
BISS-11 Impulsividad cognitiva	14	9,00	25,00	16,1429	4,63859
BISS-11 Impulsividad motora	14	5,00	26,00	17,9286	6,14522

BISS-11 Impulsividad no planeada	14	5,00	32,00	20,9286	8,03324
N válido (por lista)	14				

Fuente: Elaboración propia

8.4 Resultados de la Escala DERS

Con el propósito de dar cumplimiento al tercer objetivo específico: “evaluar la desregulación emocional en un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años residentes en el municipio de Puerto Berrío-Antioquia”, se aplicó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) (**Anexo 3**) a la muestra conformada por los 14 sujetos que cumplieron con los criterios diagnósticos de edorexia establecidos por el YFAS.

En lo concerniente a la prueba DERS, ella cuenta con 36 reactivos que evalúan la desregulación emocional en 6 factores (falta de conciencia emocional, falta de claridad emocional, no aceptación a las respuestas emocionales, dificultad en el control de impulsos, estrategias limitadas en el control de impulsos y dificultad en la conducta dirigida a metas) (**Ver Tabla 7**). Al momento de calificar la prueba, se suma el número que asignó el participante a cada reactivo. En este punto, es preciso mencionar que, al momento de calcular la puntuación obtenida de manera total o por sub-escalas, es indispensable tener en cuenta que existen 11 ítems que se puntúan de forma inversa.

Tabla 7: Operacionalización de variables - Escala DERS

Variable	Código	Definición operacional	Ítems	Ítems que se califican a la inversa	Puntuación posible

Falta de conciencia emocional	DERS Conciencia	Se tiene poco interés por reconocer la emoción experimentada	2, 6, 8, 10, 17, 34	2, 6, 8, 10, 17 y 34	De 6 a 30
Falta de claridad emocional	DERS Claridad	No se reconoce qué emoción se está vivenciando	1, 4, 5, 7, 9	1 y 7	De 5 a 25
No aceptación de las respuestas emocionales	DERS No aceptación	Se dificulta aceptar las características de la emoción que se está experimentando	11, 12, 21, 23, 25, 29, 30	Ninguno	De 7 a 35
Dificultad en el control de impulsos	DERS Impulsos	Se complejiza evitar algunos comportamientos cuando se siente determinada emoción	3, 14, 19, 24, 27, 32	24	De 6 a 30
Estrategias de regulación emocional limitadas	DERS Estrategias limitadas	El sujeto no cuenta con suficientes recursos para controlar sus emociones y evitar agobiarse por ellas durante largos periodos de tiempo	15, 16, 22, 28, 31, 35, 36	22	De 7 a 35

Dificultades en la conducta dirigida a metas	DERS Conducta dirigida a metas	Al se experimenta una emoción esto impide que el sujeto se concentre y consiga objetivos que se había propuesto (corto, mediano, largo)	13, 18, 20, 26, 33	20	De 5 a 25
--	---	--	-----------------------------	----	-----------

Fuente: Elaboración propia

Partiendo de los resultados obtenidos por los participantes en la investigación, se puede decir que ninguno de esos sujetos contó con niveles altos de dificultad en la regulación emocional, ya que en la variable total se obtuvo una media de 86.7857 (DE 20,83) y una puntuación máxima de 112, puntajes que se encontraban por debajo de los 127 puntos que según Gratz & Roemer (2004), representan un nivel alto de dificultad en materia de regular las emociones. De igual forma, ha de señalarse que todos los participantes presentaron un nivel bajo de desregulación emocional, ya que la puntuación mínima fue 50. En concordancia con lo anterior, es posible afirmar que, aunque la totalidad de participantes tenía rasgos de desregulación emocional (dificultad para reconocer y aceptar las emociones y las respuestas emocionales, dificultades en el control de impulsos cuando provienen de una respuesta emocional, carencia de estrategias que ayuden a regular las emociones, entre otros), estos indicios no representaban un malestar de alto grado para el individuo.

En otro sentido, se puede decir que los resultados promedio obtenidos por los participantes en cada uno de los 6 dominios de la prueba se hallaban en un nivel normal, ya que las puntuaciones de la media correspondieron, aproximadamente, a la mitad en las puntuaciones mínima y máxima que es posible sacar en cada una de las sub-dimensiones que conforman la Escala DERS (**Ver Tabla 8**). Lo afirmado con antelación, corresponde a que los sujetos que fueron evaluados contaban con estabilidad en cuanto a la aceptación y reconocimiento de emociones, la capacidad de regular el comportamiento cuando se está viviendo determinada emoción y el poder evitar que las emociones se conviertan en un determinante que impida la obtención de objetivos.

Tabla 8: Puntuación Sub-dimensiones DERS

Sub-dimensión	Puntuación mínima	Puntuación máxima	Promedio obtenido
Falta de conciencia emocional	6	30	15.2857
Falta de claridad emocional	5	25	12.2143
No aceptación a las respuestas emocionales	7	35	13.7857
Dificultad en el control de impulsos	6	30	14.0714
Estrategias limitadas en el control de impulsos	5	25	16.00
Dificultad en la conducta dirigida a metas	5	25	15.4286

Fuente: Elaboración propia

Continuando con el análisis de los estadísticos descriptivos asociados con la Escala DERS, se puede establecer que hubo algunos participantes con puntuaciones muy bajas en las diferentes sub-escalas del cuestionario, tal como puede apreciarse en las puntuaciones mínimas que se registran en la **Tabla 9**. La afirmación previa da cuenta de que los sujetos participantes en la muestra tenían un buen nivel aceptación hacia las respuestas comportamentales, físicas y psíquicas que se tienen cuando se presenta determinado estado emocional. Igualmente, representa que algunos individuos de la muestra contaban con la capacidad de controlar los impulsos que resultan como respuesta de experimentar ciertas emociones. Sumado a lo anterior, se puede concluir que las dificultades en cuanto a desregulación emocional no representaban una alteración para que los sujetos llevaran a cabo actividades que les permitieran cumplir sus objetivos.

Por otra parte, es importante resaltar que las puntuaciones máximas en las sub-escalas denominadas “*Estrategias limitadas en el control de impulsos*” y “*Dificultad en la conducta dirigida a metas*”, son indicativas de que algunos participantes presentaron dificultades en cuanto a el control de impulsos provenientes de la vivencia de algunas emociones y respecto a mantener un accionar que les permitiera el cumplimiento de sus metas (**Ver Tabla 9**).

Tabla 9: Estadísticos descriptivos - DERS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
DERS Total	14	50,00	112,00	86,7857	20,83333
DERS Conciencia	14	7,00	24,00	15,2857	5,10548
DERS Claridad	14	7,00	17,00	12,2143	3,33233
DERS No aceptación	14	7,00	23,00	13,7857	5,05628
DERS Impulsos	14	6,00	21,00	14,0714	4,89056
DERS Estrategias limitadas	14	8,00	25,00	16,0000	5,26235
DERS Conducta dirigida a metas	14	5,00	24,00	15,4286	5,37393
N válido (por lista)	14				

Fuente: Elaboración propia

8.5 Correlación entre edorexia, impulsividad y desregulación emocional

Con el fin de cumplir con el objetivo general de la investigación, a saber, “establecer el tipo de relación existente entre la adicción a la comida (edorexia), la impulsividad y la desregulación emocional en un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años, residentes en el municipio de Puerto Berrio-Antioquia”, se correlacionaron los datos recolectados acerca de las variables de interés. Para esto, se realizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk a los valores totales de cada prueba, así como sus correspondientes sub-escalas. A este respecto, es importante especificar que se seleccionó la prueba de normalidad en mención, ya que el número de participantes en el estudio (14) es menor a 50.

Teniendo en cuenta los datos presentados en la **Tabla 10**, se puede notar que hubo una distribución normal de los datos en la puntuación total de los tres instrumentos utilizados para la recolección de información (YFAS: 0.379; BISS-11: 0.635; DERS: 0.215).

De igual manera, los resultados de las puntuaciones por sub-escalas de las pruebas BISS-11 y DERS tuvo una distribución normal, a saber: BISS-11 (sub-esc 1: 0.569; sub-esc 2: 0.242; sub-esc 3: 0.102) y DERS (sub-esc 1: 0.873; sub-esc 2: 0.262; sub-esc 3: 0.260; sub-esc 4: 0.478; sub-esc 5: 0.398; sub-esc 6: 0.661).

Por otra parte, en lo que respecta a las subescalas del instrumento YFAS, la relativa a la *Participación reducida en actividades sociales* presentó unos datos con distribución normal ($p: 0.096$). Otro es el panorama en 6 de las 7 restantes sub-escalas del YFAS (*Consumo en cantidad mayor al deseado*, $p: 0.022$; *Frustrados intentos de dejarlo*, $p: 0.11$; *Mucho tiempo para recuperarse* $p: 0.002$; *Tolerancia* $p: 0.002$; *Síntomas de abstinencia* $p: 0.007$ y *Causa impedimento significativo* $p: <0.001$), toda vez que en ellas los datos no presentaron una distribución normal, ya que sus puntuaciones en la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk tuvieron un valor menor a 0.05 (Ver **Tabla 10**).

