

---

**Trabajo de fin de grado**  
**Grado en Nutrición Humana y Dietética**

---



**Facultad de  
Ciencias de la Salud  
y del Deporte - Huesca**  
**Universidad Zaragoza**

# “Valoración nutricional y hábitos alimentarios en el enfermo bipolar”

**Andrea Barquín García-Lago**

**Tutor: Carmelo Pelegrín Valero. Departamento de Medicina, Psiquiatría y  
Dermatología**

**Fecha de presentación: 27 de Junio de 2016**



## RESUMEN

El Trastorno Bipolar es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo que generalmente limita la funcionalidad del paciente y que requiere un abordaje integral psicosocial, biomédico y psicofarmacológico.

Las personas con Trastorno Bipolar presentan una prevalencia de obesidad y de trastornos de la conducta alimenticia más alta que la población general, sin embargo, los trabajos de investigación son escasos en esta patología.

Este Trabajo de Fin de Grado, basado en el Prácticum del Grado en Nutrición Humana y Dietética realizado en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge (Huesca) se trata de un estudio analítico y transversal que se centra en valorar los hábitos y la conducta alimentaria de una muestra de 27 pacientes ingresados en la unidad de corta estancia de dicho hospital entre diciembre de 2015 y mayo de 2016, mediante instrumentos validados en nuestro país: La escala para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar (BEDS) y el cuestionario del comedor emocional de Garaulet.

Los hallazgos obtenidos han confirmado las hipótesis de partida y son congruentes con la escasa bibliografía existente, confirmando la elevada prevalencia de obesidad y trastornos de la conducta alimentaria. Estos hallazgos confirman la necesaria la participación de profesionales de la nutrición dentro del abordaje terapéutico de los pacientes con esta patología.

## ÍNDICE

1. Introducción.....	Página 1
2. Objetivos.....	Página 4
3. Hipótesis.....	Página 5
4. Materiales y métodos.....	Página 5
4.1. Sujetos.....	Página 5
4.2. Criterios de inclusión y de exclusión.....	Página 5
4.3. Materiales y métodos.....	Página 5
5. Resultados.....	Página 11
6. Discusión.....	Página 18
7. Conclusiones.....	Página 22
8. Bibliografía.....	Página 23
9. Anexo 1: Ficha de paciente.....	Página 26



## LISTADO DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
<b>TB</b>	Trastorno Bipolar
<b>TCA</b>	Trastornos de la conducta alimentaria
<b>BEDS</b>	Escala para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale)
<b>CCE</b>	Cuestionario de comedor Emocional Garaulet
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ECV</b>	Enfermedad cardiovascular

## 1. INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad crónica y recurrente que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo y que afecta aproximadamente al 1,6% de la población (1). Supone un gran impacto sobre el funcionamiento del paciente que lo presenta, y ocupa el sexto lugar entre todas las enfermedades como causa global de discapacidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). Se caracteriza por un estado de ánimo cambiante, que fluctúa entre 2 polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad; y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte, sin que éstas estén en relación con el mundo exterior (1).

En las fases de manía puede predominar tanto la euforia como la expansividad o la irritabilidad, con tres o más síntomas acompañantes como:

- 1) Autoestima exagerada.
- 2) Disminución de la necesidad de dormir (p.ej. se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
- 3) Verborrea, mostrándose más hablador de lo habitual con presión para mantener la conversación.
- 4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
- 5) Fácil distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
- 6) Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) ó agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
- 7) Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p.ej. dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes) (3).

En los casos graves, es frecuente el desarrollo de síntomas psicóticos, como delirios. El cuadro de manía, en general, provoca una seria alteración de la vida cotidiana del paciente, dificultando al máximo su actividad sociolaboral y, en ocasiones, requiriendo ingreso hospitalario.

La hipomanía es aquel episodio de tiempo superior a 4 días en el que aparecen los síntomas propios de la manía pero sin alcanzar una gravedad tal que provoque deterioro social o laboral.

Las fases de depresión se caracterizan por cinco (o más) de los siguientes síntomas, los cuales han estado presentes durante al menos un periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior. Al menos uno de los síntomas es (A) estado de ánimo depresivo o (B) la pérdida de interés y capacidad para obtener placer (3). Así los síntomas serían los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p.ej. se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p.ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo de miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a término.

