



Universidad de
Concepción del
Uruguay

Facultad de Ciencias Médicas, “Dr. Bartolomé Vasallo”
Licenciatura en Nutrición

***“CONDUCTA ALIMENTARIA E INESTABILIDAD
EMOCIONAL EN PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO
DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL J.J. URQUIZA DE LA
CIUDAD DE CONCEPCION DEL URUGUAY, ENTRE RIOS
DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2020”***

Alumna: SERÓ, CONSTANZA.

Directora: IVANA M. SERÓ; Licenciada en Psicología.

Co – directora: LUCIANA M. GUIONET; Licenciada en
Nutrición.

Fecha: Noviembre 2020.

Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina

“Las opiniones expresadas por el autor de esta Tesina no representa necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay”.

- A cada una de las personas que me cruce durante este maravilloso período de vida que es la vida universitaria: cada compañera de clase, amigas que me regaló la facultad, a mis tutores, a los profesores, a la institución y todos los guías en el camino de esta hermosa profesión que es la nutrición...
- A toda mi familia, que se alegró con cada uno de mis éxitos y me acompañó en cada fracaso, y que nunca me dejó darme por vencida...
- A mi pareja y a mi hija, que son mis fieles compañeros en cada paso y me impulsan día a día a superarme...
- A Elisa, quien me abrió los caminos en la investigación y me dio su mano con plena vocación, dedicación y entusiasmo.

¡GRACIAS! Nada de esto sería posible sin ustedes.



Dedicado especialmente a mi papá: quien me enseñó la satisfacción de los sacrificios y que tengo certezas que me acompaña en este momento tan especial.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
ANTECEDENTES	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
MARCO TEÓRICO	12
CAPITULO 1: NUTRICIÓN	12
1.1 Conducta alimentaria.....	12
1.2 Fisiología de la alimentación	15
CAPITULO 2: PSICOLOGÍA	18
2.1 Comedor emocional desde la perspectiva psicológica	18
2.2 Inestabilidad emocional	22
CAPITULO 3: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO	23
3.1 Comorbilidades asociadas al Comedor Emocional	23
MATERIAL Y METODOS	29
RESULTADOS Y DISCUSION	32
<i>Figura 1. ¿La balanza tiene un gran poder sobre vos? ¿Es capaz de cambiar tu estado de humor?</i>	34
<i>Figura 2. ¿Tenés antojos por ciertos alimentos específicos?</i>	36
<i>Figura 3. ¿Te cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?</i>	37
<i>Figura 4. ¿Tenés problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?</i>	38
<i>Figura 5. ¿Comes cuando estás estresado, enojado o aburrido?</i>	39
<i>Figura 6. ¿Comes más de tus alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estás solo?</i>	40
<i>Figura 7. ¿Te sentís culpable cuando tomas alimentos "prohibidos", es decir, aquellos que crees que no deberías, como los dulces o snacks? (golosinas, alfajores, chocolates, papas fritas, chizitos, etc.). Número de respuestas: 51</i>	41
<i>Figura 8. Por la noche, cuando llegas cansado ¿es cuando más descontrol sentís en tu alimentación?</i>	42
<i>Figura 9. Estás a dieta, y por alguna razón comes más de la cuenta, entonces piensas que no vale la pena y ¿comes de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?</i>	43
<i>Figura 10. ¿Cuántas veces sentís que la comida te controla a vos, en vez de vos a ella?</i>	44
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXO	51

RESUMEN

El objetivo general de esta investigación es “Conocer el grado de alimentación emocional de los pacientes diagnosticados con inestabilidad emocional del Servicio de Salud Mental del Hospital J.J. Urquiza de la ciudad de Concepción del Uruguay durante el mes de noviembre de 2020”. Para poder obtener datos y profundizar en esta investigación se encuestaron a 53 pacientes en edades comprendidas entre 18 y 59 años diagnosticados con inestabilidad emocional por los profesionales del Servicio de Salud Mental del Hospital J.J. Urquiza. La investigación se realizó a través de la implementación del “Cuestionario de Comedor Emocional Gáruales (CCE)”, cuyo objetivo principal fue determinar el grado de alimentación emocional. Este cuestionario, debido a la situación de pandemia, tuvo que ser realizado por los participantes de manera remota, por medio de un formulario de Google Drive que incluyó las preguntas del cuestionario de Garaulet adaptado para la comprensión de la población de estudio. El mismo fue enviado por los profesionales del Servicio de Salud Mental a los pacientes diagnosticados, al finalizar las consultas por video llamada.

Tras los resultados obtenidos y la investigación realizada, la tesinista concluye con que “La alimentación no es simplemente una suma y resta de calorías, la conducta alimentaria no es un acto a ciencia exacta y los delimitantes del mismo son tan incontables como personalidades y metabolismos”

PALABRAS CLAVE:

CONDUCTA ALIMENTARIA, INESTABILIDAD EMOCIONAL, COMEDOR EMOCIONAL.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo de investigación busca responder una incógnita que se realizó la tesinista tras la experiencia vivida en sus prácticas hospitalarias realizadas en el Hospital San José, de la ciudad de San José, Entre Ríos.

¿Son las emociones uno de los factores que influyen en la conducta alimentaria? Dicho cuestionamiento surgió tras percibir que, en las consultas, los pacientes acudían no solo por inquietudes nutricionales, sino que también coexistía algún trasfondo psicológico y que la mayoría de las conductas alimentarias se veían alteradas por dichas situaciones de inestabilidad emocional. También, se identificó en esta experiencia, que el abordaje interdisciplinario del paciente optimizaba los resultados. Por ejemplo, al trabajar en conjunto con psicólogos, los pacientes respondían mejor al tratamiento nutricional y, por ende, se obtenían mejores resultados antropométricos.

La Real Academia Española define a la emoción como: "una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática". Aquel individuo, que no es capaz de llevar a cabo estrategias de afrontamiento adecuadas ante las distintas emociones, repercutiendo en su alimentación, se lo conoce como Comedor Emocional (CE). Como consecuencia, estas personas comen en exceso en respuesta a emociones y no necesariamente para saciarse.

Por lo general, las emociones que desencadenan la ingesta son negativas, pero en la investigación realizada se han encontrado artículos que defienden que la ingesta excesiva también se puede producir ante emociones positivas.

Como herramientas de obtención de información se observarán los registros del Servicio de Salud Mental y se utilizara el "Cuestionario de Comedor Emocional Garaulet (CCE)" de Garaulet (2012), desarrollado para valorar la influencia de las emociones en la ingesta de alimentos.

A partir de lo anteriormente mencionado, resulta necesario conocer la relación entre la conducta alimentaria y la inestabilidad emocional de pacientes que asisten al servicio de salud mental del Hospital J. J. Urquiza de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

ANTECEDENTES

o Sánchez Benito y Pontes Torrado, estudiaron la influencia de las emociones en la ingesta y control de peso en el año 2012. Dicha carta científica fue un estudio longitudinal para demostrar cómo las emociones afectan en la ingesta y en el control del peso. El trabajo fue coordinado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (Vocalía de Alimentación y Nutrición). Consideraron que las emociones tienen un efecto poderoso sobre la elección de alimentos y sobre los hábitos alimentarios. Mostraron evidencia empírica de que la influencia de las emociones sobre la conducta alimentaria es más fuerte en las personas obesas que en las no obesas y en personas que hacen dieta en relación a las personas que no hacen dieta.

El objetivo fue estudiar y comparar la influencia de las emociones en la ingesta de personas sedentarias y de personas físicamente activas y estudiar las estrategias de control de peso que suelen utilizar. Para obtener los datos se incluyó grupo de cicloturistas de Campus de ciclismo a quienes se les realizó la encuesta “Comedor Emocional” de Garaulet que consiste en responder 10 preguntas (cada pregunta se ha evaluado entre 0 y 3). La puntuación acumulada permite clasificar en: Comedor Poco emocional (0-9 puntos); Moderadamente emocional (10-19 puntos); Muy emocional. (20-30 puntos). En este estudio participaron 41 personas sedentarias y 25 cicloturistas activos físicamente.

Los autores concluyeron que a menor IMC mejor control emocional de la ingesta; a mayor puntuación emocional, menor cantidad de peso perdido; que las mujeres fueron más influenciadas por sus emociones que los hombres y que la estrategia de control de peso de personas sedentarias fue recurrir a dietas hipocalóricas. Los cicloturistas, por el contrario, lo hacen controlando la cantidad de ejercicio que realiza.

o Godoy (2014) realizó una investigación acerca de la sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. El objetivo de este estudio fue determinar la presencia de sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres con obesidad y trastorno del comedor compulsivo. Se seleccionaron a 60 mujeres y dentro de los criterios de inclusión se determinaron: diagnóstico nutricional de obesidad, sin patologías médicas y mentales diagnosticadas y la presencia del Trastorno del Comedor Compulsivo. Al analizar los datos obtenidos se observó que el grupo mayoritariamente sí presentaba sintomatología de depresión y ansiedad, sin embargo, no se observó una baja autoestima, que se contraponen con los antecedentes analizados. Este estudio, muestra que la obesidad no es tan sólo un síntoma aislado, sino que existen antecedentes psicopatológicos a considerar: como depresión y ansiedad, lo cual se debería incorporar dentro del diagnóstico integral en el equipo de atención primaria de salud para un posterior plan de intervención interdisciplinario.

o En el año 2017, Ferrin Loo estudió acerca de la relación entre la conducta alimentaria emocional y la composición corporal medida por antropometría en adultos jóvenes. El objetivo fue investigar la relación de la conducta alimentaria emocional y la composición corporal en adultos jóvenes, para poder determinar si existe o no un condicionamiento dependiendo del diagnóstico conductual. La muestra en la que se realizó el estudio fue de 60 personas entre los 18 y 30 años de edad, de los cuales 10 fueron hombres y 50 mujeres. Para el estudio se utilizó el instrumento de encuesta TEFQ R-21 (Three Factor Emotional Questionnaire) para el diagnóstico de la conducta alimentaria y la antropometría en la obtención de datos para el diagnóstico de IMC (Índice de Masa Corporal), Grasa corporal y Masa Muscular. Como resultado se demostraron que existe un condicionamiento de la conducta alimentaria emocional hacia la composición corporal, alterando la grasa corporal y el IMC. Se encontró que respecto a los componentes de conducta alimentaria la población femenina tuvo como diagnóstico mayoritario el componente restrictivo (48%) seguido por el componente compulsivo (34%) y, en menor cantidad, con el componente emocional (18%); la población masculina obtuvo un mayor



diagnóstico en el componente compulsivo (50%), seguido por el componente restrictivo (20%) y, finalmente, el componente emocional (10%). Se pudo concluir que existe una relación entre el IMC y los diagnósticos del instrumento de conducta alimentaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta de investigación

¿Cuál es el grado de alimentación emocional de los pacientes diagnosticados con inestabilidad emocional del Servicio de Salud Mental del Hospital J.J. Urquiza de la ciudad de Concepción del Uruguay durante el mes noviembre de 2020?

Hipótesis

- Los pacientes diagnosticados con inestabilidad emocional por los profesionales del servicio de salud mental del Hospital J.J Urquiza, presentan un grado de alimentación muy emocional.
- Las pacientes mujeres diagnosticadas con inestabilidad emocional presentan un grado de alimentación más emocional que los pacientes varones.

Objetivo general

- Conocer el grado de alimentación emocional de los pacientes diagnosticados con inestabilidad emocional del Servicio de Salud Mental del Hospital J.J. Urquiza de la ciudad de Concepción del Uruguay durante el mes noviembre de 2020.

Objetivos específicos

- Identificar los pacientes que presentan inestabilidad emocional diagnosticada por los profesionales del Servicio de Salud mental.
- Caracterizar los pacientes que presentan inestabilidad emocional diagnosticada por los profesionales del Servicio de Salud mental según sexo y edad.

- Analizar el grado de alimentación emocional de los pacientes que presentan inestabilidad emocional que asisten al Servicio de Salud Mental del Hospital J. J. Urquiza.
- Analizar el grado de alimentación emocional de los pacientes que presentan inestabilidad emocional que asisten al Servicio de Salud Mental del Hospital J. J. Urquiza según sexo y edad.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: NUTRICIÓN

1.1 Conducta alimentaria

Al nombrarse la conducta alimentaria, nos encontramos con un acto complejo y multicausal, es decir, que este no consiste solamente en consumir los alimentos en sí, sino que es el acto a través del cual se incorporan nutrientes al organismo e incluye diversas circunstancias para hacerlo. Además, también es un conjunto de acciones del individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y/o sociocultural, en la que todas se vinculan con un mismo fin: la ingestión de alimentos; pero de todas estas cuestiones, se harán más referencias más adelante a lo largo de este trabajo.

Más allá de que la alimentación es una necesidad fisiológica, las personas en general emiten la conducta alimentaria por placer, condiciones sociales, gustos y tradiciones, aburrimiento, ansiedad, etc. Por esto mismo podemos identificar que el hambre, no solo es una necesidad fisiológica si no que, en muchas ocasiones no es más que una sensación aprendida, es decir, condicionada por horarios, lugares o personas.

Esto quiere decir que la mayoría de las personas no se alimentan solamente si presentan sensaciones fisiológicas de hambre, sino que, estas mismas pueden ser activadas debido a aprendizajes establecidos previamente en donde entra en juego la interacción con el ambiente y todo el sistema biológico, endocrino y fisiológico. En muchos casos, estas sensaciones corresponden a condicionamientos clásicos a situaciones, momentos y olores, entre otros, que al presentarse activan respuestas motivacionales, induciendo a comer.

