

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Sabrina Hembra

**ANSIEDAD Y ATRACÓN EN ADULTOS CON EXCESO DE
PESO EN BS. AS. DURANTE 2021: ESTUDIO DESCRIPTIVO
TRANSVERSAL**

2021

Tutoras: Lic. Eleonora Zummer
Lic. Celeste Concilio

Citar como: Hembra S. Ansiedad y atracón en adultos con exceso de peso en Bs. As. durante 2021: estudio descriptivo transversal. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2021.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/3045>



ANSIEDAD Y ATRACON EN ADULTOS CON EXCESO DE PESO EN BS.AS, DURANTE 2021: ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL

Hambra S.
sabrinahambra@gmail.com

Universidad ISALUD

RESUMEN

Introducción: en Argentina, según las últimas encuestas de ENFR y la ENNYS, realizadas en 2019, ambas coinciden en que más de la mitad de la población argentina se encuentra con exceso de peso. La obesidad, en ocasiones es asociada a la pérdida de autoestima y a pensamientos depresivos y/o ansiosos. El fenómeno de ansiedad esta relacionado con la conducta alimentaria compulsiva, como se observa en el trastorno por atracón. En Argentina, solo se han encontrado estudios de prevalencia de trastornos mentales donde afirman que la ansiedad representa la patología más frecuente. No obstante, no se encontraron suficientes trabajos que relacionen la ansiedad y el trastorno por atracón, de manera directa en personas con exceso de peso, siendo estos muy frecuentes en las consultas nutricionales.

Objetivo: analizar la relación entre el nivel de ansiedad y la presencia de trastorno por atracón en adultos con exceso de peso.

Metodología: diseño descriptivo transversal. Se recolectaron los datos mediante una encuesta de Google Form, auto administrada. Se utilizó el Test STAI para determinar el estado y rasgo de la ansiedad y los criterios de diagnóstico del DSM-5, para evaluar la frecuencia y cantidad de episodios de atracón, la presencia o no de un trastorno por atracón y la gravedad del mismo.

Resultados: el sobrepeso fue del 33% y un 67% de obesidad. Se observó que a mayor ganancia de peso, mayor grado de atracón, al igual que el estado de ansiedad (A-E). Sin embargo, en la propensión de la misma (A-R), la relación no fue tan directa.

Conclusiones: se alcanzó el objetivo en estudio, no obstante pueden profundizarse más aún los conceptos mediante entrevistas directas con intervenciones psicológicas cognitivas-conductuales pudiendo resultar más efectivas y complementar el análisis.

Palabras clave: ansiedad, trastorno por atracón, sobrepeso y obesidad.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
OBJETIVOS.....	11
VARIABLES	12
METODOLOGÍA	14
Diseño de investigación	14
Población.....	14
- Criterios de inclusión.....	14
- Criterios de exclusión	14
- Criterios de eliminación.....	14
Tipo de muestreo	14
Metodología de recolección de los datos	15
Tratamiento y análisis de los datos	15
RESULTADOS.....	16
CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS.....	26

INTRODUCCIÓN

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Es una enfermedad sistémica, crónica y de etiología multifactorial (1). En su origen participan tanto factores genéticos, ambientales y psicosociales que determinan un trastorno metabólico y un fenotipo caracterizado por el exceso de tejido graso (2) (3) Esta, ha tomado una relevancia importante a nivel mundial. En los últimos 40 años, la cantidad de personas con obesidad se triplicó (1). Se prevé que en 2030 la prevalencia de sobrepeso y obesidad mundiales serán 89% y de 48%, respectivamente (4).

En Argentina, según la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) (5) y la 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS 2) (6) realizadas en 2019, ambas encuestas coinciden en que aproximadamente más de la mitad de la población se encuentra con exceso de peso.

Dentro de los tratamientos para la obesidad, se observan una gran cantidad. No obstante, el éxito se encuentra en poder bajar de peso y mantenerlo en el tiempo (7). Para lograrlo el tratamiento debe abordarse con un enfoque multidisciplinario, que incluya intervenciones psicológicas de tipo cognitivas conductuales (8) (3) (9) (10) (11).

La obesidad, en ocasiones se asocia a la pérdida de autoestima y a pensamientos depresivos y/o ansiosos (11). El fenómeno de ansiedad está relacionado con la conducta alimentaria compulsiva, como se observa en estudios de trastorno por atracón (TA) (12) (13), donde a mayor nivel de ansiedad mayor es el trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (14). Estos, claramente impactan en la elección, calidad y cantidad de la ingesta alimentaria y por tanto en un aumento del peso corporal (15). Grammer afirma que hay una relación directa en que las personas que padecen un nivel de ansiedad aumentado, suelen tener atracones y a su vez, éstos se relacionan positivamente con un índice de masa corporal (IMC) aumentado (16).

En la población argentina, solo se han encontrado estudios de prevalencia de trastornos mentales donde afirman que la ansiedad representa la patología más frecuente, con un 16,4% del total (17). No obstante, no se han encontrado en la Argentina, suficientes trabajos que relacionen la ansiedad y el TA de manera directa en personas con exceso de peso, siendo estos muy frecuentes en las consultas nutricionales. A raíz de lo propuesto, este trabajo de investigación tiene como objetivo relacionar las variables citadas en población adulta con exceso de peso, en Bs. As., durante 2021. Pudiendo contribuir a un diagnóstico y abordaje futuro más preciso.

MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Es una enfermedad sistémica, crónica y de etiología multifactorial que no es exclusiva de los países desarrollados, sino que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales (1). En su origen participan tanto factores genéticos, ambientales y psicosociales que determinan un trastorno metabólico y un fenotipo caracterizado por el exceso de tejido graso (2) (3). Se puede clasificar según su etiopatogenia, en primaria o secundaria. En la primaria, no se reconoce ninguna enfermedad que la haya provocado. Esta presenta mayor cantidad de genes predisponentes, siendo poligénica. Se puede modificar mayormente por efecto ambiente. Considerando una relación del 40% genotípica y un 60% ambiental. Mientras que la obesidad secundaria, es consecuencia de una determinada enfermedad preexistente, en la que se debe tratar primero la enfermedad de base. Las principales causas son de tipo endócrinas, como ser el Hipotiroidismo, Hipoinsulinismo y Síndrome de Cushing Iatrogénico entre otros. También se pueden observar causas genéticas, algunas de ellas son: el Síndrome de Prader Willi, Síndrome de Bardet Biedl o el Síndrome de Down de carácter congénito. Otras causas son las que pueden generar lesiones hipotalámicas, dañando el centro del apetito, de tipo neoplásicas, inflamatorias, infecciosas, etc. O causas farmacéuticas, como la toma de cortico esteroides, algunos antidepresivos, antidiabéticos orales, entre otros y por último nutricionales, donde se manifiesta una alteración de la ingesta alimentaria (2).

La obesidad, también se puede clasificar según su distribución de la grasa corporal, siendo androide, gnoide o generalizada. Se puede clasificar anatómicamente según cantidad o tamaño de las células adiposas, siendo obesidad hiperplásica o hipertrófica, respectivamente. Y por último, según su Índice de Masa Corporal (IMC). Es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de la grasa corporal (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece los siguientes puntos de corte (**Tabla I**).

Tabla I

Clasificación	IMC (kg/m²)
Bajo peso	<18.5
Peso Normal/ peso sano	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25 - 29,9
Obesidad grado I	30 - 34,9
Obesidad grado II	35 - 39,9
Obesidad grado III	>= 40

Fuente: Clasificación del IMC. OMS 2007.