En cuanto a la sub-escala del YFAS denominada *Continúa la ingesta a pesar de las consecuencias*, los datos asociados a ella fueron constantes en la muestra, de allí que no pueda establecerse a su respecto juicio alguno en términos de distribución, toda vez que no se presentaron variaciones (Ver **Tabla 10**).

Tabla 10: Pruebas de normalidad - Escalas YFAS. BISS-11, DERS

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
YFAS Total	,184	14	,200*	,937	14	,379
YFAS Consumo en cantidad mayor al deseado	,320	14	<,001	,850	14	,022
YFAS Frustrados intentos de dejarlo	,337	14	<,001	,827	14	,011
YFAS Mucho tiempo para recuperarse	,312	14	<,001	,758	14	,002

YFAS Participación reducida en actividades sociales	,214	14	,083	,895	14	,096
YFAS Continúa la ingesta a pesar de las consecuencias	.	14	.	.	14	.
YFAS Tolerancia	,285	14	,003	,771	14	,002
YFAS Síntomas de abstinencia	,286	14	,003	,810	14	,007
YFAS Causa impedimento significativo	,443	14	<,001	,576	14	<,001
BISS-11 Total	,143	14	,200*	,955	14	,635
BISS-11 Atención	,169	14	,200*	,951	14	,569
BISS-11 Impulsividad motora	,191	14	,176	,923	14	,242
BISS-11 Impulsividad no planeada	,196	14	,151	,897	14	,102
DERS Total	,153	14	,200*	,919	14	,215
DERS Falta de conciencia emocional	,099	14	,200*	,970	14	,873
DERS Falta de Claridad Emocional	,165	14	,200*	,925	14	,262
DERS No aceptación De La respuesta emocional	,202	14	,128	,925	14	,260
DERS Dificultad en el control de impulsos	,146	14	,200*	,944	14	,478
DERS Estrategias limitadas de regulación emocional	,141	14	,200*	,938	14	,398
DERS Dificultades en la conducta dirigida a metas	,171	14	,200*	,956	14	,661

Fuente: Elaboración propia

En acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba de normalidad, se utilizó el **Coefficiente de Correlación de Pearson** para el cálculo de las relaciones entre las variables de edorexia, impulsividad y desregulación emocional, evaluadas por las escalas YFAS, BISS-11 y DERS, respectivamente.

En la **Tabla 11** se evidencia que no se presentó una correlación entre la edorexia y la impulsividad, esto se afirma, debido a que el resultado obtenido en la correlación de Pearson es de 0.057, valor que se encuentra muy cerca de 0 (cero). Así mismo, es menester señalar que, de acuerdo con el valor de la significancia entre estas dos variables ($p= 0.423$), es probable que los resultados obtenidos en esta correlación fueran producto del azar, por lo que no se consideraron estadísticamente significativos.

Sumado a lo anterior, también se pudo notar que no hubo correlación en las variables desregulación emocional y edorexia, ya que el dato arrojado por la correlación de Pearson fue de -0.029, siendo preciso mencionar que este resultado es poco significativo estadísticamente, debido a que su resultado en significancia es de 0.461, un valor que supera el margen recomendado de $p= 0.05$.

En cuanto a las variables impulsividad y desregulación emocional, se presenta una correlación que tendía a ser positiva en tanto su resultado de 0.497 en la prueba de correlación de Pearson. De igual forma, con base en el valor de significancia obtenido ($p= 0.035$), se puede decir que es poco probable que la relación detectada entre las variables se encontrara ligada al azar, de allí que resulte estadísticamente significativa (**Ver Tabla 11**).

Tabla 11: Correlaciones YFAS, BISS-11 y DERS

		YFAS Total	BISS-11 Total	DERS Total
YFAS Total	Correlación de Pearson	1	,057	-,029
	Sig. (unilateral)		,423	,461
	N	14	14	14

BISS-11 Total	Correlación de Pearson	,057	1	,497*
	Sig. (unilateral)	,423		,035
	N	14	14	14
DERS Total	Correlación de Pearson	-,029	,497*	1
	Sig. (unilateral)	,461	,035	
	N	14	14	14

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, se puede notar que la subescala “*Síntomas de abstinencia*” del cuestionario YFAS, se relaciona negativamente con la subescala “*Impulsividad motora*” del instrumento DERS. Lo anterior, se afirma tomando como referencia que el **Coefficiente de correlación de Spearman** es de -0.543, resultado que es poco probable que dependa del azar, ya que se acompaña de una significancia de 0.045, como se muestra en la **Tabla 12**.

Otro hallazgo relevante tiene que ver con que la dimensión “*Impulsividad motora*” del cuestionario BISS-11, se correlaciona significativamente ($p=0,027$) y, de manera positiva, con la subescala “*Tolerancia*” que se encuentra en el instrumento YFAS, ya que el **Rho de Spearman** obtenido es de 0.525, lo que significa que ambas variables incrementan su valor de manera directamente proporcional.

En otro sentido, las variables “*Impulsividad motora*” del cuestionario BISS-11 y “*síntomas de abstinencia*” (YFAS) tiene una significativa ($p=0,022$) correlación negativa, en tanto el valor obtenido por **coeficiente de Spearman** es de -0.543, resultado que hace referencia a un aumento o disminución inversa entre ambas variables, es decir, si una de las dos aumenta la otra tiende a disminuir.

Tabla 12: Correlación YFAS - BISS-11

			YFAS Tolerancia	YFAS Síntomas de abstinencia	BISS11 Impulsivi- dad motora
Rho de Spearman	YFAS Tolerancia	Coefficiente de correlación	1,000	-,197	,525*
		Sig. (unilateral)	.	,250	,027
		N	14	14	14
	YFAS Síntomas de abstinencia	Coefficiente de correlación	-,197	1,000	-,543*
		Sig. (unilateral)	,250	.	,022
		N	14	14	14
	BISS11 Impulsividad motora	Coefficiente de correlación	,525*	-,543*	1,000
		Sig. (unilateral)	,027	,022	.
		N	14	14	14

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).

Fuente: Elaboración propia

También se encuentra una correlación significativa entre dimensiones pertenecientes al cuestionario YFAS, como son: “*consumo causa impedimento significativo*” y “*consumo en cantidad o periodo mayor al deseado*”, de tipo positivo ($r = 0.634$; $p = 0.007$). De igual manera, “*consumo causa impedimento significativo*” se relaciona positivamente con “mucho tiempo/actividad para obtener, consumir o recuperarse”, con un **coeficiente de Spearman** de 0.680 ($p = 0.004$).

Por otro lado, existe una correlación positiva entre las variables “consumo causa impedimento significativo” y “participación reducida en actividades sociales, laborales o recreativas”, con un $r = 0.549$ y una significancia de 0.021. Lo planteado con antelación corresponde a un aumento o disminución proporcional entre las variables que se correlacionan (**Ver Tabla 13**).

Tabla 13: Correlación entre variables del cuestionario YFAS

			YFAS Consumo en cantidad mayor al deseado	YFAS Mucho tiempo para recuperar se	YFAS Participación reducida en actividades sociales	YFAS Causa impedimento significativo
Rho de Spearman	YFAS Consumo en cantidad mayor al deseado	Coefficiente de correlación	1,000	,408	,488*	,634**
		Sig. (unilateral)	.	,074	,038	,007
		N	14	14	14	14
	YFAS Mucho tiempo para recuperarse	Coefficiente de correlación	,408	1,000	,426	,680**
		Sig. (unilateral)	,074	.	,065	,004
		N	14	14	14	14
	YFAS Participación reducida en actividades sociales	Coefficiente de correlación	,488*	,426	1,000	,549*
		Sig. (unilateral)	,038	,065	.	,021
		N	14	14	14	14

YFAS Causa impedimento significativo	Coefficiente de correlación	,634**	,680**	,549*	1,000
	Sig. (unilateral)	,007	,004	,021	.
	N	14	14	14	14

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, dentro de los datos recolectados se encuentran correlaciones entre algunas variables de los tres instrumentos utilizados (**Ver Tabla 14**). En primer lugar, el factor “*tolerancia*” del cuestionario YFAS se relaciona positivamente con la sub-escala “*impulsividad motora*” de la prueba BISS-11, con un resultado de 0.525 ($p = 0,027$). En segundo lugar, la *impulsividad no planeada* de la escala BISS-11, se correlaciona de forma positiva con la sub-escala *atención*, del mismo cuestionario, con un valor de Spearman de 0.642 ($p = 0,007$). En última instancia, se encuentra una correlación positiva entre las variables “*impulsividad no planeada*” del BISS-11 y “*falta de conciencia emocional*” de la escala DERS, con un coeficiente de Spearman de 0.715 ($p = 0,002$). En este punto, es preciso mencionar que las correlaciones expuestas anteriormente refieren a una disminución o aumento de los datos en ambas variables (si una aumenta la otra también y viceversa). Igualmente, es necesario destacar que los resultados obtenidos no son producto del azar, ya que la significancia unilateral de los valores es menor a 0.05.