Cabe destacar entonces que por definición existen dos tipos de sensaciones de hambre:

- Hambre emocional o apetito: se sitúa en la cabeza, y surge en cualquier momento de forma repentina. Existe preferencia por determinados tipos de comida.

La sensación de hambre persiste a pesar de ingerir alimentos, tras lo cual pueden aparecer sentimientos de culpa y vergüenza por comer excesivamente (sentimientos negativos). El deseo de la comida en este caso es específico: apetece

un alimento en concreto y al terminar de comer la sensación de plenitud no aparece, lo que ocasiona comer en cantidades más grandes que las necesarias, acompañadas luego, de una sensación de culpabilidad o tristeza por haber comido demás.

El apetito consiste en un ciclo: se anticipa el placer, se busca y finalmente se obtiene el resultado, el cual no satisface nuestras necesidades fisiológicas ni energéticas. Provoca como resultado, aumento de calorías diarias innecesarias, no nutritivas, de repetirse el ciclo, producirían un exceso de grasa en nuestro organismo, que se va almacenando y, a su vez, originando las enfermedades como las crónicas no transmisibles (obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad renal, etc.)

- Hambre física: se sitúa en el estómago, y aparece de forma gradual después de varias horas sin comer. Tras la ingesta desaparece y el individuo tiene sensación de plenitud y satisfacción. No genera sentimientos negativos. A diferencia del apetito, el hambre responde a una necesidad fisiológica de nuestro organismo; expresa deseo y ganas de comer cualquier alimento.

Cuando el cuerpo humano tiene hambre física y no es saciada esa necesidad, el organismo comienza a consumir glucógeno (molécula de almacenaje de energía), descomponiéndola en glucosa (fuente de energía). Parte de esta energía es mandada a nuestro cerebro, músculos y células sanguíneas.

Este tipo de hambre, puede manifestarse con los siguientes síntomas: mareos, dolor de cabeza, dolor de estómago, cansancio, debilidad, sueño, fatiga, mal humor y, en casos extremos, desmayo. No tiene que pasar un tiempo muy prolongado para percibir la sensación de hambre, ya que nuestro cuerpo necesita nutrientes de forma constante. El hambre física no corresponde a un estímulo emocional, ni a un impulso, no aparece de manera repentina por un estado de estrés o ansiedad y no es específico de un determinado grupo de alimentos: es una necesidad básica de nuestro cuerpo que ha de ser resuelta.

El hambre y el apetito son, por tanto, dos conceptos distintos, a pesar de que muchas veces se utilizan de la misma manera. Mientras que el hambre es ese instinto de supervivencia que impulsa a alimentar cuando el organismo lo requiere; el apetito es la sensación de comer influenciada por aspectos psicológicos de la persona (deseo de comer por placer, felicidad, aburrimiento, tristeza, ansiedad, etc.).

Se lo llama conducta alimentaria ya que este repite un patrón de conducta, es

decir, que se establece en un acto que se emite dentro de ambientes específicos, a horas específicas y en ocasiones particulares. Algunas personas también llamarían “hábitos” a estos comportamientos constantes y repetitivos, condicionados por lugares, olores o incluso, a horarios establecidos por la rutina diaria a la que se someten, por ejemplo, por definiciones laborales o escolares.

En el antecedente número 3 de este trabajo, pudimos ver la “Relación entre la conducta alimentaria emocional y la composición corporal medida por antropometría en adultos jóvenes”. Ferrín Loo Mary Inés (2018). La tesinista infiere que este puede ser tomado en cuenta para corroborar mediante datos estadísticos, la relación entre conducta alimentaria emocional y composición corporal. Este estudio afirma que la conducta alimentaria es una construcción multidimensional que tiene como base tres componentes: conductual, cognitivo y afectivo y que existe un modelo de la alimentación que se basa en éstos tres componentes, de acuerdo con éste, la ingesta de alimentos o comida se encuentra manejada por dos limitantes:

- a) límite fisiológico de hambre y saciedad
- b) límite psicológico o cognitivo, llamado también como zona de indiferencia biológica, la cual no es regulada por ninguna característica fisiológica sino más bien por un factor psicológico.

Y lo mide mediante un cuestionario conocido como “El Cuestionario Emocional de tres factores (TFEQ), construido por primera vez en 1985 para medir tres dimensiones de comportamiento alimentario humano en una población inglesa en concreto, restricción cognitiva de comer, desinhibición del control de la alimentación y susceptibilidad al hambre. TFEQ ha sido validado para población adulta normal, adolescentes y diferentes razas.

El Cuestionario de alimentación de tres factores (TFEQ) es una de las herramientas más utilizadas para evaluar el comportamiento alimentario en diferentes poblaciones. Es un cuestionario de que contiene 51 puntos o preguntas, y que se encarga de evaluar que las tres dimensiones o componentes de la conducta alimentaria que son:

- a) la restricción alimentaria, constituida por 21 puntos encargados de medir el dominio cognitivo de la ingesta
- b) la desinhibición o descontrol, que tiene entre 16 y 22 puntos, y valoran la tendencia que puede tener una persona para comer excesivamente y para perder el

control de la alimentación

c) la susceptibilidad al hambre, con 14 puntos que estiman los sentimientos relacionados con el hambre y el deseo por la comida así mismo en exceso”

1.2 Fisiología de la alimentación

Desde la perspectiva fisiológica, la conducta alimentaria está directamente regulada neuroendocrinamente, siendo esta la causa de la regulación o alteración de la misma integrada a nivel del hipotálamo. Este sistema consiste en una densa y compleja red de circuitos neurohormonales donde se cruzan señales moleculares de origen tanto periférico como central; y que concurren junto con otros factores sensoriales, mecánicos y cognitivos.

Desde que el alimento es percibido conscientemente por el sujeto hasta que se produce la ingestión del mismo, intervienen toda una serie de señales sensitivas: el olor, el sabor, la textura, la temperatura e incluso la apariencia y presentación.

Todas estas señales atraviesan los pares craneales y son transmitidas hasta el sistema nervioso central, provocando el inicio del acto alimentario al movilizar al sujeto hacia la aprehensión del alimento, la colocación en la cavidad oral, la degustación del mismo, y finalmente, la masticación y deglución.

Todas estas son algunas de las múltiples señales periféricas que controlan la homeostasis energética, integrada en el hipotálamo.

La homeostasis energética es un proceso biológico de nuestro organismo que regula la entrada de energía a nuestro organismo (ej: ingerir alimentos), con la salida del mismo (gasto energético).

El hipotálamo es la principal zona del sistema nervioso central (SNC) que acoge la señalización neurohormonal involucrada en la regulación de las sensaciones del hambre, el apetito y la saciedad; y regula las interacciones que sostienen entre sí las diferentes regiones del cerebro involucradas en la conducta alimentaria.

El núcleo hipotalámico ventromedial es el centro de la saciedad, en tanto que el hipotálamo lateral es considerado el centro del hambre. Así mismo, estas señales pueden tener efectos orexígenos (es decir, que generan hambre) y que activan vías anabólicas; o bien efectos anorexígenos (sensación de saciedad) que activan vías

catabólicas:

- El sistema anabólico se encarga del mantenimiento o la ganancia de peso corporal a través de la estimulación de la ingestión de alimentos: por un lado, pone en marcha los mecanismos que inducen el hambre y, por el otro, activa los mecanismos que inhiben el gasto energético.
- El sistema catabólico es el encargado del mantenimiento o de la pérdida de peso, a través de mecanismos que aumentan el gasto energético y disminuyen la ingesta alimenticia activando señales de llenado gastrointestinal y de saciedad.

Así mismo, se han asociado factores hormonales presentes en cada uno de estos sistemas, de los cuales, se considera muy importante destacar: en el anabólico, la hormona es la grelina y en el catabólico, la leptina. Estas pueden constituirse como causas reguladoras de la conducta alimentaria:

- La **grelina**, es una hormona que está presente en procesos de regulación metabólica de la conducta alimentaria, es conocida como la hormona del apetito. Es un neuropéptido con efecto anabólico orexígeno, es decir, que estimula el apetito. Es creado por fuera del sistema nervioso central, pero actúa sobre este, particularmente sobre estructuras involucradas en la ingesta de alimentos. Para intervenir en la regulación del apetito, esta hormona activa los mecanismos fisiológicos de la ingesta, alcanzando sus niveles más altos antes de las comidas y durante el ayuno, y luego, disminuyendo tras la ingesta. Se conoce también, que los niveles de grelina aumentan ante factores estresantes, lo cual puede llevar a una ingesta excesiva de alimentos, confirmando la premisa de esta investigación. Esta hormona funciona compitiendo con la leptina, ya que su acción principal parece realizarse en las mismas neuronas sobre las que actúa la leptina.
- La **leptina**, es una hormona derivada de la grasa que regula el comportamiento de alimentación y el peso corporal. Esta hormona es conocida como la hormona de la saciedad y fue descubierta por Jeffrey Friedman, un genetista molecular en 1994. Esta es una hormona que también regula el apetito, su función principal es la de inhibir la ingesta de alimentos y aumentar el gasto energético, para mantener constante el peso corporal. La leptina es la responsable de generar la señal de saciedad en el cerebro y es secretada en la sangre principalmente por el tejido adiposo blanco, y en otras menores medidas por el estómago, la placenta y por las células del hígado.

Cuando no se encuentra leptina en un organismo o existe una falla en su funcionamiento por alteraciones en sus receptores, entonces el cerebro del organismo no recibe la orden de “estoy lleno, parar de comer” para que se produzca la sensación de saciedad y no se consuma más alimento del requerido.

Si bien, estas dos hormonas fundamentan la regulación en la sensación de hambre o de saciedad ¿Que pasa entonces, con el hambre emocional? En este tipo de hambre están implicados, además, dos neurotransmisores principales: la dopamina y la serotonina.

- La dopamina está asociada a la motivación y relacionada con los circuitos de recompensa: el placer y las adicciones, es decir, la desregulación de la misma nos llevará a consumir alimentos de nuestro agrado no exclusivamente para ingresar energía al organismo, si no para: generar sensaciones de placer; o por adicción a la comida. A este fenómeno se lo denomina hedonismo alimentario, y es la ingesta de alimentos en búsqueda de sensaciones placenteras inmediatas.
- La serotonina está relacionada con la sensación de bienestar. Por lo que, reiteradas veces su déficit se ha asociado a la necesidad de comer, y culturalmente esta sesgada la preferencia de esta sensación a la elección de alimentos dulces o altos en grasas. Es esta la responsable en los famosos atracones, donde en búsqueda de la sensación de bienestar se acude a los alimentos, comiendo de manera desmedida y no lógica.

Por otro lado, en el caso de las mujeres, varios estudios han demostrado que a lo largo del ciclo menstrual ocurren fluctuaciones en los niveles de alimentación emocional debido a la acción de las hormonas ováricas:

- El estradiol inhibe la ingesta de alimentos, y la progesterona antagoniza el efecto del estradiol, provocando una mayor ingesta. En la fase lútea media se produce un aumento de ambas hormonas, siendo mayor el correspondiente a la progesterona, y, por tanto, es aquí donde encontramos mayor incidencia de alimentación emocional. En esta fase también se han hallado altos niveles de leptina, dando lugar a una mayor ingesta en este periodo.
- En cambio, en la fase ovulatoria, se produce un aumento únicamente de estrógenos, donde la incidencia de alimentación emocional es menor, ya que no hay suficiente progesterona para contrarrestar la acción de los mismos.

CAPITULO 2: PSICOLOGÍA

2.1 Comedor emocional desde la perspectiva psicológica

Dentro de la psicología, la conducta alimentaria se ha desarrollado en diferentes aspectos, entendiéndola, evaluándola de diversas maneras y describiéndola organizadamente en los trastornos de la conducta alimentaria (DSM – IV, 1995), allí se han definido unidades de análisis en procedimientos experimentales, en donde el análisis experimental del comportamiento (AEC) y la escuela cognitiva, han hecho un gran aporte en la investigación de esta temática.

Desde la escuela cognitiva, la psicología ha determinado que la conducta alimentaria está influida por variables mentales, que redundan en productos tales como las emociones y los comportamientos en general. Por lo que entender la conducta alimentaria ha llevado a visualizar que el momento de la comida es mucho más complejo, como ya se ha mencionado anteriormente, y se han identificado las conductas asociadas y encadenadas como olfatear, beber, mirar, entre otras, como acciones relacionadas al momento de comer.

En ocasiones, sin que existan verdaderos excesos o trastornos del comportamiento alimentario, una mala regulación de las emociones puede inducir variaciones en el peso corporal y en la relación que cada individuo tiene con la alimentación. Por lo que, debe considerarse que la ingestión de alimentos también está en estrecha relación con el individuo en la sociedad y la necesidad de recibir cuidados y afectos, constituyendo, además, un proceso de comunicación. Por este motivo, el momento de la comida puede estar asociado a las relaciones interpersonales y pone de manifiesto la preferencia que tienen las personas de comer en compañía.