A mayor IMC y exceso de peso incrementa significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), de reducir la calidad de vida y de una mortalidad prematura. Dentro de las mayores comorbilidades asociadas a la obesidad, encontramos la diabetes mellitus; la hipertensión arterial; dislipemias; enfermedades cardiovasculares; enfermedades respiratorias como por ejemplo el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS); enfermedades óseo articulares; digestivas; neoplásicas o psicosociales, como la depresión y la ansiedad entre otros (18) (3) (2) (1) (11).

La obesidad ha tomado una relevancia importante a nivel mundial. En los últimos 40 años, la cantidad de personas con obesidad se triplicó (1). Se calcula que la obesidad es la causante de 4 millones de muertes al año a nivel mundial (5). Se prevé que en 2030 la prevalencia de sobrepeso y obesidad mundiales serán 89% y de 48%, respectivamente (4).

En Argentina, según la 4ta ENFR, realizada en 2019, los resultados arrojaron una prevalencia del 61,6%, evidenciando un incremento importante, en comparación con la 3ra ENFR, que fue de un 57,9%, (5). En la 2da ENNYS (6) en 2019, en la población adulta la prevalencia de exceso de peso fue del 67,9%. Ambas encuestas coinciden en que aproximadamente más de la mitad de la población se encuentra con exceso de peso.

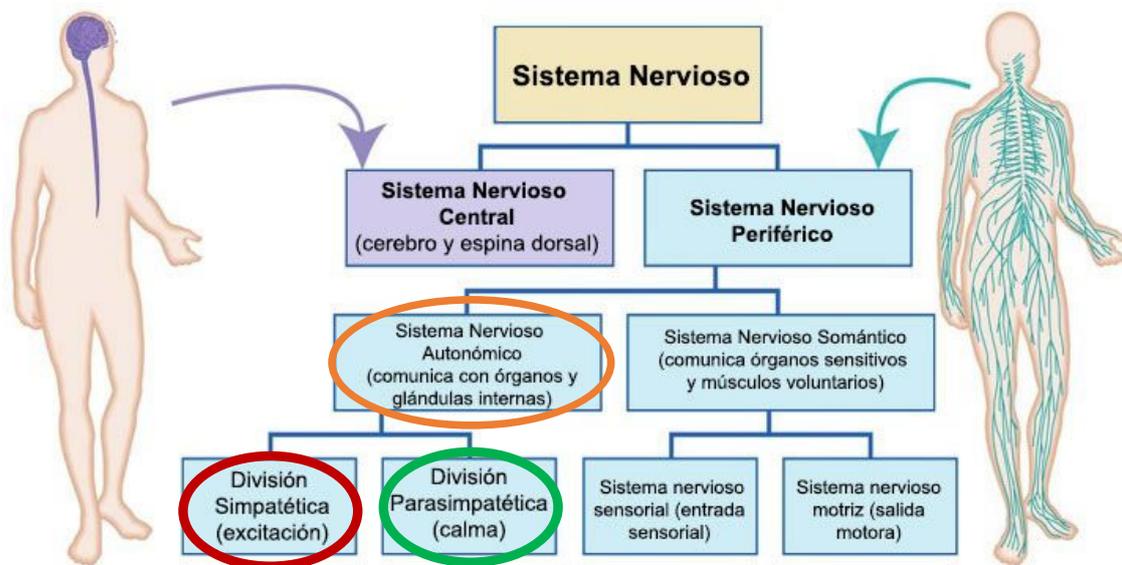
Existen diferentes tipos de tratamientos para abordar esta enfermedad, no obstante se requiere estrategias multidisciplinarias como parte de un modelo de atención integral y compartida de la gestión de las enfermedades crónicas (8) (3) (9) (10) (11). La obesidad, en ocasiones se asocia a la

pérdida de autoestima y a pensamientos depresivos y/o ansiosos. Estos, presentan un rol importante en la elección, calidad y cantidad de la ingesta alimentaria, y un aumento del peso corporal (11) (15). Entre los diferentes abordajes, se recomienda que en todo programa de control de peso se incluyan intervenciones psicológicas cognitivas-conductuales de tipo individual, grupal y/o psiquiátricas y se identifique si presentan condiciones psicopatológicas, como por ejemplo, ansiedad, depresión, conducta bulímica y TA (10) (19).

La ansiedad es una emoción que surge ante determinadas situaciones. Aparece en un estado de supervivencia, de amenaza o de alerta. Se manifiesta con respuestas cognitivas, conductuales y fisiológicas, mediante la activación del Sistema Nervioso Periférico (SNP).

El Sistema Nervioso Autónomo (SNA) que forma parte del SNP (**Figura 1**), es el que controla los aspectos del cuerpo que generalmente no están bajo control voluntario, como ser la digestión, respiración, circulación sanguínea y metabolismo. Este sistema permite que estas funciones se lleven a cabo sin necesidad de pensar o de que ocurran conscientemente.

Figura 1 – Sistema nervioso



Fuente: Psicoactiva.com

El SNA se divide en dos ramas, Sistema Nervioso Simpático (SNS) el cual responde a la ansiedad como mecanismo de lucha y huida, mientras que el Sistema Nervioso Parasimpático ayuda a mantener las funciones normales del cuerpo y a conservar los recursos físicos y la energía. Nos ayuda volver a la actividad normal después de una situación de emergencia, estrés o ansiedad. Cuando se activa el SNS, ante un peligro, podemos observar normalmente un aumento de la frecuencia cardiaca, palpitaciones, opresión en el pecho, aumento de la presión arterial, de la respiración, cansancio y la contracción muscular, entre otros (20) (21). Desde el aspecto psicológico encontramos, inquietud, inseguridad, sensación de peligro, agobio, temor a perder el control, etc. Sin embargo, cuando este escenario se magnifica y cronifica, se convierte en patológico, como Trastorno de Ansiedad. La ansiedad patológica, se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (22) (23).

En relación a la ingesta alimentaria, la ansiedad se manifiesta como un estado de nerviosismo o inquietud en ciertas horas del día y nos lleva a comer en grandes cantidades sin percibir una sensación de hambre real, busca el placer inmediato ante el estrés manifiesto. El aburrimiento también puede provocar ansiedad. Es común sentirse así en las últimas horas del día, donde suelen aparecer picoteos y/o atracones. Desde el sistema de recompensa del cerebro (SRC), se puede explicar, ya que permite asociar ciertas situaciones de placer influyentes en la elección de los alimentos. Ante la presencia de estrés, se ve alterada la homeostasis del individuo. Se activa el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, lo que aumenta las demandas de glucosa, para satisfacer esa homeostasis. Los glucocorticoides que son secretados ante el estrés y que aumentan los niveles de glucosa, también producen aumento del apetito y de la ingesta alimentaria, llevando a un posible exceso de peso (24) (25) (15).

Algunos alimentos que resultan más apetecibles y agradables (con altas cantidades de sacarosa, aporte energético y contenido graso) (26), han sido evaluados como fenómenos adictivos comparables con las adicciones clásicas a sustancias (ej.: Azúcar vs. Cocaína) (27).

La ingesta de este tipo de alimentos se asocia a un mejor estado de ánimo, disminución del estrés percibido y la reducción de cortisol plasmático en las personas. En la actualidad se hace hincapié en el sustrato neurobiológico característico de los comportamientos repetitivos orientados a la provisión de placer o de refuerzo inmediato.

Los estímulos olfatorios y gustativos producidos por el alimento participan de la regulación de la ingesta. Todas estas señales periféricas del sistema nervioso liberan neurotransmisores como consecuencia. Estos últimos, pueden aumentar o disminuir la ingesta de alimentos y muchos tienen especificidad para macronutrientes. Por ejemplo, alimentos con altas cantidades de sacarosa reconfortan y elevan los niveles de serotonina en el cerebro (15). Uno de los neurotransmisores más estudiados, es este. Los receptores de la serotonina modulan la cantidad del alimento y la selección de los macronutrientes. La estimulación de éstos en el hipotálamo reduce la ingesta en general, particularmente de las grasas y con menor efecto de los hidratos de carbono y proteínas. Por tanto desde el punto de vista psicofarmacológico, podemos decir que los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina son de preferencia en cuadros asociados a la obesidad, como ser la depresión, la ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, TA, bulimia nerviosa y síndrome de comedor nocturno. Entre estos psicofármacos, los más utilizados son la Fluoxetina y la Sertralina (9).