Los síntomas, como sucede en la fase maniaca, causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas de funcionamiento.

Dentro del TB podemos encontrar dos tipos fundamentalmente (1):

- TB tipo I: Incluye la aparición de cuadros depresivos y maníacos.
- TB tipo II: Incluye cuadros depresivos y solamente hipomaniacos, lo que supone una gran limitación funcional, dificultades de tratamiento y mayor comorbilidad.

Dentro de esta patología también se incluye la ciclotimia, que se caracteriza por un curso crónico y mantenido en el tiempo, con presencia de al menos 2 años de numerosos periodos de síntomas depresivos e hipomaniacos, lo que provoca un deterioro psicológico del paciente, que no llega a encontrar la estabilidad afectiva.

En el tratamiento del TB, el abordaje psicofarmacológico resulta imprescindible junto con una intervención psicológica adecuada. Los fármacos esenciales, cuya toma es obligatoria para la estabilización de la enfermedad, son los estabilizadores del estado de ánimo, que como su propio nombre indica, son fármacos cuyo mecanismo esencial de acción es la normalización del estado de ánimo. En las fases maníacas se utilizan también los antipsicóticos (fármacos dirigidos a reducir la actividad cerebral); mientras que los antidepresivos (fármacos dirigidos a mejorar el estado del ánimo) son habituales en las fases depresivas. Los objetivos específicos del tratamiento son reducir la intensidad, la frecuencia y consecuencias de los episodios agudos, mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida (4).

Los estabilizadores del estado de ánimo que se utilizan son fundamentalmente el carbonato de litio (Plenur), junto al valproato o ácido valpróico (Depakine) (5). Éstos son medicamentos muy útiles como tratamiento de mantenimiento para evitar recaídas, mejorando también los síntomas de manía y depresión (6).

Tradicionalmente, la utilización de algunos de estos psicofármacos se ha considerado como una de las causas de aumento de peso secundario, lo que podría agravar una situación previa de obesidad, o bien, empeorar la situación en pacientes con peso normal, que al ser tratados con estos medicamentos podrían llegar a presentar cuadros de sobrepeso u obesidad (7). Teniendo en cuenta que los pacientes afectados con TB presentan además una comorbilidad superior a la población general con un riesgo aumentado de presentar obesidad y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), sobre todo la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (8), nos encontramos que en éstos pacientes es necesaria también la intervención nutricional. Además, las enfermedades psiquiátricas graves en sí mismas pueden repercutir directamente en el estado nutricional, por lo que es aconsejable que los pacientes sean valorados antes y durante el tratamiento con estos fármacos y durante todo el proceso de la enfermedad.

Este estudio se centra en los factores citados anteriormente, incidiendo en la prevalencia de obesidad y TCA, la toma de fármacos y los hábitos alimentarios de una muestra consecutiva de pacientes con trastorno bipolar ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estancia (UCE) del hospital San Jorge de Huesca.

## 2. OBJETIVOS

Los objetivos propuestos para este estudio son los siguientes:

- Estudiar la valoración nutricional en los pacientes afectos de trastorno bipolar.
- Valorar la comorbilidad entre trastorno de la conducta alimentaria no especificado y TB valorado mediante la escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (*Bipolar Eating Disorder Scale*, BEDS) validada en España por Torrent y cols. en el año 2004 (9).
- Valorar la influencia del estado emocional en la conducta alimentaria mediante el Cuestionario de comedor Emocional Garaulet (CCE) validada en España (10).
- Valorar la influencia del tratamiento psicofarmacológico en el estado nutricional del paciente.
- Evaluar los hábitos alimentarios de los mismos y su relación con variables clínicas.

## 3. HIPÓTESIS

Las hipótesis planteadas antes de la realización del estudio, basadas en los conocimientos sobre la enfermedad bipolar, son las siguientes:

- Los pacientes con trastorno bipolar tienen un mayor sobrepeso que la población general.
- Los pacientes en tratamiento con carbonato de litio tienen un mayor peso que los pacientes con ácido valproico u otros normotímicos.
- Los pacientes con trastorno bipolar tipo II, en los que predominan las fases depresivas, tienen mayor sobrepeso que los pacientes con trastorno bipolar tipo I.
- Los pacientes en fase de manía y depresión comen de forma “más emocional” que los pacientes normotímicos.



## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1. Sujetos:

Para la realización del estudio, se recoge una muestra de pacientes con trastorno bipolar que ingresan consecutivamente en la UCE desde diciembre de 2015 hasta mayo de 2016 y que cumplan los criterios de inclusión.

Durante este periodo ingresaron 31 pacientes, de los cuales se excluyó a 4 por no cumplir los criterios de inclusión de edad y de más de 5 años de evolución de la enfermedad, por lo que la muestra final es de 27 pacientes.

### 4.2. Criterios de inclusión y exclusión:

Como criterios de inclusión se han establecido pacientes con trastorno bipolar tipo I y II con al menos 5 años de evolución.

Los criterios de exclusión establecidos son los siguientes:

- Pacientes con enfermedades metabólicas, excluyendo los hipotiroidismos secundarios al litio y tratados con terapias sustitutivas.
- Otras enfermedades psiquiátricas como abusos de sustancias.
- Mayores de 65 años.

### 4.3. Material y métodos:

A continuación se explica cómo se lleva a cabo la recogida de datos y cómo se interpretan los mismos para después obtener los resultados.

El material utilizado son: una ficha para cada paciente (Anexo I), en la que se recogen los datos personales, una anamnesis, la historia clínica y dietética, un cuestionario de “Escala para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar” y el “Cuestionario de comedor emocional Garaulet”.

Estos datos se recogieron en la primera semana de ingreso del paciente en la unidad. Para ello, se citaba al paciente en una zona tranquila, alejada de distracciones, donde pudiera contestar tranquilamente las preguntas del cuestionario.

Estas fichas incluían:

4.3.1. Datos personales:

- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Población
- Antecedentes familiares de obesidad y/o enfermedad mental
- Antecedentes personales (Edad, estado civil, hijos y ocupación)

4.3.2. Anamnesis (valorada por mi tutor o por alguno de sus compañeros):

- Tipo de trastorno bipolar (TB tipo I ó TB tipo II)
- Edad de inicio
- Años de evolución
- Número de recaídas
- Tratamiento farmacológico actual, en el que se distingue entre la toma de normotímicos (estabilizadores del ánimo), neurolépticos y antidepresivos para después analizar su relación con el aumento de peso.

4.3.3. Historia clínica, en la que se recoge si hay alguna patología asociada y si el paciente es consumidor de alcohol, tabaco u otras sustancias.

4.3.4. Historia dietética, la cual valorará el estado nutricional del paciente, considerándose pacientes con buena alimentación aquellos que:

- Realizan de 3 a 5 comidas al día.
- Tienen unos horarios adecuados.
- Toman las raciones diarias semanales y de grupos de alimentos similares a las recomendadas por la OMS.
- Tienen variedad en su alimentación y no abusan de bollería, bebidas con gas, azúcares simples y comidas precocinadas.

Si no cumplen estos requisitos se tendrá en cuenta que no cumplen unos buenos hábitos alimentarios.

Dentro de este apartado se establecen los siguientes puntos:

- Peso

- Talla

- **Perímetro abdominal:** Es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, normalmente el ombligo. El perímetro abdominal es un indicador de riesgo para la salud. Según las recomendaciones de las Guías Clínicas para la Obesidad del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU. (NIH), se consideran puntos de corte de circunferencia de cintura de 88 cm para las mujeres y de 102 cm para los hombres, valores incluidos en la definición del Síndrome Metabólico según las Guías propuestas por el Panel de Expertos en Colesterol en el Tercer Panel de Tratamiento para Adultos (ATP III).

**Tabla 1. Valores de circunferencia abdominal según el NIH**

	Zona de alerta	Nivel de acción
<b>Hombres</b>	$\geq 94$ cm	$\geq 102$ cm
<b>Mujeres</b>	$\geq 80$ cm	$\geq 88$ cm

- **IMC:** Según la OMS el índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg/m}^2$ ). Un IMC igual o superior a 25 es indicador de sobrepeso, mientras que un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

**Tabla 2. Clasificación de la obesidad según la OMS**

Clasificación	IMC ( $\text{kg/m}^2$ )	Riesgo asociado a la salud
Normopeso	18,5 – 24,9	Promedio
Sobrepeso	25 – 29,9	Aumentado
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34,9	Aumentado moderado
Obesidad Grado II o severa	35 – 39,9	Aumentado severo
Obesidad Grado III o mórbida	$\geq 40$	Aumentado muy severo

- En caso de sufrir obesidad se han valorado dos aspectos:

- 1) Relación de la obesidad con el inicio de la enfermedad
- 2) Relación de la obesidad con el inicio del tratamiento.