Dentro de la psicología, existen distintos patrones disfuncionales del comer que se han identificado, el comer emocional y el comer externo, se consideran importantes de destacar en esta investigación:

- El comer emocional: Este patrón ha sido estudiado por la Teoría Psicosomática, como respuesta a la inestabilidad emocional como por ejemplo aliviar el estrés, sin tener en cuenta las señales fisiológicas de hambre y saciedad. Se considera que el comer en exceso se encuentra vinculado también a un estado de

ánimo inestable, que puede reflejarse en la falta de conciencia de que es el estado de ánimo quien está motivando su deseo de comer. De esta manera, las emociones modulan el comer en congruencia con las características de la emoción (Berkowitz, 2000).

Así, nos vemos reiterando la premisa de que la alimentación no sólo aporta los nutrientes y la energía necesarios para mantener la vitalidad, sino que constituye un aspecto muy importante del sistema emocional. Este último aspecto se pone de evidencia, por ejemplo, cuando se observa cómo se consuela a un niño dándole una golosina. A cualquier edad, tanto el beber como el comer pueden utilizarse para consolarse, colmar un vacío, compensar el aburrimiento, calmar la ira o atenuar la tristeza. De este modo, la alimentación emocional surge como una dimensión de la conducta alimentaria y se define, de acuerdo a Faith, Allison y Geliebter (1997) como: *“Comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad para hacer frente al afecto negativo.”*

De esta manera, la psicología nos amplía la perspectiva de la alimentación y nos abre el paradigma hacia los comedores emocionales, especificando que estos piensan en la comida cuando se notan ansiosos, angustiados o estresados. Para ellos, fijar su atención en los alimentos y en su ingesta es una manera de desviar la atención de las emociones que están atravesando, con el fin de evitar tener conciencia de sí mismos. Esto explicaría el comportamiento en el que una ingesta alimentaria excesiva se produce en un intento de impedir una irrupción de pensamientos, recuerdos, sentimientos o emociones dolorosas.

Otra dificultad encontrada e identificada en el comedor emocional, es la incapacidad de diferenciar sus emociones de las sensaciones de hambre, así como también una menor capacidad para comunicar sus sentimientos.

- El comer externo: dentro de esta categoría se describen las actividades que rodean la comida (obtención, preservación, preparación, presentación, realización y consumo), ya que existen muchos elementos que producen placer que no se reducen al acto mismo de ingerir un determinado alimento, si no que este está ligado a todo lo que el comer abarca: compartir la comida con los demás, el placer de cocinar para otras personas a las cuales se quiere demostrar cariño mediante ese acto, etc. Todos estos elementos se construyen socialmente e involucran diversos intercambios y negociaciones de prácticas y significados. De esto surge que los

hábitos alimentarios son un reflejo de las necesidades afectivas y de la situación mental de la persona y repercuten en su salud tanto positiva como negativamente, relacionando la emoción con la ingesta, así como la emoción con el comportamiento que actúan conjuntamente. Generalmente se prioriza a los estímulos externos, tales como los sensoriales, e interpersonales, por encima de los estímulos internos, como son en éste caso, las emociones.

Por otro lado, un factor importante dentro de la alimentación emocional, es la denominada configuración cultural alimentaria, la cual es un conjunto de reglas y comportamientos socialmente aceptados en relación al que, a cómo, a cuándo, porqué, dónde y con quién se realizará el acto de comer, de este modo los patrones de comportamiento adquiridos culturalmente son difíciles de modificar, ya que son producto de la enseñanza en la que fue formada una persona, por lo tanto, permanecen a lo largo de su vida y configuran y establecen su comportamiento alimentario, dotándolo de significados. Significados según los cuales la comida no representa sólo nutrición, sino el medio para establecer relaciones y vínculos emocionales entre las personas.

Es necesario comprender que la alimentación es una dimensión de la vida del ser humano que lo acompañará a lo largo de su existencia. A diferencia de otros comportamientos, la conducta alimentaria debe aprender a regularse, no sólo en cuanto a la cantidad o calidad de los nutrientes, sino también, a través de un aspecto esencial del ser humano, como son las emociones.

La conducta alimentaria no es un mero acto reflejo, sino una respuesta cargada de significado, tras que, aunque el estímulo alimenticio, es decir los alimentos, pueda promover la respuesta de comer, es el sujeto quien lo dota de sentido. Comer es un acto que todo ser humano reitera incesantemente, miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia, los alimentos y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión.

El comer emocionalmente está altamente ligado a la sociedad, ya que este puede ser un hábito aprendido, correspondiente a la interacción social que acompaña al momento de comer, como ocurre al momento de comer en familia, con amigos o hasta en una reunión de trabajo; o también, a un mal aprendizaje en el

modo de afrontar y gestionar las emociones durante la infancia y a lo largo de la vida, por ejemplo, premiar situaciones o tapar angustias con comida.

La ingestión de alimentos, en respuesta a emociones, con el fin de reducirlas, regularlas, y/o conseguir así el bienestar personal. Una interesante manera de poder explicar este fenómeno puede ser a través del Condicionamiento Clásico de Pavlov que asocia la presencia de ciertos estímulos con determinadas conductas tras un proceso de aprendizaje:

Las investigaciones de Pavlov son una de las bases de las ciencias del comportamiento, quien comprobó sus teorías mediante un experimento donde observa que, tras poner alimentos en la boca de un perro, el cual estaba investigando, éste empezaba a segregar saliva. Pavlov denominó este fenómeno como "reflejo de salivación". Al realizar el experimento en repetidas ocasiones, observó que su presencia (la del Pavlov) causaba que el perro empezara a segregar saliva sin tener la comida presente, pues había aprendido que cuando él se presentaba en el laboratorio, iba a recibir comida. Entonces, para poder verificarlo, puso un separador entre el perro y la comida, así de esta manera el can no podía visualizarla y cuando el investigador introducía el alimento por una compuerta, registraba la salivación del animal. Más adelante, empezó a aplicar distintos estímulos (auditivos y visuales) que hasta entonces eran neutros, justo antes de servirle la comida al perro. Sus resultados indicaron que, tras varias aplicaciones, el animal asociaba los estímulos (que ahora ya eran estímulos condicionados) con la comida. Pavlov llamó a esto "reflejo condicionado" a la salivación que se producía tras esta asociación.

Si trasladamos el condicionamiento de Pavlov al caso del comedor emocional, comer sería la conducta y las emociones el estímulo, y para que se produzca la asociación estímulo-conducta, ambos han tenido que darse conjuntamente en varias ocasiones, es decir, que tras un cierto estado de ánimo el individuo ingiere alimentos. Esto da lugar a un aprendizaje, donde el individuo tiene deseo de comer solo al sentir diferentes emociones.

También otra consecuencia destacable a esta asociación, es el ejemplo que mencionamos anteriormente, donde se comete el error de intentar consolar o premiar a los niños con alimentos, preferentemente con aquellos de alto contenido en grasas y/o azúcares, como pueden ser las golosinas. Esto puede llevar a que, ante esas

mismas experiencias y emociones durante la vida adulta, como por ejemplo frente a la tristeza o a recompensas, el individuo tiende a consumir esa clase de alimentos para reconfortarse.

2.2 Inestabilidad emocional

La inestabilidad emocional está caracterizada por altibajos y variaciones en los sentimientos y estados del ánimo, que determinan un rasgo de la personalidad. Al reiterarse este desequilibrio puede provocar un trastorno que ocasiona desorden emocional en quien la padece, ya que no son incapaces de manejar correctamente sus emociones y pueden pasar de la euforia a la tristeza en cuestión de minutos.

Para entender qué es la inestabilidad emocional debemos separar entre emociones y estados de ánimo:

- Las emociones son una respuesta inmediata a un acontecimiento o a un hecho que se producen, son más variables y más fugaces.
- Los estados de ánimo son por lo general más estables y pueden durar días o semanas. Un estado de ánimo es un sentimiento de fondo que se mantiene en el tiempo y que está vinculado con las vivencias.

Las personas que sufren inestabilidad emocional sufren cambios constantes en los estados de ánimo, ocasionando reacciones impulsivas y viscerales, también sufren dificultades para comunicarse, no toleran las frustraciones, suelen tener una baja autoestima y un pensamiento dicotómico (o blanco o negro), son dependientes emocionalmente por lo que les cuesta estar solos y tienen dificultad para separar los diferentes ámbitos de su vida.

Otros síntomas presentes en personas que padecen inestabilidad emocional pueden ser: períodos de tristeza y abatimiento, estados de euforia, inconstancia, baja tolerancia a la frustración, baja autoestima e inseguridad y dificultad para separar las diferentes áreas de su vida y, como consecuencia, mezclan la familia, el trabajo y los amigos, trasladando conflictos de un aspecto a otro.

La causa más común de inestabilidad emocional ha resultado ser el estrés y un ritmo y un estilo de vida poco equilibrados. Es decir, la alimentación puede estar muy relacionada con los estados de ánimo y con la depresión.

Las mujeres son más propensas a sufrir la inestabilidad emocional, como

consecuencia de los múltiples cambios hormonales que se producen a lo largo de su vida: síndrome premenstrual (producción de estrógenos), el embarazo (cambios hormonales) y la menopausia.

El vaivén de emociones, puede ocasionar a la persona que padece de inestabilidad emocional dificultad en sus relaciones personales, problemas de trabajo que pueden derivar en problemas económicos, lo que podría ocasionar alguna otra patología crónica en su salud mental, como, por ejemplo, la depresión.

CAPITULO 3: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Tras lo descrito en los capítulos anteriores, se puede deducir que la conducta alimentaria está ampliamente sesgada por distintas categorías de variables de diversos tipos cada una. Por lo que, es necesario destacar la importancia del abordaje interdisciplinario, como lo es la educación alimentaria nutricional, encargada de deconstruir aquellos viejos y malos hábitos alimentarios para lograr corregirlos y el análisis del comportamiento, que otorga una ventaja para el estudio y el abordaje de la conducta alimentaria al interior de la psicología. Esta ventaja está encaminada a que las formas de medición y el establecimiento de unidades de análisis, propenden por el establecimiento de metodologías de estudio y, por ende, de intervención para la modificación de conductas problema en áreas de alimentación, es decir, en el campo de la nutrición. Se sabe que, los tratamientos en general para la modificación de conductas alimentarias, están fundamentados en procedimientos conductuales más que cognitivos o biológicos, siendo de vital importancia realizar los abordajes interdisciplinarios.

3.1 Comorbilidades asociadas al Comedor Emocional

Obesidad:

La obesidad es considerada una enfermedad metabólica multifactorial, determinada por elementos sociales, fisiológicos, metabólicos, moleculares y genéticos, y también, es la patología que con más frecuencia se asocia al Comedor Emocional.

La obesidad, está entendida como la acumulación de grasa corporal por consecuencia de una ingesta superior al gasto energético, es una definición correcta pero también es considerada incompleta según la tesisista, ya que la definición de la obesidad debería reflejar un estado corporal provocado por diversas causas, algunas endógenas (por ejemplo, desordenes endócrinos y metabólicos) y otras exógenas (como son los hábitos y la relación con la comida). Surge así, la necesidad de definir un término denominado edorexia, el cual es un trastorno alimentario que se pone de manifiesto mediante la ingesta desproporcionada de alimentos y engloba los factores y conductas descritas anteriormente en esta investigación, La edorexia provoca por sí misma un malestar clínicamente significativo, un deterioro psicológico que puede repercutir tanto social, como laboralmente, incluyendo también otras áreas importantes de la actividad del individuo. Además, enfatiza el apetito como estimulante de las conductas consideradas de riesgo y establece los distintos aspectos o componentes que predominan e integran la obesidad, por ejemplo, podemos distinguir: apetito por estrés, apetito por depresión o ansiedad y apetito por adicción a la comida. Todo esto nos sugiere nuevamente el diagnóstico y tratamiento interdisciplinario, integrándose el trabajo del consultorio de nutrición con un análisis funcional de la conducta, donde también se tienen en cuenta los factores estresantes y psicológicos. De esta forma, se observa la edorexia como una enfermedad interdisciplinar en la que el aprendizaje es fundamental y desencadenante de la obesidad, requiriéndose para ella de una intervención interdisciplinaria: compuesta por una o varias intervenciones psicológicas y uno o varias intervenciones nutricionales conjuntas. Además, existen suficientes evidencias para otorgar a los aspectos psicológicos relacionados con la obesidad (como son el hedonismo alimentario, la depresión, el estrés y la ansiedad), generando una gran importancia al introducir todos estos aspectos como desencadenantes de la obesidad, integrarlos en la definición de edorexia e intervenir tan complejamente como el cuadro lo requiere, incluyendo diversos ámbitos, como son por ejemplo, la promoción de la salud tanto física como mental y la prevención o tratamiento de la obesidad.

Como ya se ha mencionado, los alimentos tienen un efecto de satisfacción neuronal, por tanto, las personas con trastornos emocionales como ansiedad o depresión y estrategias de afrontamiento disfuncionales, suelen presentar Impulsividad alimentaria, que es la conducta alimentaria que realiza el individuo

producto de la emoción, y que llevan a la pérdida del control en la ingesta, y de esta manera comer para sustituir una regulación emocional efectiva. Ello puede conducir a desarrollar conductas de alimentación excesivas que pueden dar lugar a una ganancia de peso.

La abundante literatura existente sobre obesidad abarca diversos aspectos, tales como su prevención, fisiopatología, tratamiento y patologías físicas asociadas, sin embargo, no se ha puesto la misma importancia al componente psicológico, ya que la presencia de algún trastorno de este tipo podría influenciar el desarrollo de la obesidad como el estrés, las emociones y su relación con la conducta alimentaria.