Para poder determinar y ayudar al diagnóstico, existen diferentes instrumentos para medir la ansiedad según las variables en estudio. Para las citadas en esta investigación, resulta conveniente el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) que tiene como objetivo, evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad. Un concepto es el de Ansiedad como Estado (A/E): evalúa un estado o condición emocional transitoria, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Y el segundo concepto, evalúa la Ansiedad como Rasgo (A/R): señalando una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente, su A/E. Cada concepto se presenta independiente. En A/E, se describen como se siente el sujeto generalmente, mientras que en A/R, se describe como se siente el sujeto un momento dado (28) (11).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen patologías psiquiátricas graves, que se caracterizan por una alteración constante de la ingesta alimentaria que impacta negativamente sobre la salud y las capacidades psicosociales. La anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TA, fueron identificados en una categoría independiente en la última edición del manual de diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales (DSM-5) (29) (30) (10).

El TA, se caracteriza por un comportamiento regular y compulsivo a través de atracones, de al menos una vez por semana, durante 3 meses, de acuerdo a los criterios de diagnóstico del DSM-5 (**Tabla II**). Se pierde el control de lo que se ingiere, produciéndose mucha ansiedad y malestar. No

obstante, no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas, como vómitos, ejercicio físico excesivo, laxantes o ayunos (12) (13) (29).

Tabla II – Criterios diagnósticos DSM-5 para trastorno por atracón

<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere) <p>Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comer mucho más rápidamente de lo normal – Comer hasta sentirse desagradablemente lleno – Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente – Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere – Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado – Malestar intenso respecto a los atracones <p>Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses</p> <p>B. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o la anorexia nerviosa</p>
Especificar si
<ol style="list-style-type: none"> 1. En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado 2. En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado
Especifique severidad en la actualidad
<p>Basado en la frecuencia de los comportamientos compensatorios:</p> <p>La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> – Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana – Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana – Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana – Extremo: un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Fuente: (30)

Otras variables en la evaluación del TA, son la velocidad de la ingesta, la presencia o ausencia de la distorsión de la imagen y los estados de ánimos durante los atracones (**Tabla III**). Es por esto que los aspectos más comunes de la obesidad y el TA relacionados con el colectivo social, suelen ser la insatisfacción corporal, la baja autoestima, el seguimiento de dietas, la sobre ingesta, la preocupación por el peso y la exposición en medios donde se menosprecia la obesidad, siendo el individuo objeto de burlas (10).

Tabla III - Características de la ingesta en el trastorno por atracón.

Sentimientos	A corto plazo, las sensaciones experimentadas por el atracón son placenteras y positivas, sin embargo trascurrido el mismo, los sentimientos de disgusto y la ansiedad intensa aparecen, siendo conscientes, a pesar de ello, de su incapacidad para parar
Velocidad o rapidez de la ingesta	Es una ingesta muy rápida en la que apenas mastican durante el atracón, prácticamente engullen
Agitación	Durante el atracón suelen moverse de un lado a otro con un alto grado de ansiedad que les empuja a comer más y más. En algunos casos, el hecho de obtener comida se vuelve para ellos algo prioritario pudiendo robarla o tomar la que otros han tirado, conductas que ellos perciben como muy vergonzosas
Ocultación o confidencialidad	El secreto es característico al llevar a cabo el atracón. No por ello dejan de comer de forma normal en presencia de otras personas
Pérdida de control	Es una característica definitoria de la ingesta compulsiva. Esta pérdida de control puede tener lugar antes de empezar a comer, o puede desarrollarse a medida que comienza la ingesta, incluso, en otras ocasiones esta sensación de pérdida de control puede surgir cuando se dan cuenta de que están comiendo demasiado. Cuando el trastorno lleva años de desarrollo pueden llegar a pensar que los atracones son algo inevitable, disminuyendo la sensación que perciben de pérdida de control. En algunos casos llegan a planificar el atracón en aspectos como el cuándo y el dónde tendrá lugar, permitiéndoles un cierto control sobre ese descontrol
Frecuencia	Los criterios cuantitativos empleados normalmente, como el número, la frecuencia o el distanciamiento no son adecuados desde el punto de vista de algunos autores, ya que al parecer, lo que determina en mayor medida la gravedad del problema y lo que preocupa, es sobre todo, cómo el atracón interfiere en la calidad de vida, determinando su grado de deterioro
Duración	Aunque puede ser muy variable, normalmente suele tener un promedio de dos horas
Tipo de alimento consumido	Los percibidos como prohibidos, aquellos que la persona trata de evitar
Amplitud de la ingesta	La cantidad de alimento que ingiere en un episodio puede ser muy variable. Un 25% pueden llegar a superar las 2,000 calorías, un 20%, las 5,000 y, de forma muy ocasional, en un atracón se pueden llegar a consumir de 15,000 a 20,000 calorías (lo que caracteriza principalmente a estas ingestas compulsivas no es tanto su composición sino la cantidad excesiva de alimento)
Sensación de conciencia alterada	La persona suele describir el episodio como si estuviera en trance (experiencia disociativa) Adoptan un estado de pausa, parecido al congelamiento que se produce en los animales

Fuente: (19)

Es considerado el trastorno alimentario más frecuente en la población con exceso de peso (19). Dentro de los pacientes con obesidad que consultan para perder peso, más del 30% presenta prevalencia de TA (31). El diagnóstico diferencial, está en la presencia de atracones y en la frecuencia de los mismos.

Es un trastorno común y crónico cuya prevalencia se ha incrementado en los últimos tiempos. El 73,8% de los pacientes que padece este tipo de trastorno tuvo al menos un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida y el 43,1% lo presentó de manera concurrente. El TA se asocia con comorbilidades

clínicas (**Tabla IV**) y psicopatológicas severas que incluye trastornos anímicos, como fobia social o una depresión mayor y trastornos relacionados con abuso/dependencia de sustancias tóxicas (9) (30).