Estas preguntas se refieren a si el paciente relaciona su aumento de peso con una de estas dos variables, para así analizar si dicho aumento de peso tiene que ver con la toma de medicación y si es así, especificar con qué fármaco de los que toma lo relaciona el propio paciente.

- Alimentos y bebidas de preferencia

- Lugar donde realiza las comidas

- Horario fijo

- Ingesta típica habitual: Determinación del patrón de consumo alimentario habitual durante un tiempo determinado (días, semanas o meses anteriores).

- Actividad física: La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. En el cuestionario se toman como valores de referencia:

- “Ninguna actividad física” (Todo el día en la cama)
- “Actividad física leve” (Trabajos domésticos y andar despacio)
- “Actividad física moderada” (Practicar algún deporte suave, andar deprisa, etc...)
- “Actividad física intensa (Deportes más intensos: correr, bicicleta, nadar...)

## 4.3.5: Escalas a administrar:

Para valorar el nivel de desajuste alimentario de los pacientes se utilizan dos escalas:

- Escala para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar (9): Para valorar si los pacientes sometidos al cuestionario tienen algún tipo de desorden alimenticio se ha utilizado la “Bipolar Eating Disorder Scale” (BEDS) de Barcelona.

La BEDS es un cuestionario sencillo, autoaplicado y factible, ya que consta de tan sólo 10 ítems. Permite evaluar de una manera rápida y sencilla tanto la intensidad, como la frecuencia de las diferentes alteraciones alimentarias en los pacientes bipolares con el fin de poder realizar una intervención adecuada a las necesidades específicas de cada uno de los pacientes. Ésta escala se contesta con las respuesta “Nunca”, “A veces”, “A menudo” y “Siempre”, cada una con un valor del 0 al 3 respectivamente. Los 10 ítems se dividen en diferentes grupos:

- Regularidad de hábitos (ítems 1 y 10)
- Influencia del estado del ánimo (ítems 2, 5 y 6)
- Trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo, atracones (ítems 3 y 7)
- Mecanismo regulador de la saciedad (ítem 4)
- Manera de comer compulsiva (ítem 9)
- Ansia de hidratos de carbono (ítem 8)

Una vez contestados los 10 ítems se hace la suma del total. Pacientes con puntuaciones superiores a los 13 puntos se considera que tienen una alteración alimentaria que requerirá una intervención individualizada.

- Cuestionario de comedor emocional Garaulet (CEE) (10): Es un cuestionario compuesto por 10 ítems, desarrollado para evaluar en qué medida afectan las emociones a la conducta alimentaria y ayudando a una detección temprana de TCA. En nuestro caso se repite el mismo cuestionario según el paciente está en estado de euforia, depresión o normotimia, para así poder valorar cada una de las situaciones en las que se puede encontrar el paciente con TB y analizar si hay diferencias entre las mismas.

Todas las preguntas tienen 4 posibles respuestas: “Nunca”, “A veces”, “A menudo”, “Siempre” y al igual que en la escala anterior, cada una coincide con un valor del 0 al 3 respectivamente.

Una vez obtenido el resultado se clasifica en cuatro grupos:

- **Puntuación entre 0-5:** *Comedor No Emocional*. Personas con gran estabilidad en lo que se refiere al comportamiento alimentario, las emociones influyen poco o nada y comen cuando fisiológicamente sienten apetito, sin tener en cuenta los factores externos ni las emociones.
- **Puntuación entre 6-10:** *Comedor Poco Emocional*. Personas poco emotivas respecto a la alimentación. Es raro que solucionen sus problemas o sus nervios con la comida. Sin embargo, ya sienten que ciertos alimentos influyen sobre su voluntad y que la comida, es algo más que comida.
- **Puntuación entre 11-20:** *Comedor Emocional*. Las respuestas indican que en cierta medida sus emociones influyen en su alimentación. Los sentimientos y el estado de ánimo en algunos momentos de su vida determinan cuánto y cómo comen. Aún así, aunque son comedores emocionales, todavía la comida no controla sus acciones, sino que siguen siendo ellos quienes dominan su alimentación.
- **Puntuación entre 21-30:** *Comedor Muy Emocional*. Personas en las que sus sentimientos y emociones girarán constantemente alrededor de su alimentación.