La ansiedad puede ser un factor de riesgo que predispone al sobrepeso y la obesidad, ya que se manifiesta con alteraciones del ánimo, de los pensamientos y del comportamiento.

Otro trastorno emocional asociado a sobrepeso y obesidad es la depresión, ya que provoca una disminución de las funciones de socialización de la persona afectada, altera sus actividades cotidianas en el trabajo, en la escuela y en la familia.

También es importante destacar la influencia negativa que conlleva el abandono de los tratamientos destinados a la disminución de peso y a las patologías concomitantes.

Cuando se realiza la anamnesis alimentaria, en la primera consulta de paciente que acude al consultorio por sobrepeso y obesidad, muchos manifiestan espontáneamente expresiones en que aluden al término ansiedad como causa de la ingestión excesiva de alimentos y generalmente se proponen metas difíciles de alcanzar y/o poco probables a corto plazo, generando frustración, sensación de malestar y posteriormente, abandono del tratamiento.

De las distintas comorbilidades nombradas en este trabajo, podemos reiterar que se necesita la participación de una diversidad de profesionales del área de la salud para el abordaje, como nutricionistas, endocrinólogos, especialistas en enfermedades respiratorias, cardiólogos, traumatólogos, kinesiólogos y psicólogos.

Un paciente obeso no sólo tiene que ser diagnosticado y tratado sólo por ese diagnóstico, sino que es necesario indagar profundamente para pesquisar a tiempo la concomitancia de cualquier otra patología asociada.

- Trastornos del estado de ánimo:

Otros trastornos considerados comórbidos para el comedor emocional y que la tesis encontró con más frecuencia en su investigación asociado a esto son la angustia, la ansiedad y el estrés.

- Angustia:

La angustia y la depresión normalmente se asocia con pérdida de apetito y pérdida de peso posterior. Sin embargo, existe un subtipo de depresión que se caracteriza por las características típicas de aumento del apetito y aumento de peso posterior (DSM-5; American Psychiatric Association).

La alimentación emocional se ha considerado un marcador en ambos tipos de depresión, debido a la repercusión de esta en la alimentación de quien la padece.

Estos subtipos comparten la característica típica de aumento o disminución del apetito en respuesta a la angustia, como sentimientos de depresión. Por esto mismo, reforzamos la premisa de que la depresión puede estar asociada con el aumento o disminución del peso corporal y de que la alimentación emocional es el eslabón perdido entre la depresión y la obesidad o anorexia.

- Ansiedad:

Según el Diagnostic and Statistical Manual IV (DSM-IV), la ansiedad puede presentarse como diversos trastornos, en los que se incluyen Trastorno de pánico, el Trastorno de ansiedad generalizada, las fobias, el trastorno obsesivo compulsivo, el estrés agudo y el trastorno de estrés post traumático. El curso de estos desórdenes se caracteriza por su aparición a edades relativamente tempranas, su cronicidad y recurrencia de los trastornos y períodos de incapacidad. Por ello, este componente ansioso también tiene que ser tomado en cuenta al instante y en forma tan importante como lo es al momento de indicar un tratamiento destinado al control de los hábitos alimentarios, del control de mantenimiento del peso corporal y/o su disminución, y de los demás factores de riesgo cardiovascular presentes en las enfermedades crónicas no transmisibles, como es la obesidad.

Un adecuado manejo de la sintomatología ansiosa podría permitir una mejor tolerancia, y consecuentemente, mayor adherencia y permanencia al tratamiento destinado al control del sobrepeso y/u obesidad.

Trabajar sobre la ansiedad es crucial para la llamada “Terapia de conducta” que pretende que el paciente se entrene en ganar autocontrol en sus hábitos alimenticios, ya que la ansiedad también favorece la alimentación emocional, debido a que una mala gestión de la misma con el fin de aliviarla, puede dar lugar a una ingesta excesiva de alimentos.

Se ha comprobado que las emociones negativas son percibidas por nuestro cuerpo como una amenaza, lo cual provoca que a nivel fisiológico se libere glucosa en sangre, que a su vez suprime la sensación de hambre. Por lo tanto, comer en respuesta a emociones no es un mecanismo fisiológico sino una conducta aprendida en la sociedad.

- Estrés:

Otro factor muy influyente en la conducta alimentaria e importante de destacar es el estrés, ya que este ha sido relacionado tanto con un incremento como en la disminución en la ingesta en humanos. Asimismo, se le ha relacionado con el proceso de regulación alimentaria, señalando que sus efectos pueden ser parte de una posible explicación a fenómenos como atracones o anorexia.

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que la provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos el cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.

Tanto en humanos como en animales, los eventos que desencadenan la respuesta de estrés pueden ser muy variados, teniendo efectos diferenciales sobre la conducta alimentaria, dependiendo mayormente de la intensidad y la frecuencia del estresor, más que de la duración del mismo. Siendo estos parámetros los que clasifican a los estresores en agudos o crónicos.

El estrés agudo es originado por estresores que ocurren en una sola ocasión o en ocasiones esporádicas, mientras que el crónico deriva de una mayor frecuencia de exposición a estresores, los cuales pueden ser de menor intensidad que el estresor agudo.

SERVICIO DE SALUD MENTAL HOSPITAL JUSTO JOSE DE URQUIZA

El mismo se encuentra en la Av. Uncal s/n en la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos. El Servicio está compuesto por un equipo interdisciplinario, que se rige por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, a través de diferentes funciones y dispositivos, realizando trabajos con diferentes disciplinas y especialidades del Hospital, como también un trabajo intersectorial tanto con organismos gubernamentales como no gubernamentales.

El equipo se encuentra conformado por 14 psicólogos, 3 médicos (2 psiquiatras y una médica clínica), una trabajadora social y una musicoterapeuta.

Las funciones del mismo se dividen en internas y externas:

En lo que se refiere al trabajo interno, se trabaja en atención de urgencias en el Servicio de Guardia, interconsultas de las diferentes salas de internación (pediatría, ginecología y obstetricia, UCO: unidad coronaria, UTI: unidad de terapia intensiva y sala de clínica médica) y de los demás servicios del hospital, internaciones por Salud Mental en la sala de Clínica - Médica, además de realizar tratamientos por consultorios externos tanto de niños, como adolescentes y adultos.

En cuanto al trabajo externo e intersectorial, se reciben solicitudes de evaluación, tratamiento y eventual internación, por parte de los organismos judiciales, centros de salud provinciales y as diferentes áreas municipales, como por ejemplo, Desarrollo Social, Salud Mental, el área de la Mujer, Diversidad y Género y el hogar para mujeres víctimas de violencia, de los equipos técnicos de departamental de escuelas: SAIE (Servicio Atención Interdisciplinaria Escolar) y EOE (Equipo de Orientación Escolar), del COPNAF (Consejo Provincial de Niñez Adolescencia y familia), y de las demás instituciones que trabajan con salud mental de la ciudad tanto públicas como privadas, por ejemplo, El Solar, El despertar, Instituto Del Prado, Fundación El edén, Fundación 90 días. Aprender a vivir. Fundación Centro.

Se realizan también evaluaciones en juntas médicas de los trabajadores del estado que presentan licencia por salud mental indicadas tanto por profesionales del ámbito público como del privado.

MATERIAL Y METODOS

- Tipo de estudio

La investigación se realizó bajo la lógica cuantitativa, ya que está basada en la recolección de datos que han sido analizados y presentados de manera numérica; se aplicó un diseño no experimental, donde se ha observado y analizado las variables en su ambiente natural sin manipulación; es prospectivo, dado que se analizaron datos obtenidos al momento de la encuesta; de corte transversal, ya que fue realizado en un tiempo específico y sin seguimiento; y descriptivo, ya que describe una realidad concreta, señalando sus cualidades.

- Selección de casos

Los pacientes diagnosticados con inestabilidad emocional fueron identificados a partir de la observación de los registros del Servicio de Salud Mental del Hospital J. J. Urquiza facilitados por profesionales de salud que trabajan en el mismo.

Los criterios de inclusión y exclusión en la misma han sido:

Inclusión: Pacientes en edades comprendidas entre 18 y 59 años diagnosticados con inestabilidad emocional que asistieron al Servicio de Salud Mental Hospital J.J. Urquiza de la ciudad de Concepción del Uruguay durante el mes de noviembre del año 2020.

Exclusión: Pacientes en edad comprendidas entre 18 y 59 años diagnosticados con inestabilidad emocional que asistieron al Servicio de Salud Mental Hospital J.J. Urquiza de la ciudad de Concepción del Uruguay durante el mes de noviembre del año 2020, que presentaron patologías crónicas en salud mental y/o que no quisieron participar del estudio.

Debido a la situación de pandemia, el cuestionario se llevó a cabo de manera virtual, por lo que, otro criterio de exclusión fue que la persona no cuente con los medios para poder comunicarse por esa vía, como acceso a internet y/o que no sepa manejarse dentro este tipo de comunicación.

- **Instrumentos de recolección de información**

Como se mencionó anteriormente, se realizó una observación de los registros del Servicio de Salud Mental, facilitados por los profesionales que trabajan en el mismo, con el fin de identificar aquellos pacientes diagnosticados con inestabilidad emocional.

La investigación se realizó a través de la implementación del “Cuestionario de Comedor Emocional Garaulet (CCE)” de Garaulet (Anexo 1) adaptado para ser comprendido por la población de estudio, cuyo objetivo principal fue determinar el grado de alimentación emocional. Este cuestionario valora aspectos como la existencia de un registro de su conducta alimentaria, el tipo de alimentos ingeridos y la emoción generada a partir de la misma. Consta de 10 preguntas, cuyas repuestas tienen un valor de 0 a 3, y la suma de las mismas permite una clasificación: “Comedor No Emocional” (0-5), “Comedor Poco Emocional” (6-10), “Comedor Emocional” (11-20) y “Comedor Muy Emocional” (21-30).

Como está prevista la continuidad de la situación actual de pandemia, el cuestionario se realizó a los participantes de este estudio de manera remota, por medio de un formulario de Google Drive que incluyó las preguntas del “Cuestionario de Comedor Emocional Garaulet (CCE)” de Garaulet adaptado para la comprensión de la población de estudio. El mismo fué enviado por los profesionales del Servicio de Salud Mental a los pacientes diagnosticados, al finalizar las consultas por videollamada.

- **Análisis de información recolectada:**

El análisis de los datos recolectados se realizó en base a la estadística descriptiva. Para llevar a cabo la descripción se aplicó la distribución de frecuencias, que nos indica el número de casos que hay en cada categoría de las variables, obteniendo en una tabla de valores los porcentajes para cada una.

El proceso de edición, carga, tabulación y análisis de los datos se llevó a cabo por medio del programa informático de soporte Microsoft Word y Microsoft Excel 2016 para Windows XP. También se elaboraron tablas y gráficos para poder interpretar fácilmente los resultados, y así arribar con las conclusiones correspondientes.

VARIABLE 1:

- Grado de alimentación emocional:

Definición teórica: grado de intensidad en que el individuo es capaz de llevar a cabo estrategias de afrontamiento adecuadas ante las distintas emociones que repercuten en su alimentación.

Medición: se midió a través de las preguntas del Cuestionario de Comedor Emocional Garaulet (CCE)” de Garaulet (2012).

Categorías:

- Grado de alimentación No Emocional: 0-5 puntos
- Grado de alimentación Poco Emocional: 6-10 puntos
- Grado de alimentación Emocional: 11-20 puntos
- Grado de alimentación Muy Emocional: 21-30 puntos

VARIABLE 2:

- Sexo:

Definición teórica: identidad sexual de la persona, es decir, al rol con el que se identifica a partir de la experiencia de su sexualidad.

Categorías:

- Femenino
- Masculino

VARIABLE 3:

- Edad:

Definición teórica: tiempo que ha vivido una persona en años desde el nacimiento hasta el momento en que se realice la encuesta.

Categorías:

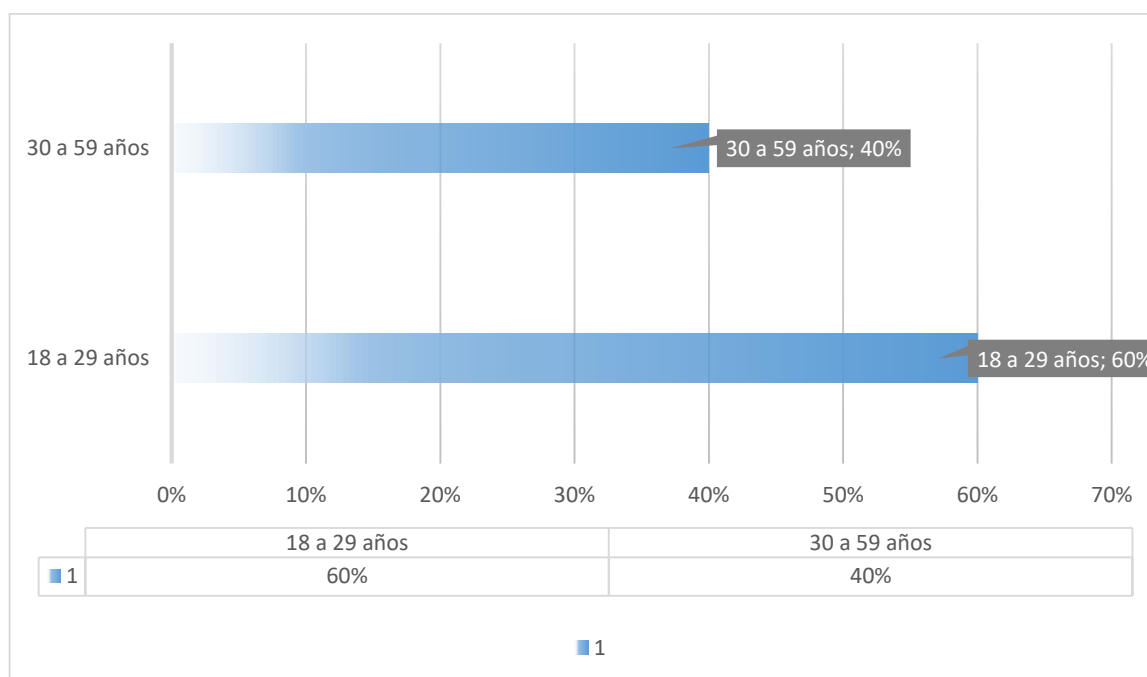
- 18 a 29 años
- 30 a 59 años

RESULTADOS Y DISCUSION

Como ya se ha mencionado anteriormente, la encuesta se ha realizado de manera virtual mediante un cuestionario de Google Drive, enviado por los profesionales del Servicio de Salud Mental del Hospital J.J Urquiza a aquellos pacientes con los que mantienen contacto de manera remota.