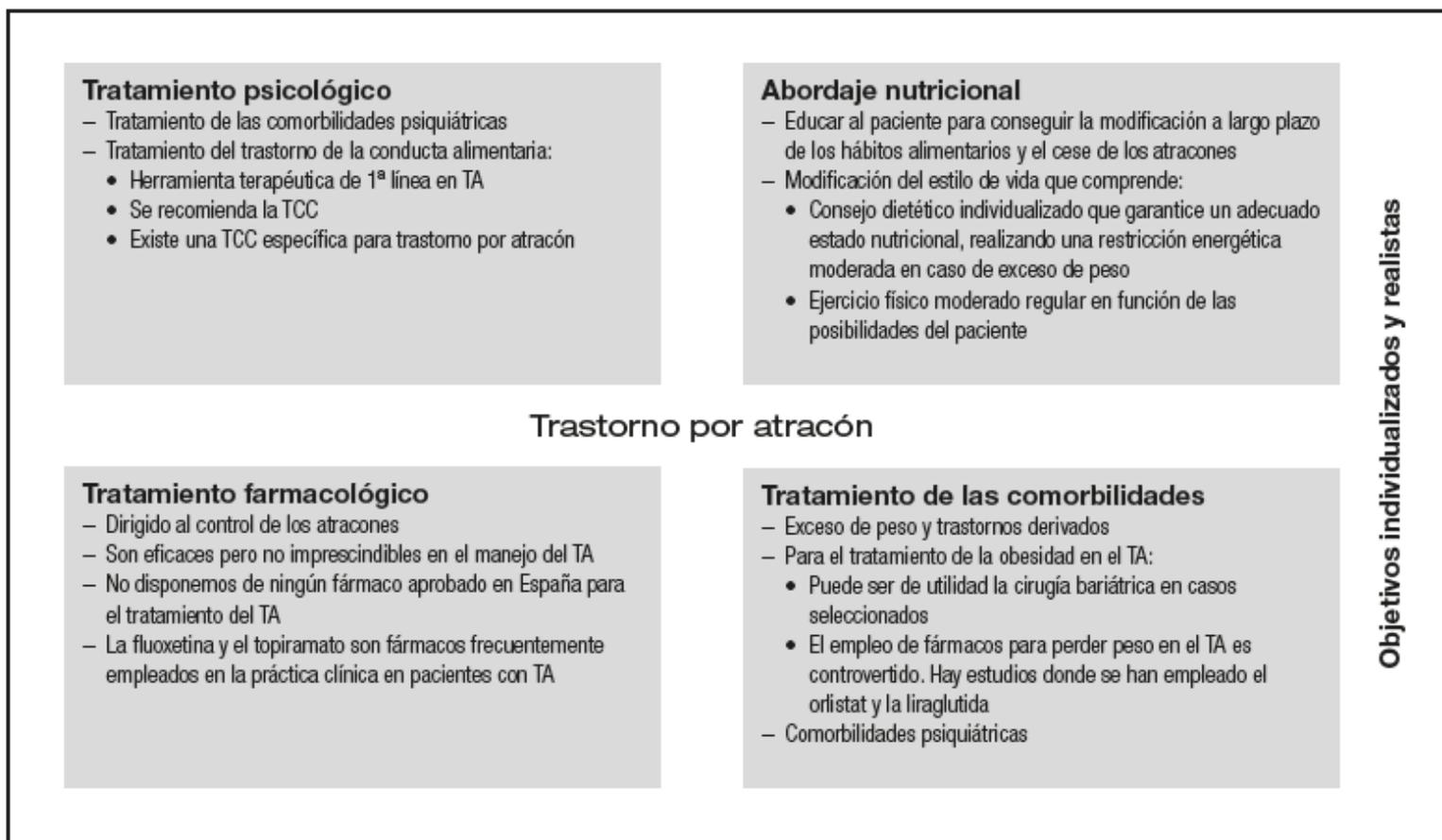
Tabla IV - Comorbilidades clínicas asociadas al TA

<p><i>Enfermedad cardiovascular arteriosclerótica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Cardiopatía isquémica – Enfermedad cerebrovascular 	<p><i>Digestivas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Colelitiasis – Esteatosis hepática, esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis – Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato
<p><i>Otras alteraciones cardiorrespiratorias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Insuficiencia cardíaca congestiva – Insuficiencia ventilatoria – Síndrome de apnea obstructiva nocturna 	<p><i>Musculoesqueléticas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Artrosis – Lesiones articulares – Deformidades óseas
<p><i>Alteraciones metabólicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2 – Hipertensión arterial – Dislipemia aterogénica – Hiperuricemia 	<p><i>Otras alteraciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Insuficiencia venosa periférica – Enfermedad tromboembólica – Cáncer (mujer: vesícula y vías biliares, mama y endometrio en la posmenopausia; varón: colon, recto y próstata) – Hipertensión endocraneal benigna – Alteraciones cutáneas (estrías, acantosis nigricans, hirsutismo, foliculitis, intérrigo) – Alteraciones psicológicas – Alteraciones psicosociales – Disminución de la calidad de vida
<p><i>Alteraciones de la mujer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Disfunción menstrual – Síndrome de ovario poliquístico – Infertilidad – Aumento del riesgo perinatal – Incontinencia urinaria 	

Fuente: (30)

El tratamiento del TA (**Figura 2**), se puede abordar desde una terapia cognitivo-conductual (TCC) y nutricional, al igual que en la obesidad. Dentro del tratamiento farmacológico se utilizan antidepresivos como la Fluoxetina, Sertralina, Escitalopram y Bupropion. Y de anticonvulsivantes (Topiramato y Zonisamida). No obstante, los que demuestran mayor eficacia son la Fluoxetina y el Topiramato. Otra droga que se utiliza en obesidad y colabora con el TA, es la Liraglutida, ayuda al control del apetito, produciendo saciedad y retraso en el vaciamiento gástrico (30).

Figura 2 – Tratamiento del TA



Fuente: (30)

La ansiedad y el TA claramente impactan en la elección, calidad y cantidad de la ingesta alimentaria y por tanto en un aumento del peso corporal (15). Grammer afirma que hay una relación directa en que las personas que padecen un nivel de ansiedad aumentado, suelen tener atracones y a su vez, éstos se relacionan positivamente con un índice de masa corporal (IMC) aumentado (16).

En la población argentina, solo se han encontrado estudios de prevalencia de trastornos mentales donde afirman que la ansiedad representa la patología más frecuente, con un 16,4% del total (17). No obstante, no se han encontrado en la Argentina, suficientes trabajos que relacionen la ansiedad y el TA de manera directa en personas con exceso de peso, siendo estos muy frecuentes en las consultas nutricionales. A raíz de lo propuesto, este trabajo de investigación tiene como objetivo relacionar las variables citadas en población adulta con exceso de peso, en Bs. As., durante 2021. Pudiendo contribuir a un diagnóstico y abordaje futuro más preciso.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad y la presencia de trastorno por atracón en adultos con exceso de peso en Bs. As., durante 2021?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la relación entre el nivel de ansiedad y la presencia de trastorno por atracón en adultos con exceso de peso en Bs. As., durante 2021.

Específicos:

1. Conocer y clasificar el estado emocional transitorio en adultos con exceso de peso en Bs. As. al momento de la toma de datos.
2. Describir y clasificar la propensión a la ansiedad en adultos con exceso de peso en Bs. As., durante 2021.
3. Conocer la frecuencia y cantidad de episodios de atracón en adultos con exceso de peso en Bs. As., durante 2021.
4. Determinar la presencia de trastorno por atracón en la muestra de adultos con exceso de peso en Bs. As., durante 2021
5. Determinar el grado y gravedad de atracón en adultos con exceso de peso en Bs. As., durante 2021.

VARIABLES

De caracterización:

- Edad (Años cumplidos)
- Sexo (Femenino-Masculino)
- Estado Nutricional
 1. Sobrepeso (IMC 25 – 29,9 kg/m²)
 2. Obesidad grado 1 (IMC 30 – 34,9 kg/m²)
 3. Obesidad grado 2 (IMC 35 – 39,9 kg/m²)
 4. Obesidad grado 3 (IMC \geq 40 kg/m²)
- Sueño (Cantidad horas de sueño por día)
- Trabajo (Cantidad horas de trabajo por día, no trabaja o es jubilado)
- Movimiento diario, se clasificará según criterio del encuestado en:
 1. Sedentario
 2. Poco activo
 3. Activo
 4. Muy activo
- Comorbilidades (Diabetes Mellitus tipo 2 – Hipertensión arterial - Dislipemias - Alteraciones menstruales - otras)

De estudio:

1. **Nivel de ansiedad:** Técnica/Instrumento: Cuestionario/ Test STAI

1.1 Sub variable: Estado emocional

- Normal (20 – 35 puntos)
- Leve (36 – 50 puntos)
- Significativa (51 – 65 puntos)
- Intensa (66 – 80 puntos)

1.2 Sub variable: Propensión a la ansiedad

- Normal (20 – 35 puntos)
- Leve (36 – 50 puntos)
- Significativa (51 – 65 puntos)
- Intensa (66 – 80 puntos)

2. **Trastorno por atracón:** Técnica/Instrumento: Criterio Diagnostico/ DSM-5

2.1 Frecuencia y cantidad de episodios de atracón

- **Cantidad:** Ingestión de mucha comida junta en un período menor a 2hs y sensación de falta de control / Ingestión de mucha comida junta en un período menor a 2hs y SIN sensación de falta de control.
- **Frecuencia:** (1-3 episodios por semana, 4-7 episodios por semana, 8-13 episodios por semana, 14 o más episodios por semana)

2.2 Presencia de trastorno por atracón

- Si
- No

2.3 Grado y gravedad de atracón para quienes lo presenten

- Leve (1-3 atracones por semana)
- Moderado (4-7 atracones por semana)
- Grave (8-13 atracones por semana)
- Extremo (14 o más atracones por semana)

3. **Otros comportamientos alimentarios**

- Orden de comidas moderadas sin picoteos a lo largo del día
- Picoteo de pequeñas cantidades de comida a lo largo del día
- Ayuno durante el día
- Ninguno

METODOLOGÍA

Diseño de investigación

Descriptivo transversal

Población

Adultos con exceso de peso en Bs. As.