Tabla 14: Correlación entre algunas variables de YFAS - BISS-11 - DERS

			DERS Falta de conciencia emocional	BISS11 Impulsividad motora
YFAS Tolerancia	BISS11 Impulsividad no planeada	BISS11 Atención		

Rho de Spearman	YFAS Tolerancia	Coefficiente de correlación	1,000	,192	,217	,435	,525*
		Sig. (unilateral)	.	,255	,228	,060	,027
		N	14	14	14	14	14
	BISS11 Impulsividad no planeada	Coefficiente de correlación	,192	1,000	,642**	,715**	-,052
		Sig. (unilateral)	,255	.	,007	,002	,430
		N	14	14	14	14	14
	BISS11 Atención	Coefficiente de correlación	,217	,642**	1,000	,387	-,065
		Sig. (unilateral)	,228	,007	.	,086	,412
		N	14	14	14	14	14
	DERS Falta de conciencia emocional	Coefficiente de correlación	,435	,715**	,387	1,000	,393
		Sig. (unilateral)	,060	,002	,086	.	,082
		N	14	14	14	14	14
	BISS11 Impulsividad motora	Coefficiente de correlación	,525*	-,052	-,065	,393	1,000
		Sig. (unilateral)	,027	,430	,412	,082	.

N	14	14	14	14	14
---	----	----	----	----	----

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).

Fuente: Elaboración propia.

9 Discusión

Con el fin de dar cuenta de si existe o no una correlación entre las variables edorexia, impulsividad y desregulación emocional, es importante abordar algunos hallazgos socio-demográficos que se obtuvieron de la muestra poblacional con que se realizó el estudio. La edad comprendida por los participantes estuvo entre 20 y 35 años, aunque es preciso tener en cuenta que la mayor parte de los sujetos contaba con edades entre los 20 y 26 años. Haber contado con un rango de edad reducido (entre 20 y 26 años) puede estar relacionado con el hecho de que usualmente en edades similares se comparten condiciones de vida que pueden condicionar algunos comportamientos, incluyendo en estos los hábitos alimentarios. Lo anterior ocurre también en las investigaciones de Rodríguez et al, (2019); López, (2018); López et al, (2019) y Vidmar et al, (2021), en las cuales fueron abordadas poblaciones con un rango no superior a 15 años de diferencia entre sí, decisión que fue tomada al reconocer la posibilidad de que se tenga un estilo de vida equivalente y condiciones de salud física y mental equiparables.

En el mismo sentido, es de resaltar que todos los individuos de la muestra presentan un cuadro de obesidad, criterio que se tomó como aspecto necesario para la participación en la investigación, esto, debido a que diversos autores reconocen la edorexia como un trastorno psicológico que facilita las condiciones para desarrollar un estado físico de obesidad (López & Garcés, 2013; Vidmar, et al, 2021). Por lo anterior, resultó inquietante las cifras que se presentan en materia de obesidad, en tanto esta condición se reconoce como una problemática de salud creciente a nivel mundial, acerca de la cual el territorio colombiano no es ajeno, teniendo índices que, según Minsalud (2021), superan el 60% de la población adulta. Las cifras expuestas anteriormente, son similares a las que se presentan en Puerto Berrio donde esta condición se ha convertido en una afección que permea la salud de los habitantes del municipio ribereño, con un 42% de habitantes con sobrepeso y obesidad, según el Hospital Cesar Uribe Piedrahita en 2018. Por lo anterior, se propone la obesidad como factor condicionante para los participantes, en tanto a través de la literatura revisada para el presente estudio se reconoce a la misma como una característica presente en muchos sujetos que presentan diagnóstico de edorexia.

Finalmente, se tomó una muestra con participantes obesos con edorexia, debido a que estudios con personas que contaban con estas características han demostrado la presencia de antojos alimentarios, consumo de alimentos procesados en respuesta a estados

emocionales negativos y comportamientos impulsivos, particularidades que no se evidencian comúnmente en personas normo-peso con adicción a la comida (Schulte & Gearhardt, 2020), aunque en la presente investigación no se encontró evidencia suficiente para afirmar que las personas con obesidad del municipio de Puerto Berrio presenten niveles elevados de impulsividad y desregulación emocional.

Así mismo, dentro de los datos socio-demográficos recolectados se tuvo en cuenta la actividad física que realizan los participantes, en tanto esta práctica es utilizada frecuentemente por las personas con edorexia como mecanismo de ayuda para evitar subir de peso o en respuesta a una posible pérdida de control. De igual manera, el ejercicio físico ha sido tomado como una posible respuesta ante la sensación de culpa que se produce tras la ingesta desmedida de alimentos (López, et al, 2019). De acuerdo con lo anterior, es importante resaltar que solo 5 participantes de la muestra (n=14) afirmaron realizar algún tipo de actividad física deportiva, por lo cual, se presume que la mayoría de los participantes no ha presentado conductas de evitación asociadas a sus hábitos alimenticios y al aumento de peso que se manifiesten por medio de la realización de ejercicio físico.

En general, los datos recopilados a partir de la encuesta sociodemográfica permiten asimilar que la adicción a la comida juega un papel fundamental en el estilo de vida de los participantes, en tanto se representan como personas con hábitos alimenticios basados en el consumo desmedido de alimentos que generan una respuesta placentera (dulces, gaseosas, comidas rápidas, entre otros que se mencionan en el YFAS) y con estilos de vida poco saludables, en tanto su participación en actividades deportivas es mínima, comportamientos que pueden representar factores de riesgo para desarrollar obesidad, resultados que se asocian con los postulados de López & Garcés, 2012; López, 2018, quienes afirman que las personas con edorexia cuentan con una desinhibición del comportamiento alimentario que suele propiciar un aumento significativo en el peso corporal.

En otro sentido, para dar cumplimiento al primer objetivo específico se aplicó una adaptación chilena de la escala YFAS, a través de la cual se mide la adicción a la comida conforme a ciertos parámetros que son tenidos en cuenta para la detección de adicción a sustancias (Díaz, 2014). El instrumento es diseñado de esta forma, ya que en diversos estudios se han encontrado similitudes orgánicas y comportamentales entre la edorexia y la adicción a sustancias (López, et al, 2013; Agüera, et al, 2016; López, 2017; Hernández, et al, 2018; Betancor, et al, 2019; Rojas, et al, 2020). La aplicación del instrumento mencionado con antelación se realizó a 20 sujetos con

obesidad, de los cuales 14 cumplieron con la puntuación necesaria para el diagnóstico de edorexia. El dato presentado anteriormente, indica que el 70% de la población con obesidad inicialmente contactada presenta adicción a la comida.

Por otra parte, al aplicar la escala YFAS fue posible cumplir con uno de los criterios de inclusión planteados en la investigación, en tanto se pudo asegurar que la totalidad de la muestra presentaba un diagnóstico de edorexia.

Otro aspecto de vital importancia para la presente investigación es la impulsividad, abordada como una serie de comportamientos que realiza el sujeto con el fin de obtener sensaciones y experiencias placenteras, sin considerar las posibles consecuencias. Igualmente, la impulsividad es tenida en cuenta como un aspecto de la persona que favorece las conductas de adicción, en tanto los sujetos impulsivos tienden a tener mayor sensibilidad a los efectos de algunos reforzadores. Así pues, comprender la edorexia como un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una relación de adicción con la comida, permite que la impulsividad sea reconocida por algunos autores como un rasgo predominante dentro de este cuadro psicopatológico (Maxwell, et al, 2020; Schulte & Gearhardt, 2021). Por lo anterior, la variable de impulsividad fue medida en los 14 individuos que obtuvieron un diagnóstico de edorexia, utilizando para ello la escala de impulsividad de Barratt (BISS-11).

En la muestra evaluada, los datos respecto a la impulsividad demostraron que la mayoría de participantes presentaron niveles estables de impulsividad, con valores entre 39 y 79 puntos, lo que permite afirmar que, si bien en otros estudios (Jáuregui & Santiago, 2017; Maxwell, et al, 2020; Schulte & Gearhardt, 2020) la impulsividad ha sido una constante entre los sujetos con adicción a la comida, en la presente investigación esto no se encuentra como regla general, teniendo en cuenta que la media estadística fue de 55 puntos, con una desviación estándar de 12.20, que permite que los datos fluctúen en valores que se encuentran dentro de los parámetros que propone Rodríguez (2016) como puntuaciones que representan estabilidad en cuanto a la impulsividad.

En concordancia con lo anterior, en las diferentes subescalas que componen la prueba obtuvieron resultados que se mantienen dentro de un rango que representa estabilidad, lo que se traduce en sujetos con capacidad de pensar acerca de las acciones que van a desempeñar, concentrarse con facilidad en las tareas realizadas, analizar las posibles consecuencias de sus acciones y brindar la importancia necesaria a las vivencias del presente y del futuro. Esto resulta interesante, en tanto los individuos de la muestra cuentan

con capacidades que, según Jáuregui & Santiago (2017), les permitirían controlar la conducta alimentaria y evitar así conductas de ingesta excesiva de alimentos. No obstante, los resultados obtenidos en la escala YFAS apuntan a que la adicción a los alimentos, en este caso, no se encuentra directamente relacionada a los efectos de la impulsividad.