El mismo fue enviado por la tesinista mediante un link¹ a la Lic. Ivana M. Seró (Directora de esta tesina, y jefa del Servicio de Salud Mental), la cual reenvió el link tanto a pacientes, como a sus compañeros del Hospital, para que consecuentemente lo enviaran a sus propios pacientes. Por lo que, se han obtenido 53 respuestas, las cuales serán presentadas y analizadas a continuación:

EDAD:



Entre las respuestas de esta sección se han seleccionado 48 preguntas de las 51 que han sido respondidas, debido a que las 3 respuestas restantes, fueron descartadas ya no pertenecían al grupo etario que se solicita en esta tesina.

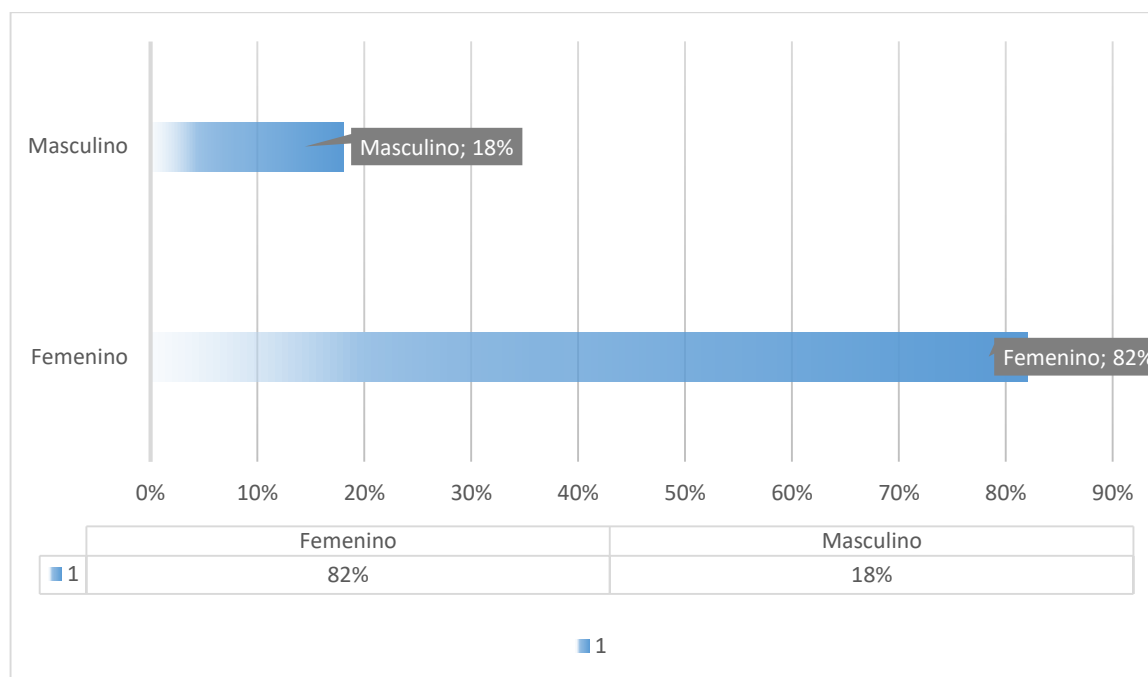
¹ <https://forms.gle/x4UkJaL7CXyruC276>

La variable que más predominó en la encuesta fue el grupo etario de 18 a 29 años con un 60% de las respuestas dentro de este rango, equivalente a 29 personas. La variable de 30 a 59 años consta del 40% de los encuestados, equivalente a 19 personas dentro de esta segunda variable.

En Estados Unidos se realizó un estudio que revela como interfiere la edad en los hábitos alimentarios. Este estudio fue realizado por Harris Interactive (2011) a 2500 norteamericanos adultos. Los datos revelan que los estadounidenses desarrollan mayor preferencia en el momento de la compra y unos hábitos de alimentación más saludables a medida que envejecen.

El mismo estudio se realizó en España por Consumolab (2012) obteniendo como resultado una tendencia similar a la resultante en el estudio realizado por Harris Interactive, en cuanto a la preocupación por una alimentación saludable. Consumolab, en su estudio nos devela que no solamente a medida que aumenta la edad, se consumen alimentos más saludables, sino que también hay una preocupación por el descenso de consumo de aquellos productos asociados con una “alimentación menos sana”

SEXO:



Aquí se puede diferenciar la variable que respecta al sexo. Predominando el sexo femenino con un 82%, lo que implica que, de 51 personas encuestadas, 42 fueron del sexo femenino; mientras que, de los encuestados, un 18% son de sexo masculino, es decir, solo 9 encuestados. En la encuesta también se incluyó la variable “Prefiero no decirlo”, para incluir a todo aquel que no se encuentre identificado con ninguno de los dos géneros, ya sea femenino o masculino, o que simplemente no este conforme al responder esa pregunta, pero no se han obtenido respuestas dentro de esa variable.

La tesinista cree que es importante resaltar la cantidad de respuestas de sexo femenino y confirmar mediante estos resultados la premisa descrita en el Capítulo 1 del marco teórico de esta tesina, donde se mencionan las fluctuaciones que infieren en la conducta alimentaria durante los ciclos menstruales, cuando el estradiol y la progesterona influyen directamente en la conducta alimentaria de este sexo, explicando por qué se sugiere la variable de que la conducta alimentaria emocional podría predominar más en el sexo femenino que en el masculino.

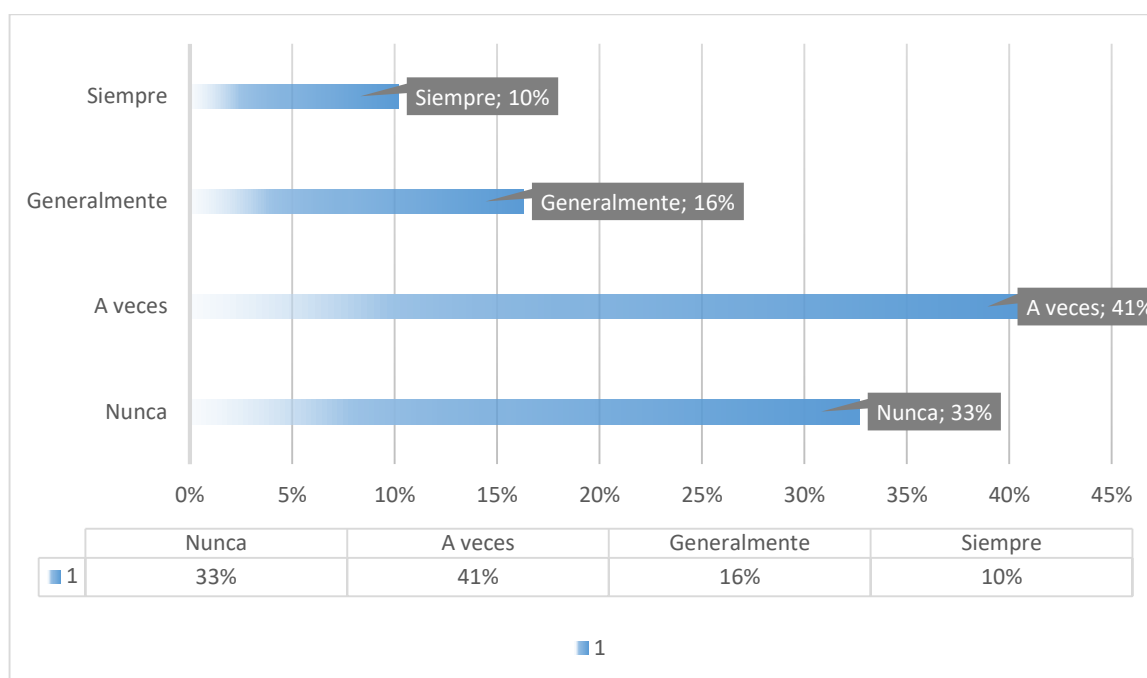


Figura 1. ¿La balanza tiene un gran poder sobre vos? ¿Es capaz de cambiar tu estado de humor?

Al cuestionarse si la balanza tenía poder sobre la persona y/o tiene la capacidad de cambiar el estado de humor de los encuestados nos encontramos con que un 41%, es decir, 20 personas de las 49 que fueron encuestadas respondieron que “A veces”

la balanza tenía un poder sobre ellas o era capaz de cambiar su estado de humor. Y un 33% (16 personas) contestó “nunca”. Respetando el orden decreciente, un 16% (8 personas) se identificaron con la variable “Generalmente” y solamente un 10% (5 personas) con “Siempre”.

En esta pregunta la tesinista quiere destacar una nueva corriente para la consulta nutricional conocida como HAES (Health at every size) o Salud en todas las tallas o Salud Incluyente. Para validar esta nueva metodología se describe muy brevemente, y solo para justificar el efecto de la balanza en las personas, el estudio de Tylka (2014): “El Enfoque Incluyente con Respecto al Peso versus el Enfoque Normativo con Respecto al Peso en Salud: Evaluando la Evidencia para Priorizar Bienestar sobre Pérdida de Peso”. En este estudio podemos diferenciar “el enfoque normativo con respecto al peso” (el cual hace énfasis en el peso y la pérdida de peso al definir salud y bienestar) mientras que, “el enfoque incluyente con respecto al peso” hace énfasis en ver la salud y el bienestar como multifacéticos, al mismo tiempo que se dirigen esfuerzos hacia mejorar el acceso a la salud y reducir el estigma con respecto al peso. De esta manera, una de las premisas de esta corriente se basa en no usar la balanza durante los controles nutricionales, para evitar aquellos traumas, angustias, bloqueos, etc. que se pueden generar en el paciente llevando el peso corporal como una totalidad y parámetro para diagnosticar la presencia o ausencia de salud. La balanza, es incapaz de discriminar en ese número total de peso, de donde proviene esa totalidad, de que tejido, de fluidos, etc. Siendo también incapaz de demostrar si esa persona goza realmente de buena salud o no. Confirmando que, todas las personas son capaces de lograr salud y bienestar independientemente del peso, si les es dado acceso a cuidado a la salud libre de estigmatización. Bajo este paradigma, el peso no es un punto focal para el tratamiento, ya que el peso no es visto como una conducta, sino que se basa en consumir alimentos nutritivos en presencia de hambre, dejar de comer cuando se está saciado e involucrarse en ejercicio placentero, todo esto guiado por la intuición sí son conductas de autocuidado que pueden ser hechas más accesibles para las personas. Este enfoque también intenta minimizar el estigma relacionado con el peso y por lo tanto puede ayudar a que los pacientes se sientan cómodos en el ámbito del cuidado de la salud, más capaces para discutir sus preocupaciones de salud y con menor

probabilidad de experimentar el encuentro de cuidado de la salud como un evento estigmatizante.

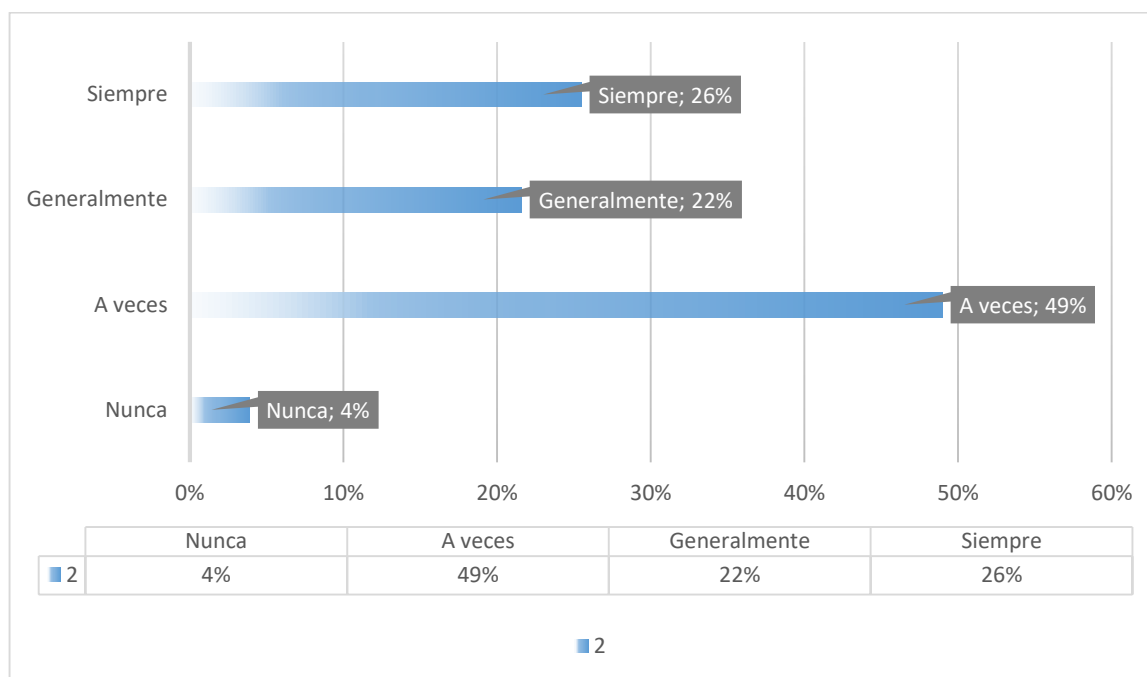


Figura 2. ¿Tenés antojos por ciertos alimentos específicos?