- Criterios de inclusión

- Adultos >18 años
- IMC \geq 25 kg/m²
- Que vivan en Bs. As.

- Criterios de exclusión

- Obesidad genética sindrómica.
- Anorexia o bulimia nerviosa.
- Conductas compensatorias inadecuadas, como vómitos, ejercicio físico excesivo, laxantes o ayunos.
- Consumo de algún antidepresivo, anticonvulsivante, regulador del apetito o glucocorticoide.
- Que no sepa leer y escribir.

- Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas o incoherentes.

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia, autogenerada.

Metodología de recolección de los datos

Se recolectaron los datos mediante una encuesta de Google Form, auto administrada, difundida por redes sociales, tales como Facebook y grupos de Whatsapp referidos. Donde primeramente cada participante dio su consentimiento informado. La encuesta recolectó datos de caracterización y de estudio. En la misma se plasmó el Test STAI para determinar el estado y rasgo de la ansiedad y los criterios de diagnóstico del DSM-5, para evaluar la frecuencia y cantidad de episodios de atracón, la presencia o no de un trastorno por atracón y la gravedad del mismo.

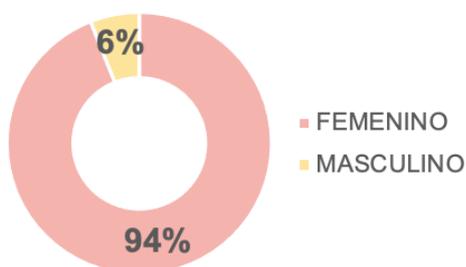
Tratamiento y análisis de los datos

Los datos fueron volcados en una matriz de datos elaborada en base a Excel. Se analizaron por medio de estadísticas descriptas usando para las variables numéricas, promedio, rango, mínimo y máximo; para las variables ordinales, distribución de frecuencia.

RESULTADOS

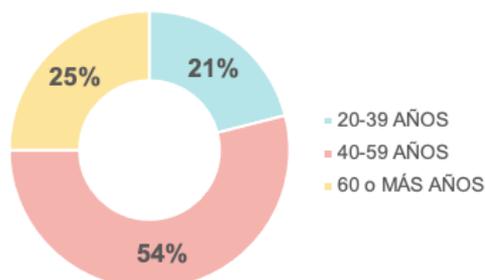
Se recolectaron 182 encuestas mediante Google Form. De las 182 casos iniciales, 18 se eliminaron por ser personas con normopeso, 39 por tomar algún antidepresivo, anticonvulsivante, regulador del apetito o glucocorticoide, 2 por presentar bulimia o anorexia y por manifestar comportamientos compensatorios. Tras filtrar por criterios de inclusión y exclusión la muestra final quedó conformada por un n-126. Casi la totalidad de la muestra que quedó incluida corresponde al sexo femenino (**Gráfico 1**). En cuanto al rango etario, el promedio fue de 50 años con un mínimo de 20 y un máximo de 77 años. Más del 50% se encontraba entre 40 y 59 años de edad (**Gráfico 2**). En función del estado nutricional de la muestra total, el sobrepeso fue del 33% y la obesidad fue del 67% con predominancia del grado 1 de obesidad (**Gráfico 3**).

Gráfico 1 – Clasificación sexo



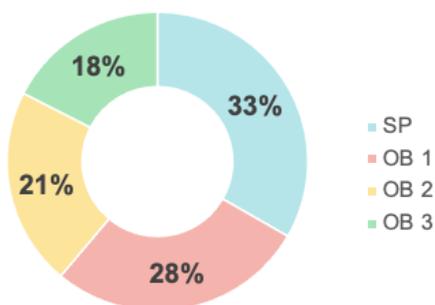
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2 – Clasificación años cumplidos



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3 – Clasificación estado nutricional



Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla se analizaron las variables según rango etario y en el total de la muestra (**Tabla 1**). Se observó que el 85% de los encuestados se encuentra trabajando con un promedio de 8hs por día, sin grandes variaciones según grupo etario. Lo mismo se vio con el promedio de horas de sueño por día. En cuanto al nivel de actividad física, de la muestra total se observó que solo un 3% es muy activo, mientras que el resto es muy variable. De acuerdo a las comorbilidades analizadas, el 62% del total presentó alguna de ellas, así como la tendencia mostró que, a mayor edad, mayor probabilidad de manifestarse las mismas. En la evaluación del trastorno por atracón y ansiedad se observó que decrecen con la edad.

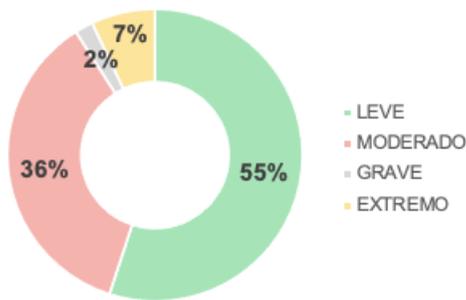
Tabla 1 – Clasificación de variables en estudio por rango etario y total de la muestra

VARIABLES	EDADES						MUESTRA TOTAL	
	20-39		40-59		60 +		n 126	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
SEXO								
FEMENINO	25	93	62	91	31	100	118	94
MASCULINO	2	7	6	9	0	0	8	6
SUEÑO	Promedio (mín / máx)		Promedio (mín / máx)		Promedio (mín / máx)		Promedio (mín / máx)	
HORAS SUEÑO	7 (5 / 8)		7 (4 / 10)		7 (5 / 10)		7 (4 / 10)	
TRABAJO	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
SI TRABAJA	24	89	60	88	23	74	107	85
NO TRABAJA	3	11	5	7	2	6	10	8
JUBILADO	0	0	3	4	6	19	9	7
TRABAJO	Promedio (mín / máx)		Promedio (mín / máx)		Promedio (mín / máx)		Promedio (mín / máx)	
HORAS TRABAJO	7 (5 / 8)		7 (4 / 10)		7 (5 / 10)		8 (4 / 10)	
ACTIVIDAD FISICA	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
SEDENTARIO	6	22	15	22	11	35	32	25
POCO ACTIVO	11	41	20	29	8	26	39	31
ACTIVO	10	37	30	44	11	35	51	40
MUY ACTIVO	0	0	3	4	1	3	4	3
COMORBILIDADES	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
SI TIENE	7	26	47	69	24	77	78	62
NO TIENE	20	74	21	31	7	23	48	38
TRASTORNO ATRACON	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
SI TIENE	12	44	21	31	9	29	42	33
NO TIENE	15	56	47	69	22	71	84	67
NIVEL ANSIEDAD A-E	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
NORMAL	6	22	24	35	10	32	40	32
LEVE	9	33	24	35	14	45	47	37
SIGNIFICATIVO	11	41	16	24	6	19	33	26
INTENSO	1	4	4	6	1	3	6	5
NIVEL ANSIEDAD A-R	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
NORMAL	1	4	5	7	3	10	9	7
LEVE	10	37	41	60	19	61	70	56
SIGNIFICATIVO	14	52	22	32	8	26	44	35
INTENSO	2	7	0	0	1	3	3	2
OTROS COMP. ALIM	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
ORDEN DE COMIDAS MODERADAS / DIA	7	26	20	29	11	35	38	30
PICOTEO DE PEQUEÑAS CANTIDADES / DIA	14	52	39	57	12	39	65	52
AYUNO / DIA	2	7	2	3	2	6	6	5
NINGUNO	4	15	7	10	6	19	17	13