Por su parte, la desregulación emocional es comprendida dentro de esta investigación como una dificultad que se encuentra presente en algunas personas para regular sus emociones y para controlar ciertos comportamientos asociados a determinado estado emocional. Por esto, la desregulación emocional representa un factor que se encuentra asociado a la psicopatología, en tanto los sujetos que no cuentan con suficientes capacidades para sobrellevar la experiencia afectiva tiene mayores probabilidades de experimentar algún tipo de trastorno psicológico, como propone Silva (2005). En relación con los anterior, la desregulación emocional representa un factor predisponente para el padecimiento de trastornos de la conducta alimentaria, debido a que la ingesta o supresión de alimentos se lleva a cabo como un mecanismo para disminuir los efectos de las emociones que se consideran negativas (Rivarola, 2017).

Sumado a lo anterior, existen estudios que concluyen que el factor emocional es uno de los componentes base de la adicción a la comida, por lo que algunos médicos que trabajan con procesos de pérdida de peso recomiendan a sus pacientes mantener paulatinamente un proceso terapéutico para abordar el llamado “comer emocional”. Lo anterior, se sustenta a partir de un estudio realizado por Hernández, et al (2018) quienes han afirmado que:

El 92 % de los entrevistados opinó que cuando existe un aumento de peso también subyace algún problema emocional, de modo que plantearon que la clave para lograr con más probabilidad el objetivo (Mediante la comprensión de los procesos biopsicosociales que subyacen a la ingesta excesiva de alimentos, se desea encontrar la solución a la epidemia de la obesidad) propuesto es conseguir un mayor autocontrol sobre las conductas y las emociones (p.3).

Considerando que la desregulación emocional se encuentra ligada a desordenes en las conductas alimentarias, surgió para López (2018) el interés de estudiar la posible relación de este fenómeno con la edorexia, obteniendo resultados que permiten relacionar la

carencia de habilidades para la gestión de emociones con el abuso desmedido de ciertos alimentos, teniendo en cuenta que en estas personas la comida es utilizada como un alivio para los estados emocionales que resultan desagradables para el sujeto o que este no logra comprender. En función de lo planteado, se evaluó la desregulación emocional a los 14 sujetos pertenecientes a la muestra tomada por el presente estudio, utilizando para ello la escala de desregulación emocional (DERS) en su versión española, que consta de 36 ítems encargados de evaluar 6 factores que corresponden a las capacidades de regulación emocional en el sujeto.

Los resultados obtenidos a partir del instrumento mencionado con antelación, permiten concluir que la mayoría de los participantes presenta niveles estables de desregulación emocional, al encontrar una media de 86.78 con una desviación estándar de 20.83, que permite que los resultados fluctúen entre los niveles que proponen Gratz & Roemer (2004). Cualitativamente, los datos obtenidos en la aplicación de la escala corresponden a personas con capacidades moderadas para reconocer y procesar apropiadamente las emociones experimentadas, evitando así comportamientos que puedan resultar nocivos.

Estos hallazgos posibilitan afirmar que la muestra analizada presenta grandes diferencias con los parámetros establecidos por Díaz (2014) para la condición de adicción a la comida, ya que, si bien presenta el diagnóstico de base (edorexia), algunas características propias del trastorno no se encuentran presentes en los participantes, como son los altos niveles de desregulación emocional que traen como respuesta el comer emocional (Rivarola, 2017; Schulte & Gearhardt, 2020; Maxwell, et al, 2020), lo que permite preguntarse acerca de las características que se presentan como un rasgo determinante dentro de este cuadro diagnóstico, ya que las conocidas hasta el momento no se presentan en todos los casos de edorexia, y acerca de la determinación que ejerce el contexto socio cultural sobre las estrategias de afrontamiento de los sujetos con edorexia, en tanto los estudios revisados corresponden a los Estados Unidos y a países europeos, cuya realidad social difiere de la colombiana, lo que puede causar que no se presente impulsividad y desregulación emocional en sujetos colombianos con edorexia.

Por lo cual, es preciso decir que los resultados obtenidos en la presente investigación no generan información concluyente respecto a las motivaciones que tienen los individuos con edorexia para mantener hábitos alimentarios que pueden generar un deterioro en su salud, cuestión que se tiene en cuenta dentro de la justificación del presente escrito. Lo anterior, se afirma teniendo en presente que

no se halló correlación significativa ($r = -0.029$ $p = 0.461$) entre las variables de interés que se evaluaron junto a la adicción a la comida (impulsividad y desregulación emocional).

En otro sentido, de acuerdo con lo propuesto en el objetivo general del estudio, se consideró necesario realizar un análisis de correlación entre las variables de interés (Ver Tabla 14), encontrando que dentro de la muestra no se presenta una relación entre la edorexia, impulsividad y desregulación emocional, esto se afirma al encontrar valores muy cercanos a 0. Así pues, los resultados obtenidos se contraponen a los hallazgos de la investigación de Agüera, et al, (2016), donde se encontró una correlación positiva de 0.87 entre la edorexia y la regulación emocional; y a los hallazgos de López & Garcés (2012), que afirman la presencia de una correlación de 0.4 entre la adicción a la comida y la impulsividad. Lo expresado con antelación, podría significar que las personas con edorexia participantes en este estudio no suelen presentar un comportamiento ligado a la impulsividad ni a la desregulación emocional, por lo que sus hábitos alimentarios, en principio, no estarían relacionados con aspectos de su personalidad ni como respuesta a un comer emocional.

Lo anterior, permite negar la hipótesis planteada en la presente investigación, donde se proponía una correlación de 0.7 ($p = 0.05$), lo cual puede deberse a la aplicación de instrumentos de auto-informe, lo que posibilita que los participantes no sean sinceros en la totalidad de sus respuestas por temor a un posible juicio acerca de su persona. Igualmente, el incumplimiento de la hipótesis de correlación puede estar relacionado con las diferencias existentes en el ámbito contextual entre los individuos que participaron en los estudios seleccionados para la revisión de antecedentes y la muestra de la comunidad porteña que fue seleccionada para esta investigación.

Ahora bien, no obstante a lo anterior, hubo algunas subdimensiones de las variables analizadas que tuvieron una correlación estadísticamente significativa, como son la *tolerancia al consumo de alimentos*¹⁷ y la *impulsividad motora*¹⁸ $r = 0.52$ ($p = 0.05$), esta última caracterizada por comportamientos que se realizan sin tener en cuenta las posibles consecuencias. Estas subescalas presentan similitudes en, específicamente, 3 ítems que corresponden a aumentar el consumo de alimentos para obtener las sensaciones esperadas

¹⁷ Tolerancia al consumo de alimentos: Subdimensión de la escala YFAS con la cual se evaluó la edorexia.

¹⁸ Impulsividad motora: Subdimensión de la escala BISS-11 con la cual se evaluó la impulsividad.

(ítem 20 del YFAS) y la carencia de autocontrol y comportamientos impulsivos que se encuentran en los reactivos 6 y 15 del BISS-11, por lo que una mayor tolerancia a los alimentos propende a aumentar los comportamientos impulsivos respecto a la ingesta alimentaria en el sujeto.

Así mismo, la *impulsividad motora* se relaciona positivamente con los *síntomas de abstinencia*¹⁹, con una importante cercanía entre los reactivos 9 y 12, en los que se hace referencia a la dificultad que se presenta en algunos sujetos para estar quietos por un periodo de tiempo prolongado, y la sensación de intranquilidad, angustia y síntomas físicos que se presentan en la edorexia, respectivamente, que pueden estar relacionados en tanto los síntomas de edorexia mencionados con antelación impiden que el sujeto se mantenga inmóvil durante mucho tiempo, al tener que responder a las necesidades emocionales y fisiológicas.

Paralelamente, los resultados de la muestra presentan correlación positiva entre las variables de *impulsividad cognitiva*²⁰ e *impulsividad no planeada*²¹, hallando convergencias entre el contenido de los reactivos 1, 5, 11, 13 y 30 del cuestionario BISS-11, que hacen referencia a la dificultad de un sujeto con un alto grado de impulsividad para pensar acerca de cosas que le resultan complicadas y las deficiencias en cuanto a la planificación de tareas, actividades y perspectivas frente al futuro, lo cual presenta similitud con la afirmación de Squillace, et al (2011), cuando aseveran que una persona con altos niveles de impulsividad no prevé las consecuencias de su accionar y no tiene en cuenta las consecuencias futuras que pueda presentar su comportamiento.

De modo similar, se correlacionan positivamente la *impulsividad no planeada* (BISS-11) y el factor *falta de conciencia emocional*²² de la escala DERS $r = 0.715$ ($p=0.01$), que refieren a la tendencia de los individuos impulsivos para evitar las cosas o pensamientos que puedan causar perturbación, así como la falta de atención que se le presta a las emociones que se vivencian y la disminución de la importancia que tienen los diferentes estados emocionales en el sujeto. Lo anterior, permite inferir que conforme aumentan las emociones consideradas como negativas, también se produce un crecimiento en la evitación de pensamientos que puedan

¹⁹ Síntomas de abstinencia: Subdimensión de la escala YFAS con la cual se evaluó la edorexia.