Al realizarse la incógnita relacionada con los llamados “antojos”, es decir, preferencia por un alimento específico, se hallaron los siguientes resultados, que presentados en orden decreciente fueron: “A veces” 49% (25 personas); “Siempre” 25.5% (13 personas); “Generalmente” 21.6% (11 personas); y por ultimo con un porcentaje muy bajo, se encontró la respuesta “Nunca” con solo un 3.9% (2 personas). Esta pregunta obtuvo en total, 51 respuestas.

Con este interrogante podemos confirmar la premisa descrita en el marco teórico de que en la alimentación emocional predomina el apetito/hambre emocional. Donde el apetito no solo es una necesidad fisiológica, ya que no está sesgado no por el hambre y la necesidad de comer, sino por la elección de algún alimento específico, el que se busca para satisfacer deseos, generar placer, acentuar alguna sensación de bienestar como “premio” o tapar alguna sensación de ansiedad, angustia o estrés.

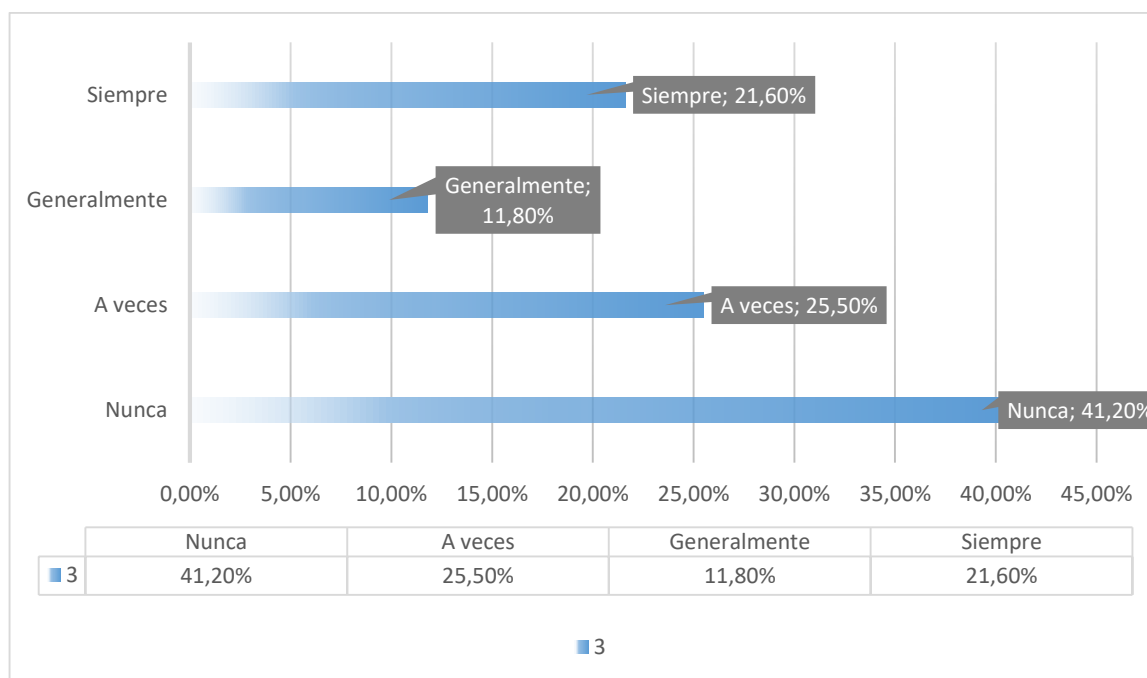


Figura 3. ¿Te cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?

Al cuestionarse a los encuestados si les costaba parar de comer alimentos dulces, en especial chocolate, se obtuvo como respuesta: Nunca 41.2% (21 personas) “A veces” 25.5% (13 personas); “Siempre” 21.6% (11 personas); “Generalmente” 11.8% (6 personas).

Respecto a la preferencia de la ingesta de alimentos dulces en la alimentación, existen diversos estudios, pero la tesinista buscó destacar justificar esta pregunta mediante un estudio llamado “Rol de la emoción en la conducta alimentaria” donde Palomino – Perez (2020) explica que fisiológicamente, el cuerpo ante situaciones de estrés activa el eje hipotálamo–hipofisario-adrenal, aumentando las demandas de glucosa para satisfacer las necesidades de homeostasis corporal. Los glucocorticoides que se secretan en periodos de estrés aumentan los niveles de glucosa, aumentando también el apetito y en consecuencia la ingesta de alimentos. Justificando así la preferencia por alimentos de sabor dulce o altos en carbohidratos. Un aumento del estrés crónico provoca, en los individuos, un aumento de sus conductas alimentarias menos saludables, ya que, el comer es un mecanismo para enfrentar las emociones negativas frente a situaciones o contextos de estrés. De esta manera, se reportó una mayor ingesta de alimentos altos en azúcares y grasas, como una manera de afrontar las emociones negativas, en aquellas que presentaron un alto estrés percibido.

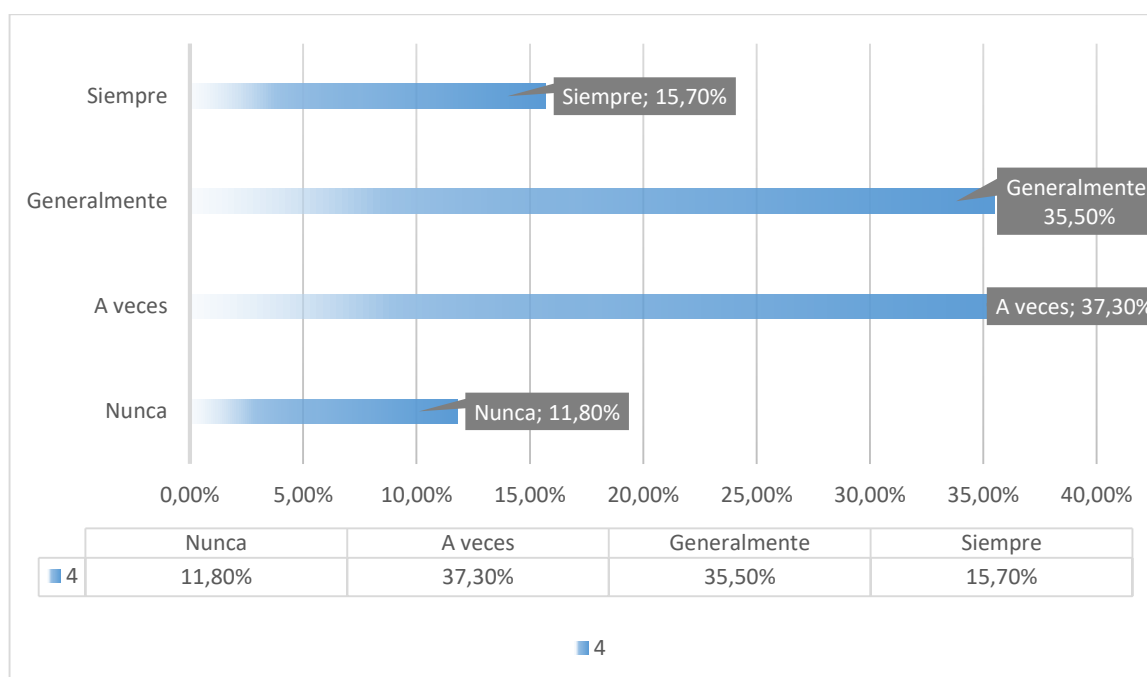


Figura 4. ¿Tenés problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?

En relación al control de las cantidades que consumen, de ciertos alimentos, los encuestados se encontraron respondiendo “A veces” un 37.3% (19 personas); “Generalmente” respondió un 35.3% (18 personas); Siempre un 15.7% (8 personas); y “Nunca” representa un 11.8% (8 personas).

Para comprender este proceso respecto al control de cuanto comemos, la tesinista quiere destacar dos definiciones: saciedad (intervalo entre comidas en función del tiempo transcurrido. Es decir: “comer/volver a comer”), y saciación (proceso que determina el momento cuando se suspende el acto de comer, es decir, la delimitación del final de un episodio alimentario que determina la cantidad de alimento ingerido. Resumidamente: “Empezar a comer/Parar de comer”).

Las investigaciones realizadas en torno a la regulación alimentaria específicamente en el tenor de los procesos de saciación y saciedad, los primeros hallazgos se remontan hacia el año de 1950, cuando James Strang comenzó a realizar estudios para esclarecer la importancia de conocer el por qué las personas consumían lo que comían, con lo cual definió a la saciedad como el “momento en el que una persona para de comer”. Hacia el año 1957, Jean Meyer definió la saciedad como “la cesación de comer”. En 1971, los investigadores David Booth y Jonh Blundell propusieron por primera vez dos mecanismos de inhibición de la ingesta alimentaria: la saciación y

la saciedad. Por su parte, David Booth en 1976 propuso de manera particular que mediante el proceso de saciación se podía determinar el tamaño de la ingesta alimentaria. Más tarde en 1987, John Blundell, Peter Rogers y Andrew Hill propusieron el modelo de la “Cascada de Saciedad” que permite identificar los factores que influyen sobre la conducta alimentaria. En este modelo, logran puntualizar los elementos que determinan la saciación, en la cual actúan componentes sensoriales a corto plazo, como la variedad, textura, palatabilidad, tacto, olfacción, visión y audición de los alimentos. Por otro lado, los factores que actúan a largo plazo y que influyen para determinar el proceso de saciedad (período que inicia con el término del episodio digestivo) son los factores cognitivos, post-digestivos y post-absortivos.

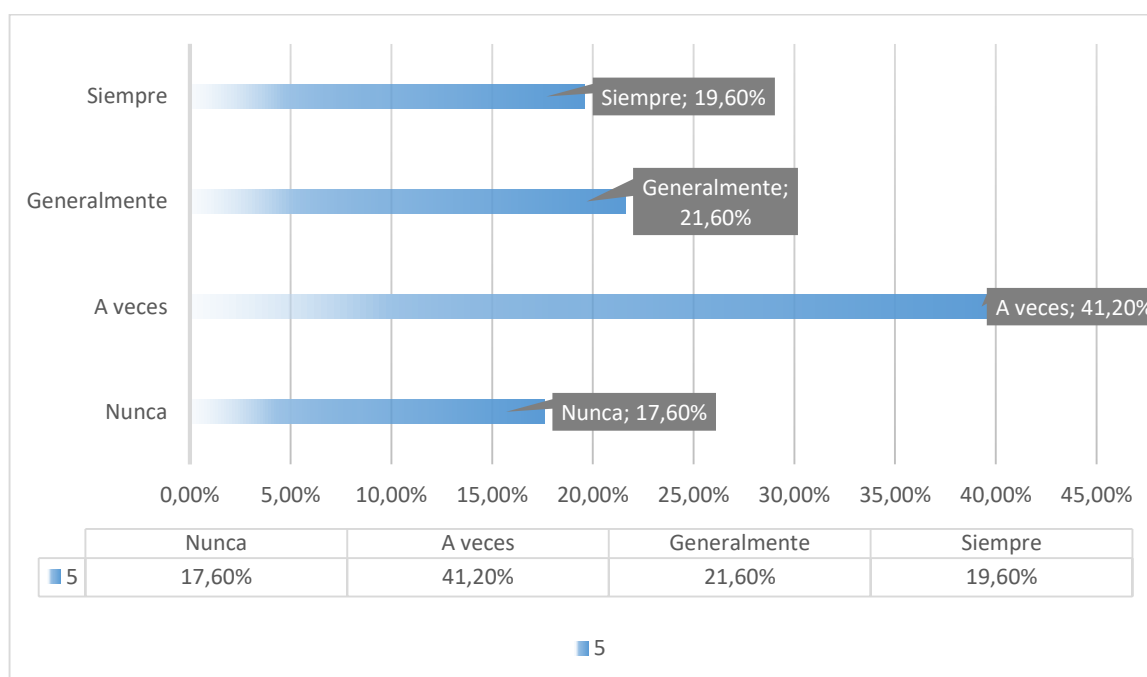


Figura 5. ¿Comes cuando estás estresado, enojado o aburrido?