Fuente: Elaboración propia

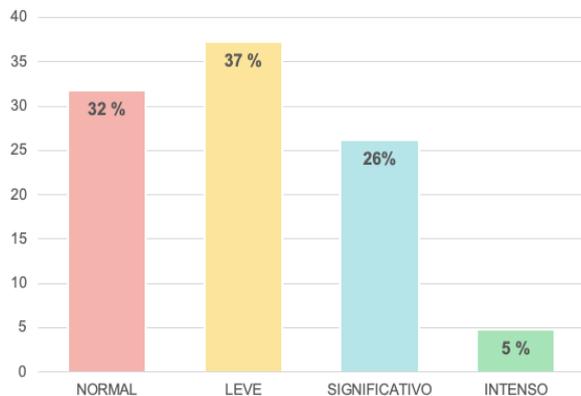
Dentro de los 42 casos afirmativos de trastorno por atracón, se observó que un 55% presenta un trastorno leve y un 36% moderado, sin predominar los grados mayores (**Gráfico 4**). En cuanto a los niveles de ansiedad analizados según rango etario (**Tabla 1**), los valores obtenidos fueron diversos sin hallar una tendencia. No obstante se evaluaron los niveles de ansiedad en la muestra total, se compararon el A-E con el A-R y se observó una gran diferencia en los niveles normales, lo que mostró una tendencia de mayor propensión a la ansiedad (**Gráficos 5 – 6**).

Gráfico 4 – Clasificación gravedad trastorno por atracón (n=42)



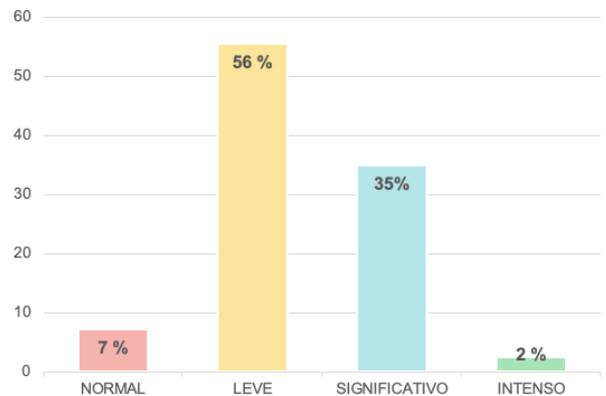
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5 – Clasificación nivel de ansiedad A-E (Estado de ansiedad)



Fuente: Elaboración propia

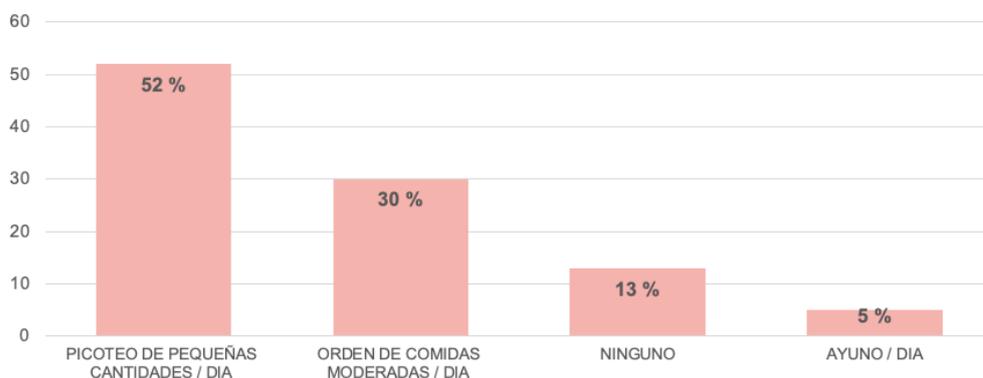
Gráfico 6 – Clasificación nivel de ansiedad A-R (Rasgo de ansiedad)



Fuente: Elaboración propia

Se analizaron otros comportamientos alimentarios en la muestra total y se detectó que más del 50% manifiesta una tendencia al picoteo durante el día, siendo esta una conducta de riesgo para el trastorno por atracón (**Gráfico 7**).

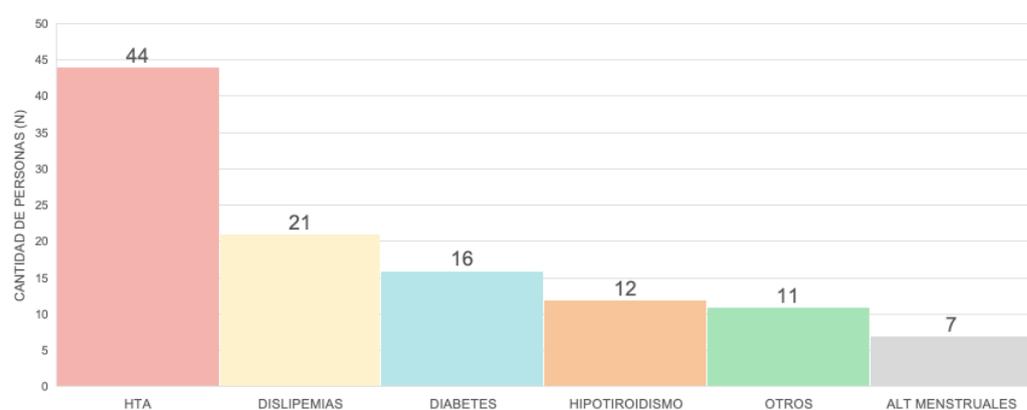
Gráfico 7 – Clasificación otros comportamientos alimentarios



Fuente: Elaboración propia

Retomando el análisis entre quienes tienen comorbilidades, se observó una mayor prevalencia de hipertensión arterial, seguida de dislipemias y diabetes (**Gráfico 8**).

Gráfico 8 – Clasificación comorbilidades asociadas (n=78)



Fuente: Elaboración propia

En la siguientes tablas se analizaron las variables según estado nutricional, trastorno por atracón y niveles de ansiedad (**Tablas 2-3**). Como se tendería a pensar, a mayor exceso de peso, mayor presencia y gravedad de atracón, al igual que el estado de ansiedad (A-E). Sin embargo, en la propensión de la misma (A-R), la relación no fue tan directa.