Este estudio se trata de un estudio analítico y transversal, donde una vez obtenidas las puntuaciones para cada una de las áreas descritas, se pasan los resultados a la Hoja de Perfil, en la que se vuelcan los datos de cada una de las escalas para obtener la puntuación T a través del programa SPSS 23, y así poder valorar finalmente los resultados, según las interpretaciones descritas.

## 5. RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en el estudio. Cabe destacar que, según el tutor, la muestra es relativamente pequeña, debido a que los ingresos por TB en la UCE durante esta época han sido escasos comparados con otros años.

Respecto a los **datos sociodemográficos** de la muestra, se destaca que la media de edad es de 46,93 años, con una desviación típica de 11,714. Relativo al sexo, no ha habido apenas diferencia entre hombres y mujeres, siendo 14 hombres y 13 mujeres los participantes en el estudio. En cuanto al estado civil, predomina el de solteros y la mayoría no tiene hijos. Respecto a los antecedentes familiares y la ocupación, se ven reflejados en las siguientes tablas:

**Tabla 3. Antecedentes familiares**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>NO</b>	15	55,6%
<b>SI</b>	12	44,4%
<b>TOTAL</b>	27	100%

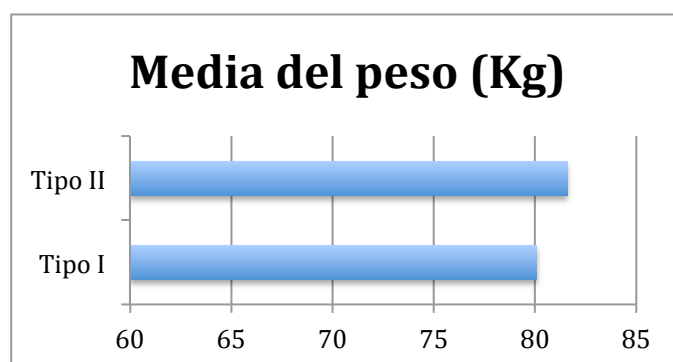
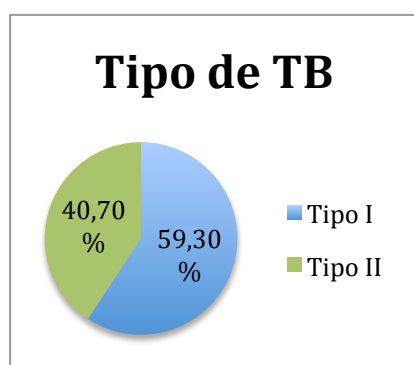
**Tabla 4. Ocupación**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Activos</b>	13	48,2%
<b>Pensionistas</b>	8	29,6%
<b>Jubilados</b>	6	22,2%
<b>TOTAL</b>	27	100%

Donde se puede observar, que la mayoría de los sujetos de la muestra no tienen antecedentes familiares de obesidad ni de enfermedad mental y que un porcentaje alto de la misma sigue activa laboralmente a pesar de la enfermedad.

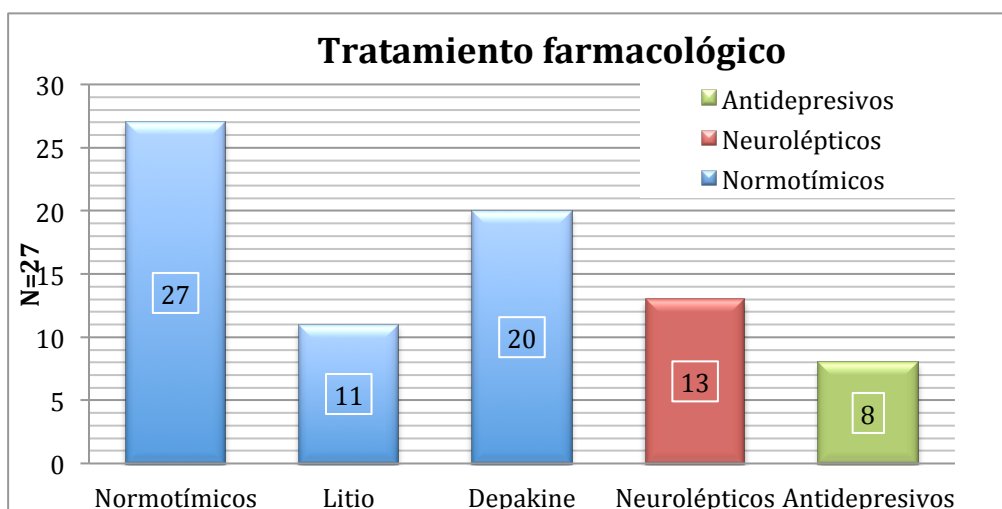
En relación con la **anamnesis**, los resultados revelan que la edad de inicio media de la enfermedad son 29,11 años, con una desviación típica de 9,716 y que la media de recaídas es de 7,33 con una desviación típica de 4,58.