Los resultados a la pregunta sobre comer cuando se presentan sentimientos como el enojo, el aburrimiento o el estrés, en orden decreciente fueron: “A veces” 41.2% (21 personas), “Generalmente” 21.6% (11 personas), “Siempre” 19,6% (10 personas), y con menor frecuencia se contestó “Nunca” 17.6% (9 personas). Dando a entender con esto, que las emociones afectan a la alimentación incrementando la ingesta ante las presentes emociones. Esta cuestión a desarrollar se la encuentra vinculada al Antecedente 1 presentado en la tesina, donde Sánchez Benito y Pontes

Torrado, estudiaron la influencia de las emociones en la ingesta y control de peso en el año 2012. Dicho estudio considera las emociones con un efecto poderoso sobre la elección de alimentos y sobre los hábitos alimentarios. Además, de demostrar evidencia empírica que la influencia de las emociones sobre la conducta alimentaria es más fuerte en las personas obesas que en las no obesas y en personas que hacen dieta en relación a las personas que no hacen dieta.

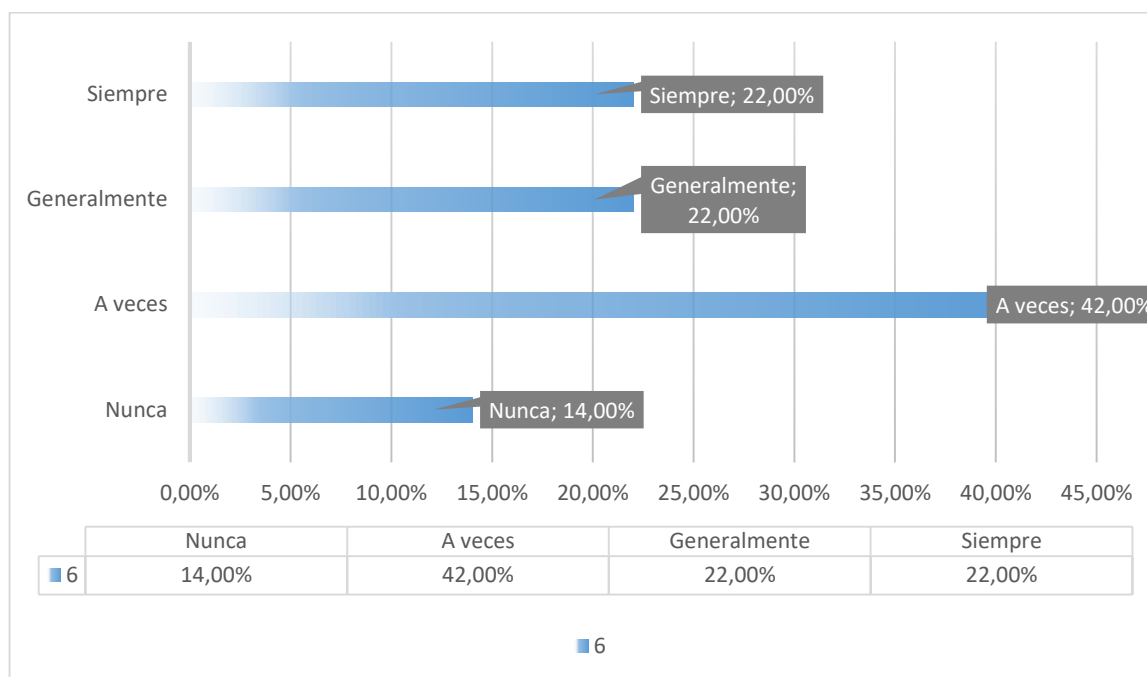


Figura 6. ¿Comes más de tus alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estás solo?

Como resultado a este interrogante nos encontramos con que un 42% de los encuestados (21 personas) contestaron “A veces” comen sus alimentos favoritos y con más descontrol, cuando están solos; un 22% (11 personas) contestaron que “Generalmente” pasan por esa situación, al igual que “Siempre” con el mismo resultado (22% = 11 personas); quedando “Nunca” como la menos escogida, solo por 7 personas, equivalentes al 14%.

En el marco teórico de esta tesina, en el capítulo número 2 destinado al aspecto psicológico, se explicó que el comer emocionalmente está altamente ligado a la sociedad, ya que este puede ser un hábito aprendido, correspondiente a la interacción social que acompaña al momento de comer, como ocurre al momento de comer en familia, con amigos o hasta en una reunión de trabajo.

Entonces, ¿por qué nos encontramos en los resultados de la encuesta, que predomina más la conducta de comer con más descontrol cuando se está solo? Justamente, porque al ser el comer un acto social, la conducta nos predispone a cómo se debe actuar en sociedad, y muchas veces, al no estar con compañía, se sueltan y afloran aquellas emociones que regulan nuestro comer emocionalmente, perdiendo el control o más bien, dejando de lado aquel pudor que nos pone aquella moral sobre qué y cuanto comer, frente a otras personas.

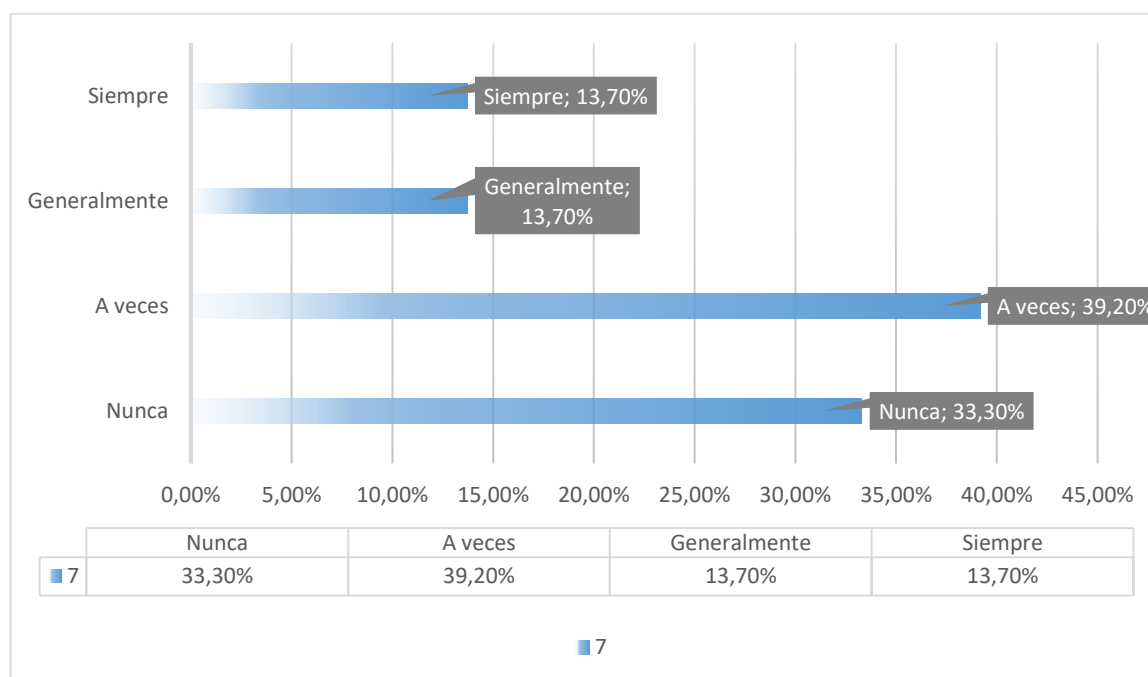


Figura 7. ¿Te sentís culpable cuando tomas alimentos "prohibidos", es decir, aquellos que crees que no deberías, como los dulces o snacks? (golosinas, alfajores, chocolates, papas fritas, chizitos, etc.). Número de respuestas: 51

Los datos obtenidos en la interrogante que incluye al sentimiento de culpa al comer alimentos "prohibidos" fueron: "A veces" 39.2% (20 personas); "Nunca" 33.3% (17 personas); "Generalmente" 13,7% (7 personas); "Siempre" 13,7% (7 personas). Aunque en las respuestas obtenidas, la mayoría de los encuestados contestaron que no les sucede, o que simplemente a veces, estos sentimientos de culpa son signos clásicos presentes en la alimentación emocional, tras comer alimentos "prohibidos". En una tesis de grado realizada en la Universidad Fasta, por la autora Barattucci (2011) se describe que durante episodios de estrés se hallan signos comunes de la conducta alimentaria regidos por las emociones como, obsesionarse por las

comidas, usar la comida como premio, ingerir impulsivamente alimentos, consumir fuera de control, no poder parar de comer o continuar comiendo a pesar de sentirse lleno, sentimientos de culpa o remordimiento después de comer, desconexión de las señales psicológicas de hambre y saciedad, fluctuaciones del peso, no poder reconocer la razón por la que come y comer más rápido que lo normal.

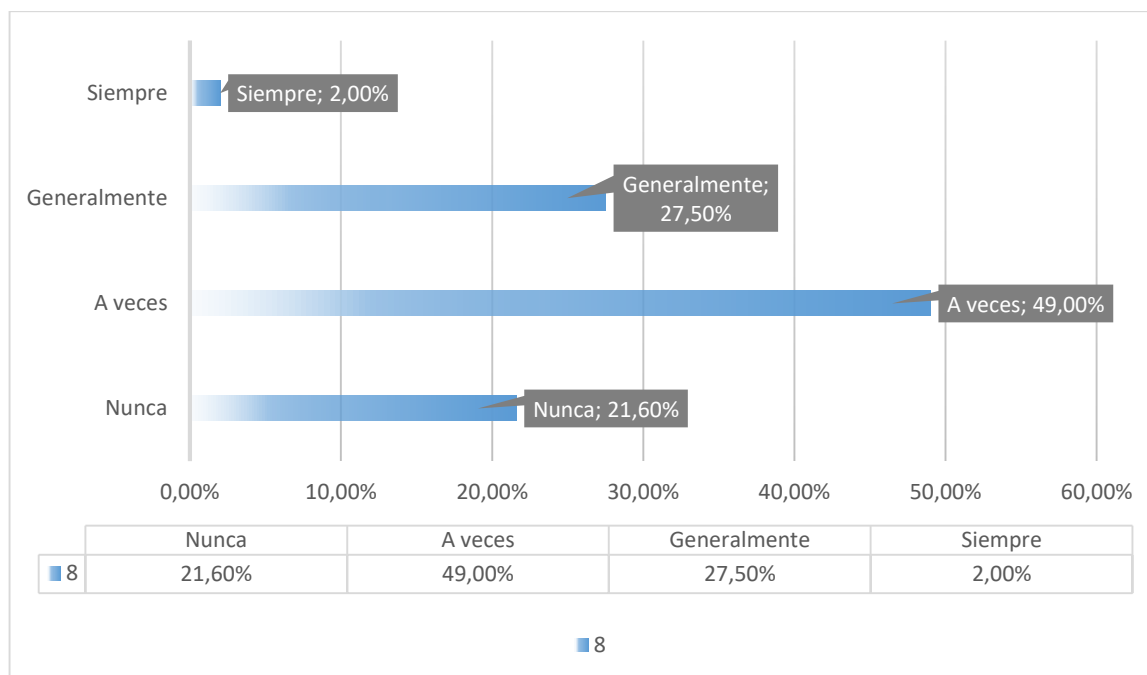


Figura 8. Por la noche, cuando llegas cansado ¿es cuando más descontrol sentís en tu alimentación?

Ante el cansancio, los encuestados se encontraron que la frecuencia con la que este afectaba su alimentación generando descontrol en la misma, se registró que: la respuesta respondida fue “A veces” con un 49% (25 personas) de las 51 que respondieron la encuesta; “Generalmente” 27.5% (14 personas); “Nunca” 21.6% (11 personas); “Siempre” 2% (1 persona).

El cansancio, las insuficientes horas o la falta de una buena calidad de sueño necesario para la buena salud, pueden repercutir en nuestra elección de alimentos y/o la conducta alimentaria. El estudio mencionado anteriormente de Tylka (2014) acerca del modelo de HAES (Salud para todas las tallas) nos explica que la falta de sueño puede perturbar las señales de hambre y saciedad ya que interfiere con los niveles de leptina y grelina en el cuerpo, de manera que confirmamos esta premisa de que el cansancio nos puede llevar a modificar nuestra conducta alimentaria.

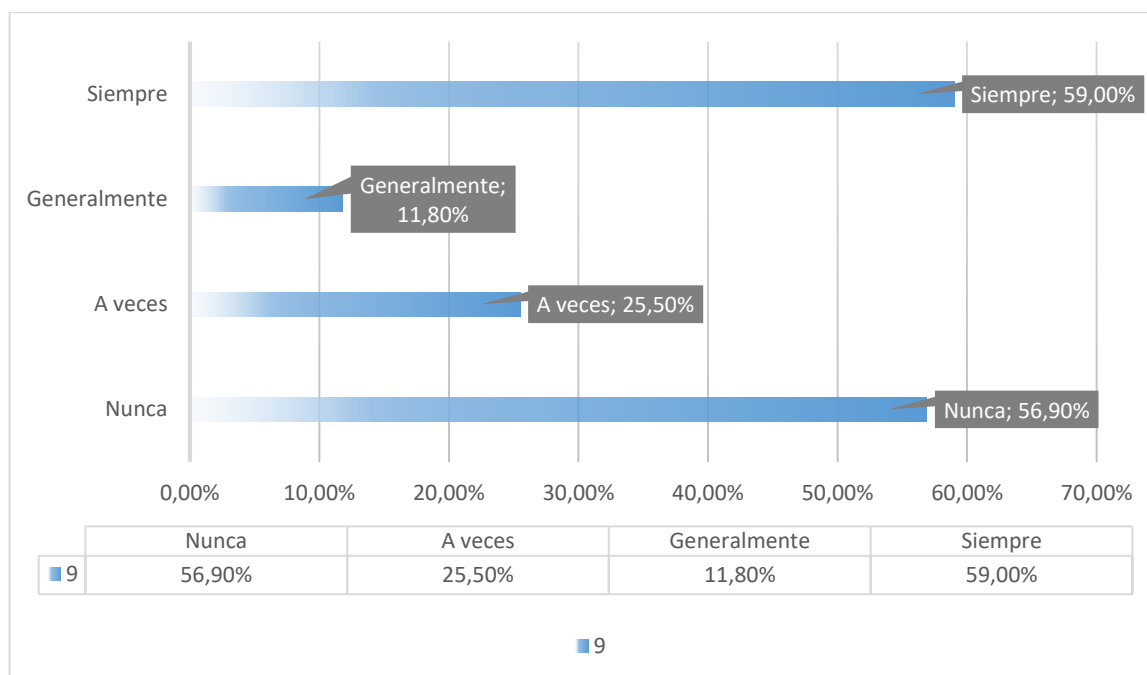


Figura 9. Estás a dieta, y por alguna razón comes más de la cuenta, entonces piensas que no vale la pena y ¿comes de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?