²⁰ Impulsividad cognitiva: Subdimensión de la escala BISS-11 con la que se evaluó la impulsividad.

²¹ Impulsividad no planeada: Subdimensión de la escala BISS-11 con la que se evaluó la impulsividad.

²² Falta de conciencia emocional: Subdimensión de la escala DERS con la cual se evaluó la desregulación emocional.

estar relacionados con estas, y viceversa, para el caso, se puede inferir que la evitación de emociones negativas se da a través de la ingesta desproporcionada de alimentos que se presenta en la edorexia, lo cual representa uno de los motivos por los que autores como Jáuregui & Santiago, (2017); y Rivarola, (2017) relacionan la impulsividad y desregulación emocional con los trastornos de la conducta alimentaria, en este caso la edorexia.

Desde otra perspectiva, se halló correlación positiva entre diferentes subescalas del instrumento YFAS, como son *consumo en cantidad o periodo mayor al deseado* y *participación reducida en actividades sociales, laborales o recreativas* [$r = 0.48$ ($p=0.05$)], lo que significa que, a medida que aumentan el consumo excesivo de alimentos (aun cuando no se tenga hambre) o se experimente incomodidad corporal, se presenta un aumento de la evitación a la asistencia a eventos o situaciones sociales por miedo a no encontrar cierto tipo de comida, o por temor a comer excesivamente frente a los demás, lo que implica un posible deterioro en el aspecto social del sujeto (López & Garcés 2012).

De manera similar, la dimensión *consumo en cantidad o periodo mayor al deseado*²³ tiene una correlación positiva con la subescala, *consumo causa impedimento significativo*²⁴, teniendo en cuenta que los ítems en que se encuentra mayor similitud son el 3 y el 15, que abordan contenidos referidos al malestar físico y psicológico que puede ser producido tras comer en exceso, esta correlación puede hacer referencia al estado en que se encuentra el bienestar general de los participantes, lo que permite inferir que la muestra que participó en la presente investigación cuenta con cierto deterioro en diferentes esferas propiciado por la adicción a la comida.

Por último, las subescalas del YFAS “*participación reducida en actividades sociales, laborales o recreativas*” y el “*consumo causa impedimento significativo*” presentan una correlación positiva [$r = 0.54$ ($p=0.05$)], resaltando de la primera que se pasa mucho tiempo tratando de manejar sentimientos negativos producto del consumo de alimentos y, de la segunda, un constante comportamiento de angustia y ansiedad, lo cual permea de forma negativa la calidad de vida de los individuos.

²³ Consumo en cantidad o periodo mayor al deseado: Subdimensión de la escala YFAS con la cual se evaluó la edorexia.

²⁴ Consumo causa impedimento significativo: Subdimensión de la escala YFAS con la cual se evaluó la edorexia.

10 Conclusiones

La obesidad representa una problemática de salud pública a nivel mundial que con el paso de los años ha ido en aumento, tanto en países desarrollados como en territorios en vía de desarrollo. Colombia cuenta con el 56.4% de su población en algún grado de obesidad, de acuerdo con los datos aportados por Ministerio de la Protección Social en 2021. Igualmente, Puerto Berrio es un municipio con altos índices de obesidad, contando con 21.453 habitantes con esta condición, lo que representa, según el Hospital César Uribe Piedrahita (2018), el 42% de los habitantes del municipio ribereño.

Uno de los fenómenos que pueden causar obesidad es la edorexia, temática central del presente estudio, la cual corresponde a un trastorno alimentario que consiste en la ingesta desproporcionada de alimentos sin que se presente una necesidad orgánica, ya que la finalidad del consumo radica en la activación de mecanismos de placer que se asemejan a los circuitos cerebrales que se activan durante el consumo de sustancias. A esta condición se pueden asociar características como la impulsividad y la desregulación emocional.

En cuanto a la impulsividad, con ella se nombra una característica de personalidad directamente relacionada con la adicción a la comida, ya que se reconoce el comportamiento impulsivo como un factor asociado con las adicciones, en tanto propicia que el sujeto se encuentre en la búsqueda de nuevas emociones que resulten satisfactorias.

Del lado de la desregulación emocional, esta tiene que ver con las deficiencias en el procesamiento emocional, las cuales pueden producir respuestas comportamentales relacionadas con la ingesta alimentaria.

Los aspectos planteados con antelación se interrelacionan en tanto las personas obesas que tienen un diagnóstico de adicción a la comida suelen presentar algunas particularidades como comportamientos de ingesta desproporcionada, desregulación emocional manifiesta en la búsqueda de reforzadores positivos que permitan al sujeto mantenerse al margen de las vivencias emocionales que se consideran poco agradables, comportamientos impulsivos y antojos.

Para el caso de la presente investigación, se tomó una muestra de 14 sujetos que cumplieron con los parámetros propuestos en la escala YFAS para el diagnóstico de edorexia. A estos se les aplicó, además, la escala de impulsividad BISS-11 y la versión española

de la escala de desregulación emocional DERS. A través de estos instrumentos, se obtuvo como resultado que en la población estudiada, a saber, adultos con obesidad y diagnóstico de edorexia entre 20 y 35 años, no se presentan alteraciones en cuanto a la impulsividad y la desregulación emocional; por el contrario, los participantes cuentan con niveles estables en estas dos variables de interés, lo que desvirtúa la hipótesis de correlación (0.7) que se había planteado en este estudio. Lo anterior, significa que la adicción a la comida no se encuentra asociada con la desregulación emocional y la impulsividad, esto es, que no siempre que se presente la primera ha de esperarse que tengan lugar la segunda y tercera variables.

Sin embargo, algunos de los datos hallados a través de la presente investigación permiten concluir que, si bien no se presenta una correlación entre las variables de interés, sí se encuentra una relación entre algunas subdimensiones de las escalas que permiten medir la edorexia y la impulsividad, permitiendo afirmar que la tolerancia al consumo de alimentos que se presenta en la edorexia se encuentra asociada de forma directa con los comportamientos impulsivos que se relacionan con las conductas de consumo presente en los sujetos con adicción a la comida. Igualmente, a los sujetos con edorexia les resulta difícil mantenerse quietos durante largos periodos de tiempo (criterio que corresponde a una subescala del BISS-11), ya que esta condición requiere una respuesta constante a necesidades emocionales y fisiológicas relacionadas con angustia e intranquilidad.

Por otra parte, resulta importante resaltar que, según los hallazgos obtenidos, los sujetos de la muestra presentan algunas dificultades referidas a la planificación de tareas y el prever las consecuencias futuras que pueden tener sus acciones. Igualmente, se reconoce la presencia de acciones evitativas frente a pensamientos que resulten negativos o que generen malestar, dentro de las cuales se puede encontrar el consumo desproporcionado de alimentos que se da en la edorexia. Del mismo modo, las conductas evitativas de los sujetos de muestra (quienes presentan edorexia) se encuentran relacionadas con un alejamiento progresivo de actividades sociales, en tanto se vivencia incomodidad frente a la conducta alimentaria y a la imagen corporal.

Finalmente, es posible afirmar que los sujetos con edorexia presentan cierto deterioro en diferentes esferas de su vida, en tanto el aumento en el consumo de alimentos y el aumento de peso producen grandes cambios en sus relaciones interpersonales, salud física,

relaciones laborales, salud mental, entre otros aspectos de la vida del sujeto que se pueden ver afectadas por la vivencia del diagnóstico de edorexia.

11 Limitaciones

La información recolectada permite preguntarse acerca de las diferencias obtenidas entre los hallazgos de investigaciones similares en otros contextos y la nulidad de correlación que se presentó en la población porteña, lo cual hace necesaria la presentación de algunas limitaciones con que contó el estudio.

En primer lugar, se puede considerar una limitación el diseño seleccionado para la investigación, en tanto se pudo haber obtenido una mayor cantidad de información mediante el uso de un diseño exploratorio secuencial, en el que se recopilan datos cualitativos y cuantitativos (dando prioridad a los aspectos cualitativos) y, finalmente, se integran los hallazgos en la interpretación de resultados.

En segunda instancia, se debe tener en cuenta que los instrumentos utilizados para la recolección de información no se encontraban adaptados culturalmente al contexto colombiano, por lo que se tuvo algunas limitaciones en cuanto a la comprensión de ciertas expresiones.

En este mismo sentido, el uso de instrumentos de autoinforme pudo resultar contraproducente, en tanto no se tiene certeza respecto a la honestidad con que los participantes respondieron las preguntas, acción que se pudo ver permeada por un temor al prejuicio respecto a su estado emocional o frente a los niveles de impulsividad que presentan.

Por otra parte, la poca cantidad de información que se encontró en el rastreo de antecedentes respecto al fenómeno de la edorexia a nivel global y, en particular, en el contexto colombiano, puede representar un limitante en tanto se dificulta realizar un contraste entre la situación que presentan las variables de interés en la población nacional y los hallazgos obtenidos en la muestra. De igual manera, la carencia de información impide que se tengan claridades respecto al significado que pueden tener algunos hallazgos obtenidos en nuevas investigaciones, por ejemplo, se imposibilita definir si la falta de correlación entre las variables se debe a factores culturales o a otros aspectos.