Relativo al tipo de TB, en la muestra es más común el tipo I. El peso medio de los pacientes con TB tipo I es de 80,07 kg, con una desviación típica de 14,64; mientras que el de los pacientes con TB tipo II es de 81,60 kg, con una desviación típica de 15,05; lo que confirmaría la hipótesis inicial de que los pacientes con TB tipo II tienen mayor sobrepeso que los de tipo I.



Respecto al tratamiento farmacológico, todo paciente con TB debe recibir un estabilizador del ánimo como base (11). Como se ha dicho anteriormente, los más utilizados son el carbonato de litio (Plenur) y el ácido valpróico (Depakine) que pueden usarse conjuntamente; además, en ocasiones se puede requerir del uso de neurolépticos (antipsicóticos) y de antidepresivos como coadyuvantes para realizar un correcto manejo de la enfermedad.

Según la siguiente gráfica, podemos observar que el total de la muestra usa estabilizadores de ánimo en su tratamiento y que 4 pacientes toman ambos, mientras que el uso de antidepresivos y neurolépticos es menor, siendo 8 y 13 respectivamente los sujetos que los usan.



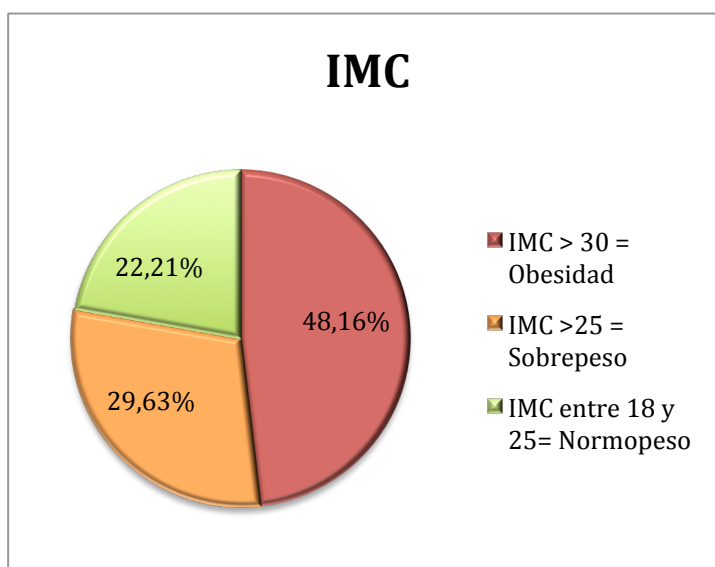


En relación a los **datos antropométricos**, se encuentran los datos recogidos en la siguiente tabla:

Tabla 5. Datos antropométricos			
	Media de la muestra	Desviación típica	Media de la población española
<b>Altura (cm)</b>	167,52	8,37	166,5
<b>Peso (kg)</b>	80,70	14,15	70,2
<b>IMC</b>	28,72	4,68	25,3
<b>Perímetro abdominal (cm)</b>	97,78	18,77	85,9