Prácticamente, más de la mitad de los encuestados contestaron “Nunca” 56.9% (29 personas); siguiendo decrecientemente por la opción “A veces” 25.5% (13 personas); “Generalmente” 11.8% (6 personas); y por ultimo “Siempre” 5.9% (3 personas). Estas respuestas se obtuvieron tras preguntarles a los encuestados si al comer más de la cuenta, cuando están a dieta, comen de forma descontrolada todos aquellos alimentos que piensan que más les va a engordar, con lo que se puede concluir que el atracón no es un signo tan recurrente en la alimentación emocional de los pacientes con inestabilidad emocional.

Un estudio realizado por Guisado, Juan A. y Vaz, Francisco J (2001) define el trastorno por atracón como un nuevo trastorno alimentario que consiste en episodios repetidos de atracones de comida sin realizar mecanismos compensatorios para evitar ganar peso, como ocurre en la bulimia nerviosa o en personas que padecen obesidad o sobrepeso y realizan crónicamente dietas restrictivas.

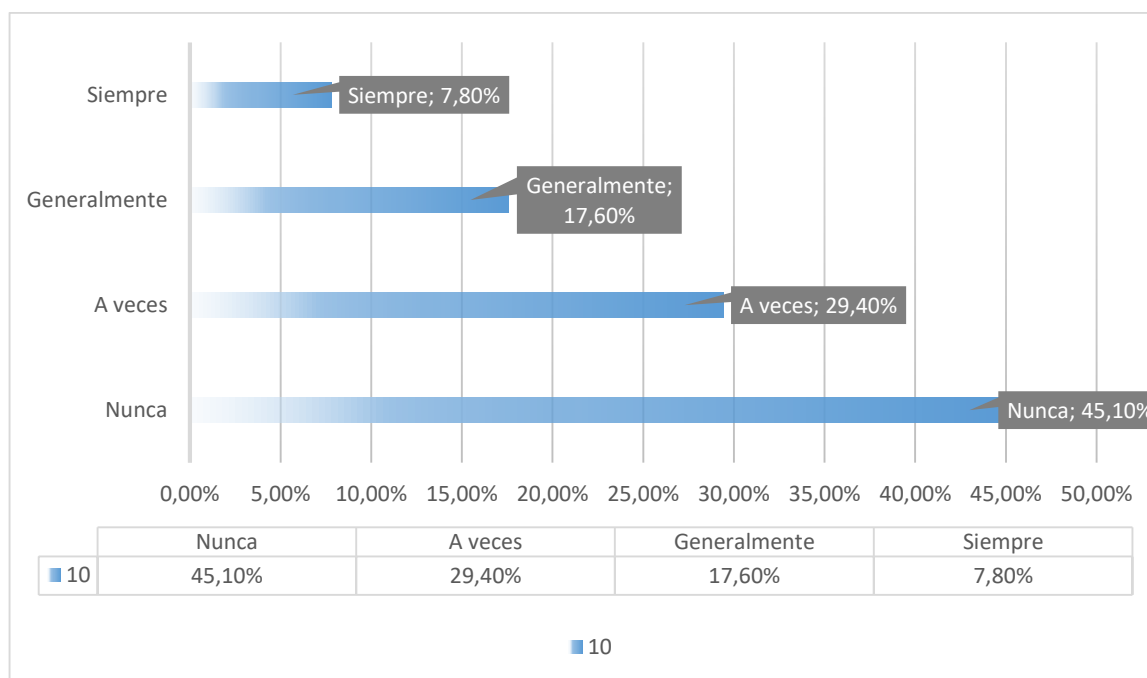


Figura 10. ¿Cuántas veces sentís que la comida te controla a vos, en vez de vos a ella?

Respecto al control que tiene la comida, por sobre los encuestados, predominó la respuesta “Nunca” con un 45.1% (23 personas); luego continuo decreciendo con “A veces” 29.4% (15 personas); “Generalmente” 17.6% (9 personas); y por ultimo “Siempre” 7.8% (4 personas).

Para explicar este fenómeno la tesimalista decide reiterar y relacionar la conducta descrita en la pregunta en cuestión con la definición de edorexia, nombrada anteriormente en el marco teórico de esta investigación, que explica que la edorexia es el trastorno alimentario que se pone de manifiesto mediante la ingesta desproporcionada de alimentos, enfatiza el apetito como estimulante de las conductas consideradas de riesgo y establece los distintos aspectos o componentes que predominan e integran en la obesidad, como pueden ser: apetito por estrés, apetito por depresión o ansiedad y apetito por adicción a la comida. La edorexia provoca por sí misma un malestar clínicamente significativo, un deterioro psicológico que puede repercutir tanto social, como laboralmente, incluyendo también otras áreas importantes de la actividad del individuo. Además, todo esto nos sugiere nuevamente la importancia del diagnóstico y tratamiento interdisciplinario, integrándose el trabajo del consultorio de nutrición con un análisis funcional de la conducta, donde también se tienen en cuenta los factores estresantes y psicológicos.

CONCLUSION

La alimentación no es simplemente una suma y resta de calorías, la conducta alimentaria no es un acto a ciencia exacta y los delimitantes del mismo son tan incontables como personalidades y metabolismos. Es un acto personal, con todo lo que ello incluye: desde lo fisiológico, lo biológico, lo psicológico y hasta dependiendo de cuáles son sus hábitos aprendidos, costumbres y creencias.

El interés por investigar las causas que delimitan esta conducta, las posibles soluciones a sus desajustes, las enfermedades causantes por el desorden de las mismas y los tratamientos ofrecidos para la conducta alimentaria, muy frecuentemente no son exitosos o conllevan a ser recurrentes, llevando a la tesinista a profundizar en los aspectos psicosociales que esta conducta posee y a realizarse la pregunta de investigación en la que se basa este estudio: ¿Cuál es el grado de alimentación emocional de los pacientes diagnosticados con inestabilidad emocional del Servicio de Salud Mental del Hospital J.J. Urquiza de la ciudad de Concepción del Uruguay durante el mes noviembre de 2020?

El comer emocional es un concepto que deriva de la teoría psicosomática proveniente del psicoanálisis y define a aquella persona que presenta como mecanismo disfuncional, el regular sus emociones negativas, a partir de la ingesta de alimentos. Estas emociones negativas son más salientes en periodos de estrés, períodos de ansiedad y en periodos de angustia, razón por la cual la tesinista ha decidido trabajar con estos conceptos y con pacientes que se diagnosticaron con algunos de ellos a lo largo de la investigación, y así confirmar gracias a los resultados obtenidos, su teoría de que el abordaje nutricional por sí solo es incompleto, por lo que es necesario su aplicación de manera interdisciplinaria. La nutrición tiene tanto de psicología como de nutrientes y poco puede hacer si no se acompaña una de la otra.

De esta manera, podemos confirmar que se corroboró la hipótesis planteada al inicio de este trabajo, ya que se evidenció en los resultados que los pacientes diagnosticados con inestabilidad emocional, por los profesionales del Servicio de Salud Mental del Hospital J.J. Urquiza, presentan un grado de alimentación muy emocional y también pudimos afirmar, mediante los resultados obtenidos y mediante el marco teórico, que las pacientes mujeres diagnosticadas con inestabilidad



emocional, presentan un grado de alimentación más emocional que los pacientes de sexo masculino.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed) Washington, DC. EE. UU.
- Annunziato, R. A, Burgard, D., Calogero, R. M., Daníelsdóttir, S., Davis C, Shuman, E., y Tylka T.L. (2014) The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. Ohio, Estados Unidos. Editor académico: Robyn Sysko. Traducido por Lilia Graue, MD, MFT, Directora Mindful Eating México. Volumen 2014, ID de Artículo 983495, 18 páginas. URL <http://dx.doi.org/10.1155/2014/983495>
- Barattucci Y. (2011) Tesis: Estrés y Alimentación. Universidad Fasta. URL <http://redi.ufasta.edu.ar>
- Beltrán M., García-Flores, Livier C., Martínez Moreno, A. G., Solano Santos, L. V. y Zepeda-Salvador, C. P., (2017). Saciación vs saciedad: reguladores del consumo alimentario. *Revista médica de Chile*, Vol. 145(9), pp. 1172-1178. URL <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901172>
- Canteras, E. Garaulet M., López G., Morales, G. (2012) Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity. the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutricion Hospitalaria*. Vol. 27(2). Pag. 645-651
- Castillo León D. A., Luz M., Palos Lucio A. G., Pastor Durango T., Salazar B., Tejada-Tayabas M. P., (2016). Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia la Promoción de la Salud*. Vol. 21. Nro 2. Pág 99-113. URL <https://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.2.8>
- ConsumoLab (2012). Factores de decisión de compra y hábitos de consumo alimenticios. AINIA. Pag. 20. URL <https://www.slideshare.net/ainiappt/informe-habitos-de-consumo-de-consumolab>

- Ferrín Loor, M. I. (2018). Relación entre la conducta alimentaria emocional y la composición corporal medida por antropometría en adultos jóvenes, 2017. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Riobamba.
- Garcés de los Fayos Ruiz, E. J, López Morales, J. L., (2012). Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, Vol. 27(6), pp. 1810-1816. URL <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.5882>
- García-Méndez, M., Rojas Ramírez, A. T., (2017) Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. Nº45, Vol.3, Pág. 85-95.
- Godoy L, Fabiola Andrea. (2014). Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. *Revista chilena de nutrición*, Vol. 41(3), pp. 260-263.
- Gonzales Hita, M. E, Macias G. A, y Sanchez Enriquez S. (2006). Regulación neuroendócrina del hambre, la saciedad y mantenimiento del balance energético. *Medigraphic*. Vol. VIII. Número 3. Pág. 191 – 200.
- Guisado, J. A., y Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 77, pp. 27-32.
- Harris Interactive (2011) "Most Americans Are Health-Conscious, But Behavior Varies By Age. Healthy eating habits differ the most between the old and the Young. The Harris pool. New York. URL <https://www.ainia.es/html/descargas/tecnoolimentalia/HI-Harris-Poll-Eating-Habits-2011-04-27.pdf>
- Palomino-Pérez, A. M., (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, Vol. 47 (2), pp. 286-291. URL <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- Pontes Torrado, Y., Sanches Benito J. L. (2012) Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición hospitalaria: Organó oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, ISSN 0212-1611, Vol. 27, Nº. 6. Págs. 2148-2150

- Quiroga Baquero, L., Santacoloma Suárez, A., (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana De Psicología*, Vol. 2, Nro. 2, Pág. 7-16. URL <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.2201>
- Van Strien, T. (2018) Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *PUBMED*. Vol 18. Nro 6. Pág 3



ANEXO

CUESTIONARIO: CCE GARAULET ADAPTADO PARA QUE SEA COMPRENDIDO POR LA POBLACION DE ESTUDIO

1. ¿La balanza tiene un gran poder sobre vos? ¿Es capaz de cambiar tu estado de humor?

Nunca A veces Generalmente Siempre

2. ¿Tenés antojos por ciertos alimentos específicos?

Nunca A veces Generalmente Siempre

3. ¿Te cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?

Nunca A veces Generalmente Siempre

4. ¿Tenés problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?

Nunca A veces Generalmente Siempre

5. ¿Comes cuando estás estresado, enojado o aburrido?

Nunca A veces Generalmente Siempre

6. ¿Comes más de tus alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estás solo?

- Nunca A veces Generalmente Siempre
-

7. ¿Te sentís culpable cuando tomas alimentos "prohibidos", es decir, aquellos que crees que no deberías, como los dulces o snacks? (golosinas, alfajores, chocolates, papas fritas, chizitos, etc)

- Nunca A veces Generalmente Siempre
-

8. Por la noche, cuando llegas cansado de trabajar ¿es cuando más descontrol sentís en tu alimentación?

- Nunca A veces Generalmente Siempre
-

9. Estás a dieta, y por alguna razón comes más de la cuenta, entonces piensas que no vale la pena y ¿comes de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?

- Nunca A veces Generalmente Siempre
-

10. ¿Cuántas veces sentís que la comida te controla a vos, en vez de vos a ella?

- Nunca A veces Generalmente Siempre