Finalmente, otra de las limitaciones con que cuenta el presente estudio radica en que este tiene un alcance correlacional, por lo que sus resultados no permiten hacer aportes en lo relativo a un posible vínculo causal entre las variables objeto de estudio (edorexia, impulsividad y desregulación emocional).

12 Recomendaciones

Teniendo en cuenta los hallazgos de la presente investigación, se recomienda a futuros estudios referentes al tema abordado (relación entre edorexia, impulsividad y desregulación emocional) que procuren hacer uso de instrumentos de recolección de información que permitan conocer algunas particularidades de la temática de interés en el contexto colombiano, ya que fue complicado encontrar datos acerca de esta categoría diagnóstica en el país. Lo anterior también puede ser logrado a partir de un estudio de tipo cualitativo, en el que se recopilen datos respecto a las vivencias individuales de sujetos con edorexia dentro del territorio nacional.

Así mismo, es importante tener en cuenta que para futuras investigaciones de tipo cuantitativo, se procure combinar el uso de instrumentos de autoinforme con entrevistas y otro tipo de instrumentos, que permitan disminuir la posibilidad de que los participantes suministren datos poco realistas respecto a sus comportamientos y pensamientos por el temor de ser juzgados.

Por último, se considera pertinente que, en caso de realizar una futura investigación con la que se pretenda generalizar los resultados a la población, se pueda aumentar el tamaño de la muestra, con el fin de que esta sea estadísticamente representativa respecto de la población.

13. Referencias

- Agüera, Z., Wolz, I., Sánchez, I., Sauvaget, A., Hilker, I., Granero, R., Jimenez-Murcia, S., y Fernandez-Aranda, F. (2016). Adicción a la comida: Un constructo controvertido. *Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica, (117)*, 17-30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5564729>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.)
- Avena, N. M., Rada, P., y Hoebel, B. G. (2009). Sugar and fat bingeing have notable differences in addictive-like behavior. *Journal of Nutrition*, 139(3), 623–628. <https://doi.org/10.3945/jn.108.097584>
- Benzerouk, F., Gierski, F., Ducluzeau, P.-H., Bourbao-Tournois, C., Gaubil-Kaladjian, I., Bertin, É., Kaladjian, A., Ballon, N., y Brunault, P. (2018). Food addiction, in obese patients seeking bariatric surgery, is associated with higher prevalence of current mood and anxiety disorders and past mood disorders. *Psychiatry Research*, 267, 473–479. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.087>
- Berridge, K. C. (2013). The tempted brain eats: Pleasure and desire circuits in obesity and eating disorders. *Brain Research*, 1350(2), 43–64. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2010.04.003>
- Berthoud, H. R. (2013). Metabolic and hedonic drives in the neural control of appetite: Who is the boss? *Current Opinion in Neurobiology*, 21(6), 888–896. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2011.09.004>

-
- Betancor, L., Calvo, S., y Saona, G. (2019). ADICCIÓN ALIMENTARIA: ¿OTRO DETERMINANTE ASOCIADO A LA ADHESIÓN DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL?. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 152–168. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1848>
- BLU Radio. (2018, 17 diciembre). En Antioquia se superó la desnutrición, pero aumentó la obesidad. *Blu Radio*.
<https://www.bluradio.com/blu360/antioquia/en-antioquia-se-supero-la-desnutricion-pero-aumento-la-obesidad>
- Campana, B., Brasiel, P. G., de Aguiar, A. S., y Dutra, S. C. (2019). Obesity and food addiction: Similarities to drug addiction. *Obesity Medicine*, 16, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2019.100136>
- Carlier, N., Marshe, V. S., Cmorejova, J., Davis, C., y Müller, D. J. (2015). Genetic Similarities between Compulsive Overeating and Addiction Phenotypes: A Case for “Food Addiction”?. *Current Psychiatry Reports*, 17(12), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0634-5>
- Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud,. (2020). *Índice de masa corporal*.
<https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/index.html#:~:text=EI%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,llevar%20a%20problemas%20de%20salud>
- Collins, R., Haracz, K., Leary, M., Rollo, M., y Burrows, T. (2021). No control and overwhelming cravings: Australian adults’ perspectives on the experience of food addiction. *Appetite*, 159(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105054>

Cuervo Plazas, Z. L. (4 de marzo de 2021). *Con programas de vida saludable, Cali busca reducir la obesidad en su población*. de <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/159292/con-programas-de-vida-saludable-cali-busca-reducir-la-obesidad-en-su-poblacion/>

De Sola Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G., y Rodríguez de Fonseca, F (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?. *Salud y drogas*, 13(2),145-155. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83929573007>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2007). *Preguntas frecuentes - Estratificación*. https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf

Díaz Marín, C. A. (2014). *Validación del instrumento yfas para medir adicción a la comida* [Tesis de Maestría, Universidad De Chile. Facultad de Medicina - Escuela de Salud Pública]. http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/516/Tesis_%20Claudia%20D%C3%ADaz.pdf?sequence=1

Díez Suárez, A. (marzo de 2020). *Bulimia nerviosa*. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/bulimia-nerviosa>

Fernandez-Aranda, F., Karwautz, A., y Treasure, J. (2018). Food addiction: A transdiagnostic construct of increasing interest. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 536–540. <https://doi.org/10.1002/erv.2645>

Fletcher, P. C., y Kenny, P. J. (2018). Food addiction: a valid concept?. *Neuropsychopharmacology*, 43(13), 2506–2513.

<https://doi.org/10.1038/s41386-018-0203-9>

Gearhardt, A. N., Yokum, S., Orr, P. T., Stice, E., Corbin, W. R., y Brownell, K. D. (2011). Correlaciones neuronales de la adicción a los alimentos. *Psiquiatría Arch Gen*, 68 (8): 808–816. doi: 10.1001 / archgenpsychiatry.2011.32

Gómez Simón, I. (2015). *Dificultades específicas de la regulación emocional en los adolescentes con TDAH: utilidad clínica de la escala DERS* [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://core.ac.uk/download/pdf/78535832.pdf>

Gratz, K., y Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41 - 54.

Hernández Rodríguez, J., Ledón Llanes, L., y Mendoza Choqueticlla, J. (2018). Identificación y consecuencias de la edorexia. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(3), 1–12. http://scielo.sld.cu/pdf/end/v29n3/a09_318.pdf

Hernandez Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Interamericana Editores. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

-
- Indeportes Antioquia., y Gobernación de Antioquia. (2011). *Sistema de vigilancia epidemiológica para factores de riesgo de ECNT en Antioquia*. <https://www.indeportesantioquia.gov.co/imagenes/originalpdf/5749SistemaVigilanciaECNT.pdf>
- Jáuregui Lobera, I., y Santiago, M. J. (2017). Impulsividad y conducta alimentaria en varones. *Nutrición Hospitalaria*, 34 (1), 165-170. [Fecha de Consulta 5 de Noviembre de 2021]. ISSN: 0212-1611. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309249952024>
- Kelley, A. E., Baldo, B. A., y Pratt, W. E. (2005). A proposed hypothalamic-thalamic-striatal axis for the integration of energy balance, arousal, and food reward. *Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 72–85. <https://doi.org/10.1002/cne.20769>
- Lerma Cabrera, J. M., Carvajal, F., y Lopez Legarrea, P. (2015). Food addiction as a new piece of the obesity framework. *Nutrition Journal*, 15(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s12937-016-0124-6>
- Levin, L. (2019). *Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos*. Asociación Latinoamericana de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. <https://repositorio.esocite.la/250/1/Libro%20Adicciones.pdf>
- López Morales, J. L. (2017). *Síndrome de edorexia: evaluación y correlatos*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia]. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/56153/1/tesis%20edorexia%20terminada.pdf>

-
- López Morales, J. L. (2018). Análisis del comportamiento alimentario y sus factores psicológicos en población universitaria no obesa. *Anales de Psicología*, 34(1), 1–6. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.294341>
- López Morales, J. L., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2012). Edorexia y deporte: Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), 139–142. <https://doi.org/10.4321/s1578-84232012000100013>
- López Morales, J. L., y Garcés de los Fayos, E. J. (2012). Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1810–1816. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.5882>
- López Morales, J. L., y Garcés de los Fayos, E. J. (2013). Hábitos psicológicos asociados al apetito: una aproximación preliminar a su comprensión. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 19(3), 144–151.
https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202013-19-3_Lopez%20Morales%20Garces%20de%20los%20Fayos.pdf
- López Morales, J. L., y Garcés de los Fayos, E. J. (2016). Actualización del modelo explicativo de la obesidad y sus conductas de riesgo: estudio preliminar. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 36(4), 48–53. <https://doi.org/10.12873/364lopez>
- López-Morales, J. L., Ortín Moreno, F. J., y Garcés de los Fayos Ruíz, E. J. (2019). Análisis del Síndrome de Edorexia y su relación con la actividad física en población universitaria. *Información Psicológica*, 81–88. <https://doi.org/10.14635/ipsic.2019.118>.