Tabla 2 – Clasificación estado nutricional y trastorno por atracón

VARIABLES	ESTADO NUTRICIONAL							
	SP		OB 1		OB 2		OB 3	
TRASTORNO ATRACON	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
SI TIENE	14	33	11	31	8	30	9	41
NO TIENE	28	67	24	69	19	70	13	59
GRADO - GRAVEDAD	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
LEVE (1-3)	9	64	5	45	5	63	4	44
MODERADO (4-7)	5	36	6	55	2	25	2	22
GRAVE (8-13)	0	0	0	0	0	0	1	11
EXTREMO (14 +)	0	0	0	0	1	13	2	22

Fuente: Elaboración propia

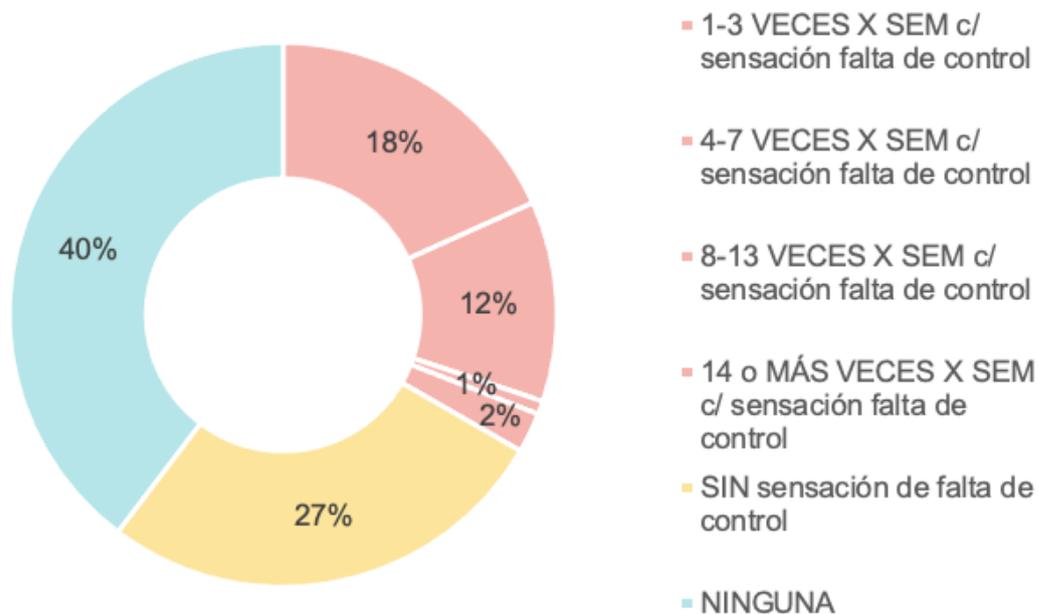
Tabla 3 – Clasificación por estado nutricional y ansiedad

VARIABLES	ESTADO NUTRICIONAL							
	SP		OB 1		OB 2		OB 3	
NIVEL ANSIEDAD A-E	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
NORMAL	14	33	18	51	2	7	6	27
LEVE	19	45	7	20	14	52	7	32
SIGNIFICATIVO	9	21	10	29	9	33	5	23
INTENSO	0	0	0	0	2	7	4	18
NIVEL ANSIEDAD A-R	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
NORMAL	5	12	4	11	0	0	11	50
LEVE	25	60	23	66	11	41	9	41
SIGNIFICATIVO	11	26	8	23	16	59	2	9
INTENSO	1	2	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia

Al momento de evaluar la frecuencia y cantidad de ingesta en un período menor a 2 hs, con o sin sensación de falta de control, se observó que el 60% de la muestra total, ingiere mucha comida junta en un periodo menor a 2hs, independientemente si presentó o no, sensación de falta de control (**Gráfico 9**). Por último, al relacionar el trastorno por atracón con los niveles de actividad física, no se halló una tendencia muy visible al evaluar las mismas.

Gráfico 9 – Clasificación frecuencia y cantidad de episodios de atracón



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, tras haber relacionado el nivel de ansiedad y la presencia de trastorno por atracón en adultos con exceso de peso, se llegó a la conclusión de que a mayor ganancia de peso, mayor grado de atracón, al igual que el estado de ansiedad (A-E). Sin embargo, en la propensión de la misma (A-R), la relación no fue tan directa.

Este trabajo, también evidenció que a mayor IMC y exceso de peso incrementa significativamente el riesgo de padecer comorbilidades clínicas, tales como la hipertensión arterial, dislipemias y diabetes, entre otras.

Por otra parte pudo observarse, que de la muestra total más de la mitad manifiesta una tendencia al picoteo durante el día, siendo esta una conducta de riesgo para el trastorno por atracón. Así como también, al momento de evaluar la frecuencia y cantidad de ingesta en un período menor a 2 hs, con o sin sensación de falta de control, se observó que dos tercios de la muestra total, ingiere mucha comida junta en un periodo menor a 2hs, independientemente si presentó o no, sensación de falta de control.

De acuerdo a los datos obtenidos, si bien se alcanzó el objetivo en estudio, aunque aún pueden profundizarse más los conceptos del picoteo diario y si presentan o no sensación de falta de control ante una ingesta importante en un tiempo menor a 2hs, indagar más en éstos, enriquecería el arribo a un diagnóstico y abordaje futuro más preciso.

Dado que esos conceptos son muy sensibles y subjetivos, incluir otro instrumento de medición más directo como por ejemplo una entrevista mediante intervenciones psicológicas cognitivas-conductuales podría resultar muy efectiva, aunque el tiempo y costo sean mayores.

Este trabajo, resultó importante como iniciación al tema en estudio, dado que hay pocos estudios que analicen estas variables, en Argentina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud OMDl. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2021 Mayo 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. Tejero ME. Genetics of obesity. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2008 Noviembre - Diciembre; 65 (6).
3. GdPCNsDyTdlOeaptlnd. Ministerio de Salud de Buenos Aires. [Online].; 2011 [cited 2021 Mayo 10]. Available from: <http://iah.salud.gob.ar>.
4. Webber L, Divajeva D, Marsh T, McPherson K, Brown M. The future burden of obesity-related diseases in the 53 WHO European-Region countries and the impact of effective interventions: a modelling study. BMJ Open. 2014 Julio.
5. Riesgo 4ENdFd. FAGRAN. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo 10]. Available from: <https://fagran.org.ar/wp-content/uploads/2019/11/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf>.
6. Salud 2ENdNy. FAGRAN. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo 10]. Available from: <https://fagran.org.ar/documentos/seccion/organismos-nacionales/2020/01/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2/>.
7. Bolaños Ríos P. Fracaso terapéutico en sobrepeso y obesidad. DialNet. 2016;(23).
8. services Moaoia-lwm. NICE. [Online].; 2014 [cited 2021 Mayo 10]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph53/chapter/1-Recommendations>.
9. Katz M, Cappelletti A, Papalia L, Ackerman Aguirre M, Cafaro L. Tratamiento farmacológico de la obesidad. Actualizacion en Nutrición. 2019 Abril-Junio; 20(2).
10. Escandón-Nagel N, Garrido-Rubilar G. Trastorno por atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. 2020 Diciembre; 20(4).
11. González Di Mura MV, Casari L, González Pancher R, Vega MdR. Análisis de factores psicológicos en los pacientes obesos. Revista de Psicología. 2017; 13(26).
12. Calderón C, Forns M, Varea V. Implication of the anxiety and depression in eating disorders of young obese. Nutrición Hospitalaria. 2010 Julio-Agosto; 25(4).