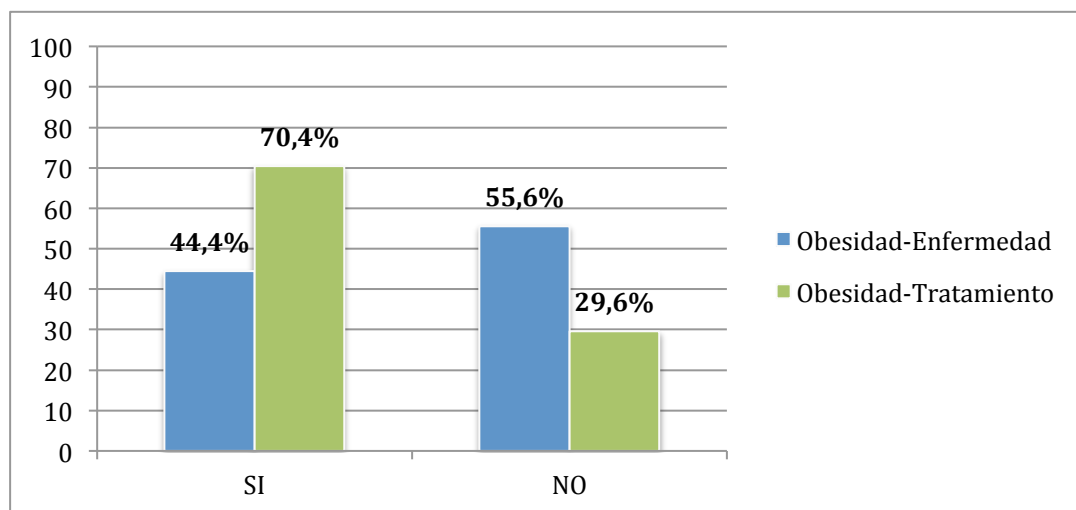
Como se puede percibir, la media de los datos antropométricos es alta en comparación con la población general, la cuál tiene unos valores de altura y peso menores según el Instituto Nacional de estadística (12), y unos valores de IMC y perímetro abdominal también inferiores según el estudio de “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles” de la Universidad Complutense de Madrid (13).

Si se hace hincapié en los datos obtenidos sobre el IMC, se observa que la media del IMC de los pacientes de la muestra es de 28,72, lo que supone que la media de dichos pacientes es de sobrepeso, dato que ha de ser destacado. Sin embargo, si además de observar la media, se realiza el porcentaje de sujetos del estudio según su IMC, se obtienen los resultados reflejados en la siguiente gráfica:



Esto supone que casi la mitad de los sujetos de la muestra padece obesidad, mientras que tan sólo un 22,21% de los mismos se encuentra en un estado de normopeso.

Según el estudio, un 44,4% de los pacientes asocia su obesidad al inicio de la enfermedad y un 70,4% la asocia al inicio de la toma de fármacos. Esto pone en evidencia que los pacientes la asocian a ambos factores.



Sin embargo, llama la atención el alto porcentaje de pacientes que asocian obesidad y tratamiento, por lo que para indicar a cuál de los psicofármacos citados anteriormente se asocia este aumento de peso, se hace un estudio de variables independientes mediante la T de Student, haciendo una comparación de medias. Esta prueba se aplica cuando la población estudiada sigue una distribución normal y el tamaño muestral es demasiado pequeño; como sucede en la muestra de estudio.

En este caso, se compara la media de peso en Kg de los pacientes que toman Litio como tratamiento con la media de peso en Kg de los pacientes que siguen otros tratamientos (Depakine, neurolépticos y antidepresivos) y la media de peso en Kg de los pacientes que toman Depakine con la media de peso en Kg de los pacientes que siguen otros tratamientos (Litio, neurolépticos y antidepresivos).

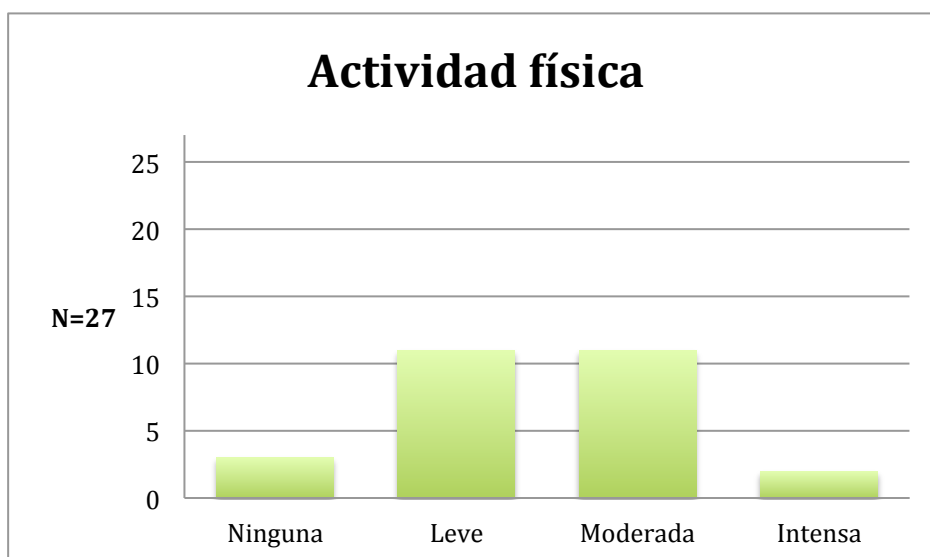
Los resultados obtenidos son los reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 6. Prueba T de Student de variables independientes: Peso-Medicación.		
Independent Samples Test		
	Sig.	P
Litio	0,250	0,405
Depakine	0,000	0,019