-
- Martínez, S. (2013). *El refuerzo positivo como estrategia motivacional en el aula de educación primaria. Propuesta didáctica*. [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/4826/TFG-L379.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Maxwell, A. L., Gardiner, E., y Loxton, N. J. (2020). Investigating the relationship between reward sensitivity, impulsivity, and food addiction: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 28(4), 368–384. <https://doi.org/10.1002/erv.2732>
- Mayo Clinic. (20 de noviembre de 2018) *Trastorno por atracones - Síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/binge-eating-disorder/symptoms-causes/syc-20353627>
- Mayo Clinic. (20 de febrero de 2018). *Anorexia nerviosa*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591>
- Mayo Clinic. (11 de noviembre de 2021). *Obesidad - Síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obesity/symptoms-causes/syc-20375742>
- Méndez Diaz, M., Romero Torres, B., Cortés Morelos, J., Ruiz Contreras, A., y Próspero García, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60(1), 6–16. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un171b.pdf>
- Mendoza Carmona, Y. L., y Vargas Peña, K. (2017). FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139–167.

Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. (5 de mayo de 2021). *Avances en malnutricion en colombia*

<http://orasconhu.org/sites/default/files/files/PRESENTACION%20ACCIONES%20COLOMBIA%20MAYO%202011.pdf>

Ministerio de salud, Instituto Nacional de Salud., y Universidad de Antioquia. (2005). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en*

Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Ensin%202005.pdf>

Ministerio de Salud. (3 de marzo de 2015). *Resolución número 8430 De 1993 (Octubre 4)*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Minsalud. (4 de marzo de 2021). *Obesidad, un factor de riesgo en el covid-19*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Obesidad-un-factor-de-riesgo-en-el-covid-19.aspx>

Naish, K. R., MacKillop, J., y Balodis, I. M. (2018). The Concept of Food Addiction: a Review of the Current Evidence. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 5(4), 281–294. <https://doi.org/10.1007/s40473-018-0169-2>

National Institute on Drug Abuse. Advancing Addiction Science. (2 de septiembre de 2020). *Las drogas y el cerebro*.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>

NeuronUP. (2021). *Funciones ejecutivas*. <https://www.neuronup.com/areas-de-intervencion/funciones-cognitivas/funciones-ejecutivas/>

- Nunes-Neto, P. R., Köhler, C. A., Schuch, F. B., Solmi, M., Quevedo, J., Maes, M., Murru, A., Vieta, E., McIntyre, R. S., McElroy, S. L., Gearhardt, A. N., Stubbs, B., y Carvalho, A. F. (2018). Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.003>
- OMS (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (09 de 06 de 2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=sobrepeso%3A%20IMC%20igual%20o%20superior,igual%20o%20superior%20a%2030>.
- Organización Mundial de la Salud., y Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1 de abril de 2020). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Parlak, S., Koob, G., y Zorrilla, E. (2011). The dark side of food addiction. *Physiology & Behavior*, 104, 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.04.06>

-
- Pérez Díaz, Y., y Guerra Morales, V. M. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368–375. <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v86n3/ped11314.pdf>
- Rivarola, M. F. (2017). *Dificultades en la regulación emocional y su relación con la restricción alimentaria en una población de San Luis, Argentina*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Rodríguez, C. (2016). *Características de la impulsividad medida con la escala de impulsividad de Barratt (BISS-11) en una muestra de pacientes colombianos con enfermedad de Huntington*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Colombia].
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/58840>
- Rodriguez, C., Gearhardt, A. N., y Bégin, C. (2019). Food Addiction in Adolescents: Exploration of psychological symptoms and executive functioning difficulties in a non-clinical sample. *Appetite*, 141, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.034>
- Rojas Jara, C., Polanco Carrasco, R., Montenegro, C., Morales, C., Retamal, K., Rivano, N., y Sepúlveda, J. (2020). Adicción a la comida: una revisión sobre el concepto, sus características y medición. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 142–151. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.214>

Rojas, J. E. (2008, 14 septiembre). La adicción a la comida, un mal devorador. *El País*.

<http://historico.elpais.com.co/paionline/calionline/notas/Septiembre142008/cali1.html>

Ruddock, H. K., y Hardman, C. A. (2017). Food Addiction Beliefs Amongst the Lay Public: What Are the Consequences for Eating Behaviour?. *Current Addiction Reports*, 4(2), 110–115. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0136-0>

Rueda, F., Pinto, P., y Ávila, A. C. (2016). Impulsividad y facetas de la personalidad: relación entre instrumentos de medida. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), 7–16. <https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545834002.pdf>

Salvo, L., y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 51(4), 245–254. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n4/art03.pdf>

Schulte, E. M., y Gearhardt, A. N. (2020). Attributes of the food addiction phenotype within overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1–7. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01055-7>

Shell, A. G., y Firmin, M. W. (2017). Binge Eating Disorder and Substance Use Disorder: A Case for Food Addiction. *Psychological Studies*, 62(4), 370–376. <https://doi.org/10.1007/s12646-017-0431-9>

Silva C., Jaime. (2005). Emotion Regulation and Psychopathology: the Vulnerability/Resilience Approach. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000300004>

-
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (2007). *CONSENSO SEEDO 2007 PARA LA EVALUACIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD Y EL ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA*. Spanish Publishers Associates, S.L. https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2007.pdf
- Squillace, M., Picón, J., y Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8–18. <https://doi.org/10.5579/rnl.2011.0057>
- Steward, T., Mestre-Bach, G., Vintró-Alcaraz, C., Lozano-Madrid, M., Agüera, Z., Fernández-Formoso, J. A., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Vilarrasa, N., García-Ruiz-de-Gordejuela, A., Veciana de las Heras, M., Custal, N., Virgili, N., López-Urdiales, R., Gearhardt, A. N., Menchón, J. M., Soriano-Mas, C., y Fernández-Aranda, F. (2018). Food addiction and impaired executive functions in women with obesity. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 574–584. <https://doi.org/10.1002/erv.2636>
- Vargas Gutiérrez, M. R., y Martínez Muñoz, M. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305128932003>
- Vidmar, A. P., Wee, C. P., y Salvy, S. J. (2021). Food addiction, executive function and mood in adolescents with obesity seeking treatment. *Appetite*, 159, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105049>

14 Anexos**14.1 Anexo 1: Encuesta sociodemográfica**

Fecha: Día_____ Mes_____ Año_____

1. Nombre: _____

2. Edad: _____

3. Género: Masculino_____ Femenino_____

4. Peso: _____

5. Estatura: _____

6. Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Unión libre
- Viudo

7. Municipio de origen: _____

8. Municipio de residencia: _____

9. Estrato socioeconómico:

- 1

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- No sabe

10. Nivel de escolaridad:

- Primaria
- Bachiller
- Técnico
- Tecnólogo
- Profesional
- Otro. ¿Cuál? _____

11. Situación laboral:

- Empleado
- Desempleado
- Independiente

12. En caso de encontrarse laborando, ¿qué tipo de contrato tiene?

- Contrato a término fijo
- Contrato a término indefinido
- Por prestación de servicios

13. Ocupación o trabajo en que se desempeña: _____

14. ¿En qué actividades suele usar su tiempo libre?

15. ¿Realiza actividad física o deportiva?

- Sí
- No

16. En dado caso de haber respondido sí en la pregunta anterior ¿Qué tipo de actividad realiza?

- Caminata / trotar
- Ejercicio de fuerza-peso
- Practica algún deporte
- Otro tipo de actividad física ¿Cuál? _____

17. ¿Cuánto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física o deportiva?

- Menos de 30 minutos
- Entre 30 minutos y 1 hora
- Mas de 1 hora

18. ¿Tiene alguna enfermedad o patología base? (enfermedades cardiovasculares, tiroides, cáncer, enfermedades respiratorias, entre otras

- Sí
- No

19. Si la respuesta es afirmativa, indique qué enfermedades padece

14.2 Anexo 2: Escala para medición de adicción a la comida (YFAS)

Nombre y apellido:	Edad (años):_____ Peso (K):_____ Talla (M):_____ Sexo:
N° de teléfono:	M__F____ ¿Se ha sometido a una cirugía de reducción gástrica? (si/no):_____ Escolaridad (marque con una X delante de la que corresponda):

En este cuestionario se le preguntará por sus hábitos alimenticios en los **últimos 12 meses**, en cuanto a ciertos alimentos como:

- Helado, chocolate, galletas, pasteles, golosinas, queques.
- Hidratos de carbono como pan blanco, pastas, arroz papas cocidas.
- Bocadillos (snacks) salados como papas fritas, nachos, galletas saladas, sopaipillas.
- Alimentos con grasa como carnes grasas, tocino, hamburguesas, mayonesa, pizza, completos.
- Bebidas azucaradas como jugo o bebidas gaseosas

Cuando se mencione la frase “este tipo de alimentos”, por favor piense en cualquier alimento similar a los que se mencionan arriba.

Marque con una X en la columna de la frecuencia que más le ajuste a sus hábitos alimenticios.

N°	En los últimos 12 meses	Nunca	1 vez al mes	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
1	Me he dado cuenta de que cuando empiezo a comer (o beber) “este tipo de alimentos”, termino consumiendo mucho mas de lo que había planeado.					