- 13 Herzog MD D, Nussbaum BA K, Marmor AB A. COMORBIDITY AND OUTCOME IN . EATING DISORDERS. *Psychiatric Clinics of North America*. 1996 Diciembre; 19(4).
- 14 Gaffney J, Harrison A, Tchaturia K. Social anxiety in the eating disorders: a systematic review . and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2018 Abril; 48(15).
- 15 Palomino Perez A. Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Rev Chil Nutr*. 2020; 47(2).
- 16 Grammer A. An examination of the associations between pediatric loss of control eating, . anxiety, and body composition in children and adolescents. *Eating Behaviors*. 2018 Agosto; 30.
- 17 Stagnaro J. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República . Argentina. *Dossier*. 2018 Noviembre-Diciembre; 29(142).
- 18 Lanchi Zúñiga V, Mero C. Obesidad. In Lanchi Zúñiga V, Mero C. *Enfermedades metabólicas: . punto de vista desde diversas especialidades médicas*. Ecuador Machala: UTMACH; 2018.
- 19 Cuadro E, Baile J. El trastorno por atracón: análisis y tratamiento. *Revista Mexicana de . Trastornos Alimentarios*. 2015 Diciembre; 6.
- 20 Carranza Quispe L. Fisiología del apetito y el hambre. *Enfermería Investiga, Investigación, . Vinculación, Docencia y Gestión*. 2016 Julio-Septiembre; 1(3).
- 21 Forero Bogotá M, Gómez Leguizamón M. Determinantes fisiológicos y ambientales de la . regulación del control de la ingesta de alimentos. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*. 2020 Octubre.
- 22 PRIMARIA TDARDPA. Medigraphic. [Online].; 2012 [cited 2021 Mayo 10. Available from: . <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>.
- 23 Virues Elizondo R. Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica*. 2005 Mayo.
- 24 Vásquez-Machado M, Ulate-Montero G. Revisión: Regulación del peso corporal y del apetito. . *Acta Médica Costarricense*. 2010 Abril-Junio; 52(2).
- 25 Valladares M, Obregón A, Pino C. Asociación entre el sistema de recompensa del cerebro y . elección de la comida en adultos mayores y de mediana edad. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2020; 68(4).
- 26 Drewnowski A, Mennella J, Johnson S, Bellisle F. Preferencia de dulzura y comida. *The . Journal of Nutrition*. Junio 2012; 142(6).

- 27 Gustafsson K, Sidenvall B. Percepciones y hábitos alimentarios relacionados con la . alimentación entre las mujeres mayores. JAN. 2002 Junio; 39(2).
- 28 Hernández Barbosa L. Manual Práctico para la aplicación de pruebas de evaluación . psicológica. [Online]. Available from:
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8473/1/2019_manual_pruebas_psicol%C3%B3gicas.pdf.
- 29 DSM-5. Psychiatry Online. [Online].; 2018. Available from: https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf.
- 30 Gomez-Candela C, Palma Milla S, Miján de la Torre A, Ortega Rodríguez P, Matía Martín P. . Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Nutrición Hospitalaria. 2018; 35(1).
- 31 Cappelletti A, Katz M. Obesidad y Psiquiatría. Vinculos clínicos y farmacológicos. In . Braguinsky N. Obesidad. Encrucijadas y abordajes. Bs. As; 2018. p. 409-416.

ANEXOS

(<https://forms.gle/CKvNZ4Gwt2oqAteV9>)



Sección 1 de 6

ANSIEDAD y ATRACÓN en adultos con exceso de peso

Estimado/a participante:

Mi nombre es Sabrina Hembra, actualmente me encuentro realizando mi tesina de grado sobre: "ANSIEDAD Y ATRACÓN EN ADULTOS CON EXCESO DE PESO" y así poder obtener el título de Licenciatura en Nutrición en la Universidad Isalud.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, que consistirá en recabar información referida a estos temas.

Resguardaré la identidad de las personas incluidas en esta encuesta.

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Correo electrónico *

Correo electrónico válido

Este formulario recopila correos electrónicos. [Cambiar la configuración](#)

Leí, comprendí y acepto participar de la investigación *

Si, estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

PASO 1



Descripción (opcional)

Qué edad tienes? *

Texto de respuesta breve

De qué sexo sos? *

Femenino

Masculino

Cuál es tu peso actual? *

Texto de respuesta breve

Cuál es tu altura? *

Texto de respuesta breve

Según tu criterio cómo clasificarías tu movimiento diario? *

Sedentario

Poco activo

Activo

Muy Activo

Cuántas horas trabajas por día? *

Texto de respuesta breve

Cuántas horas dormis por noche? *

Texto de respuesta breve

Tienes...? *

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Dislipemias (Colesterol o Triglicéridos alto)
- Alteraciones menstruales
- Bulimia
- Anorexia
- Alguna de estas conductas compensatorias, como vómitos, ejercicio físico excesivo, laxantes o ayunos.
- No tengo nada
- Otra...

Tomas algún antidepresivo, anticonvulsivante (para la ansiedad), regulador del apetito o glucocorticoide? *

Sí

No

Después de la sección 2 Ir a la siguiente sección

Sección 3 de 6

PASO 2



A continuación encontrarás una serie de frases que se utilizan usualmente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y señala lo que indique mejor cómo TE SENTIS AHORA MISMO, EN ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas ni malas. Contesta señalando la respuesta que MEJOR DESCRIBA TU SITUACION PRESENTE.

Me siento calmado *

NADA

ALGO

BASTANTE

MUCHO

Me siento seguro *

NADA

ALGO

BASTANTE

MUCHO



Estoy tenso *

- NADA
 - ALGO
 - BASTANTE
 - MUCHO
-

Estoy contrariado *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me siento cómodo (estoy a gusto) *

- NADA
 - ALGO
 - BASTANTE
 - MUCHO
-

Me siento alterado *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras? *

- NADA
 - ALGO
 - BASTANTE
 - MUCHO
-

Me siento descansado *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me siento angustiado *

- NADA
 - ALGO
 - BASTANTE
 - MUCHO
-

Me siento confortable *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Tengo confianza en mi mismo *

- NADA
 - ALGO
 - BASTANTE
 - MUCHO
-

Me siento nervioso *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Estoy desasosegado *

- NADA
 - ALGO
 - BASTANTE
 - MUCHO
-

Me siento muy "atado" (como oprimido) *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me siento muy satisfecho *

- NADA
 - ALGO
 - BASTANTE
 - MUCHO
-

Estoy preocupado *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me siento aturdido y sobreexcitado *

- NADA
 - ALGO
 - BASTANTE
 - MUCHO
-

Me siento alegre *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

En este momento me siento bien *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Sección 4 de 6

PASO 3



Descripción (opcional)

Cómo es tu ingesta de comidas? *

- Mantenes un orden de comidas moderadas sin picoteos a lo largo del día?
- Picoteas pequeñas cantidades de comida a lo largo del día?
- Haces ayunos?
- No me identifico con ninguna.

En los últimos 3 meses.. *

- Ingeriste mucha comida junta en un periodo menor a 2 hs., SIN sensación de falta de control?
- Ingeriste mucha comida junta (1 a 3 veces por semana) en un periodo menor a 2 hs., CON sensación de fa...
- Ingeriste mucha comida junta (4 a 7 veces por semana) en un periodo menor a 2 hs., CON sensación de fa...
- Ingeriste mucha comida junta (8 -13 veces por semana) en un periodo menor a 2 hs., CON sensación de fa...
- Ingeriste mucha comida junta (14 o más veces por semana) en un periodo menor a 2 hs., CON sensación ...
- No me identifico con ninguna.

ÚLTIMO PASO! Ya casi...!



A continuación encontrarás una serie de frases que se utilizan usualmente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y señala lo que indique mejor cómo TE SENTIS EN GENERAL, EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES. No hay respuestas buenas ni malas. Contesta señalando la respuesta que MEJOR DESCRIBA COMO TE SENTIS EN GENERAL.



Me siento bien *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me canso rápidamente *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO



Siento ganas de llorar *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me gustaría ser tan feliz como otros *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO



Pierdo oportunidades por no decidirme pronto *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me siento cansado *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO



Soy una persona tranquila, serena y sosegada *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO



Me preocupo demasiado por cosas sin importancia *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Soy feliz *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO



Suelo tomar las cosas demasiado seriamente *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me siento seguro *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

⋮

Evito enfrentarme a las crisis o dificultades *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me siento triste (melancólico) *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

⋮

Estoy satisfecho *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Me rondan y molestan pensamientos sin importancia *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

...

Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Soy una persona estable *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Quando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado *

- NADA
- ALGO
- BASTANTE
- MUCHO

Sección 6 de 6

GRACIAS POR TU TIEMPO!