2	Me he sorprendido a mi mismo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, incluso cuando ya no tengo hambre					
3	He comido hasta el punto en que me siento físicamente incómodo/a					
4	Dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos”, ha sido un tema que me preocupa					
5	He pasado mucho tiempo sintiéndome lento/a o fatigado/a por haber comido (o bebido) demasiado					
6	He comido (o bebido) “este tipo de alimentos” constantemente y durante todo el día					
7	Cuando no he tenido a mi disposición “este tipo de alimentos” he ido a buscarlos, por ejemplo: he ido al supermercado a comprarlos, incluso teniendo otras cosas para comer en mi casa					
8	He pasado mucho tiempo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, en lugar de trabajar, estar con mi familia o amigos, hacer cosas importantes o actividades recreacionales que disfruto					
9	He perdido mucho tiempo en manejar sentimientos negativos como culpa, frustración, enojo u otros, por el					

	hecho de comer (o beber) demasiado “este tipo de alimentos” en lugar de hacer otras cosas importantes					
10	He evitado asistir a eventos laborales o sociales donde hay a disposición de “este tipo de alimentos”, por miedo a que podría comer o beber demasiado					
11	He evitado asistir a eventos laborales o sociales porque no me es posible consumir “este tipo de alimentos” allí					
12	He tenido sensaciones de intranquilidad, angustia, nerviosismo, intranquilidad u otros síntomas físicos cuando he dejado de consumir “este tipo de alimentos” (por favor no incluya síntomas de abstinencia causados por dejar de consumir bebidas cafeinadas como café, té, bebidas cola o bebidas energéticas, etc)					
13	He consumido “este tipo de alimentos” para evitar sensaciones de angustia, nerviosismo, intranquilidad u otros síntomas físicos que he experimentado antes (por favor no incluya síntomas de abstinencia causados por dejar de consumir bebidas cafeinadas como café, té, bebidas cola o bebidas energéticas, etc)					
14	He sentido muchos deseos de consumir “este tipo de alimentos” cuando los he dejado por un tiempo					

15	Mi comportamiento respecto a la comida y al comer, me ha causado mucha angustia o ansiedad					
16	He tenido importantes problemas en mi vida diaria por la comida o por el comer (tales como problemas de salud, en el trabajo, en la escuela, en actividades sociales/familiares)					

N°	En los últimos 12 meses	No	Sí
17	Mis hábitos alimenticios me han causado importantes problemas psicológicos tales como depresión, ansiedad, culpa, odio a mi mismo/a		
18	Mis hábitos alimenticios me han causado importantes problemas físicos o han hecho que un problema de este tipo empeore		
19	He permanecido comiendo los mismos tipos de alimentos o la misma cantidad de esos alimentos, aun cuando estaba teniendo problemas emocionales o físicos a causa de ello		
20	He ido sintiendo que necesito comer mas y mas para tener las sensaciones que quiero, (como, por ejemplo: reducir mis emociones negativas o tener más placer)		
21	Me he dado cuenta que consumir la misma cantidad de alimentos no reduce mis emociones negativas o aumenta las sensaciones de placer, así como lo hacía antes		
22	He querido dejar de consumir o consumir menos “este tipo de alimentos”		
23	He tratado dejar de consumir o consumir menos “este tipo de alimentos”		
24	He logrado dejar de consumir o consumir menos “este tipo de alimentos”		

N°	En los últimos 12 meses	1 o pocas veces	2 veces	3 veces	4 veces	5 o mas veces
25	¿Cuántas veces trató de consumir menos o de dejar de consumir por completo “este tipo de alimentos”?					

Términos que requieren aclaración para la correcta aplicación del cuestionario:

- Queques: Bizcocho o torta de pan dulce.
- Sopaipillas: Fritura hecha a partir de harina de trigo (similar a las hojuelas).
- Completos: Perro caliente, relleno con salchicha tipo viena, frituras y ensalada.

14.3 Anexo 3: Escala de impulsividad de Barratt (BISS-11)

Este cuestionario presenta una serie de acciones cotidianas, cada una con 4 opciones de respuesta. Usted debe seleccionar la opción que mejor se adapte a la regularidad con que realiza las acciones planteadas.

N°		Raramente o nunca (0)	Ocasional- mente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1	Planifico mis tareas con cuidado				
2	Hago las cosas sin pensarlas				
3	Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4	Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5	Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6	Soy una persona con autocontrol				
7	Me concentro con facilidad				
8	Ahorro con regularidad				

9	Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10	Pienso las cosas cuidadosamente				
11	Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis fastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12	Digo las cosas sin pensarlas				
13	Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14	Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15	Actúo impulsivamente				
16	Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17	Visito al médico y al dentista con regularidad				
18	Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				

19	Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20	Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21	Compro cosas impulsivamente				
22	Yo termino lo que empiezo				
23	Camino y me muevo con rapidez				
24	Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25	Gasto más dinero de lo que tengo / de lo que gano				
26	Hablo rápido				
27	Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28	Me interesa más el presente que el futuro				
29	Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				

30	Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				
----	--	--	--	--	--

14.4 Anexo 4: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Por favor, indica cuántas veces te pasan las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase el número correspondiente con una cruz, según la escala que aparece a continuación.

1-----2-----3-----4-----5
 Casi nunca Algunas veces La mitad de las La mayoría de las Casi siempre
 (0 – 10%) (11-35%) veces (36-65%) veces (66-90%) (91-100%)

Nº		1	2	3	4	5
1	Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)					
2	Pongo atención a cómo me siento					
3	Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control					
4	No tengo ni idea de cómo me siento					
5	Me cuesta entender mis sentimientos					
6	Estoy atento a mis sentimientos					
7	Sé exactamente cómo me estoy sintiendo					
8	Le doy importancia a lo que estoy sintiendo					
9	Estoy confuso sobre lo que siento					
10	Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...)					
11	Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera					
12	Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera					
13	Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo					

14	Cuando estoy molesto, pierdo el control					
15	Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo					
16	Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido					
17	Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante					
18	Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas					
19	Cuando estoy molesto, me siento fuera de control					
20	Cuando estoy molesto, puedo conseguir hacer cosa igualmente					
21	Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera					
22	Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor					
23	Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil					
24	Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento					
25	Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esta manera					
26	Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme					
27	Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento					
28	Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor					
29	Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera					
30	Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal					

31	Cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como su disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin)					
32	Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento					
33	Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa					
34	Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente					
35	Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor					
36	Mis mociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)					

14.5 Anexo 5: Consentimiento informado

Título	Edorexia, impulsividad y desregulación emocional: un estudio realizado en adultos con obesidad residentes en el municipio de Puerto Berrio, Antioquia.
Investigadores	Asdrubal Gomez Rodriguez Ximena Alejandra Gutierrez Goez
Introducción	Usted _____, ha sido invitando a participar de la investigación “Edorexia, impulsividad y desregulación emocional: un estudio realizado en adultos con obesidad residentes en el municipio de Puerto Berrío, Antioquia”. Antes de que usted decida participar en el estudio queremos que por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted considere para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.
Propósito del estudio	El objetivo general de esta investigación es establecer el tipo de relación existente entre la impulsividad, la desregulación emocional y la adicción a la comida (edorexia) en un grupo de adultos con obesidad con edades entre 20 y 35 años, residentes en el municipio de Puerto Berrío, Antioquia.

Participantes del estudio	El estudio requiere de la participación de 13 personas con obesidad, que tengan un rango de edad comprendido entre los 20 y 35 años, pertenecientes a ambos sexos.
Procedimientos	<p>En caso de aceptar participar usted deberá contestar de forma anónima un cuestionario que está dividido en tres partes: la primera parte consiste en llenar este formulario y un pequeño formulario sociodemográfico donde se solicitan algunos datos de contacto. En segundo lugar, se procederá a acordar un lugar de encuentro para finalmente diligenciar tres cuestionarios de autoinforme, a través de los que se recolecta la información necesaria para conceptualizar las variables de interés.</p> <p>Este procedimiento dura aproximadamente 1 hora.</p>
Riesgos	<p>Esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo físico, psicológico, ni moral. Sin embargo, puede generar incomodidad el tema de las preferencias y hábitos alimenticios; si este es el caso, usted podrá retirarse de la investigación si por cualquier razón no puede o no desea participar.</p> <p>Si usted considera que se pone en riesgo su integridad, podrá expresarlo a los investigadores o a quien crea necesario.</p>

Beneficios	Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento de las motivaciones que desencadenan ciertas conductas alimenticias y sólo con la contribución solidaria de muchas personas como usted será posible la comprensión de este tema, posibilitando nuevas propuestas en la creación e innovación de estrategias para el bienestar de los sujetos con edorexia. Usted podrá acceder a los resultados de la investigación al finalizar el proyecto.
Privacidad y confidencialidad	La información personal que usted dará al investigador en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted en ninguna circunstancia. A las encuestas se les asignará un código, de tal forma que el personal técnico, diferente a los investigadores, no conocerá su identidad.
Derecho a retirarse del estudio de investigación	Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio, a menos que usted solicite expresamente que su información sea borrada de nuestra base de datos. Al retirar su participación usted deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas, los resultados de la evaluación serán incinerados. No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

CONSENTIMIENTO

Firma del Participante Fecha
CC.

Firma del Investigador principal
CC.