Donde se observa que hay diferencias muy significativas para el ácido valpróico (Depakine), ya que el valor P es menor que 0,05, lo que significa que la probabilidad de que sea un hallazgo al azar es muy baja, mientras que para el Litio no hay un nivel de significación suficiente. Esto representa que en la muestra, el ácido valpróico (Depakine) es el medicamento que más aumento de peso produce. En el resto de fármacos no hay diferencias significativas, lo que se debe probablemente a que el número de pacientes de la muestra es pequeño.

Para comprobar si éstos datos de obesidad son debidos a la toma de fármacos, a unos malos hábitos alimentarios, a un estilo de vida sedentario o a un conjunto de estos factores, es necesario analizar las variables de la **historia dietética**, donde se obtiene como resultado que:

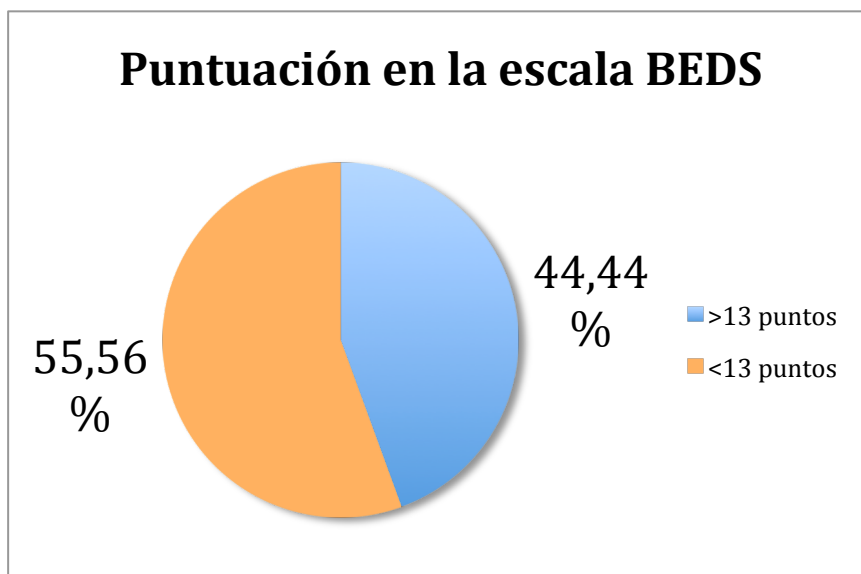
- Un 55,6% de los pacientes lleva unos buenos hábitos alimentarios, mientras que un 44,4% de los mismos no cumple los criterios citados en el apartado 4.3.4, por lo que llevan unos malos hábitos alimentarios.
- Un 11,1% no realiza ningún tipo de actividad física, un 40,7% de los sujetos realiza una actividad física leve, un 40,7% realiza una actividad física moderada y tan sólo un 7,4% realiza una actividad física intensa.



Acerca de la **historia clínica**, destaca que un 40,7% de los sujetos presenta alguna patología asociada al TB, probablemente vinculada a la comorbilidad con la obesidad y el sobrepeso.

Por último, se analizan las **respuestas de las escalas** para valorar el nivel de desajuste alimentario que tienen los individuos de la muestra.

- Los resultados de la escala BEDS (9) para valorar si existe un desorden alimenticio revelan los siguientes datos:



El valor a partir del cual se considera que el paciente tiene una alteración alimentaria es de 13 puntos. Un 44,44% de los individuos obtuvo una puntuación mayor que 13 en la escala, lo que supone una alta prevalencia de trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de ingestión de alimentos que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

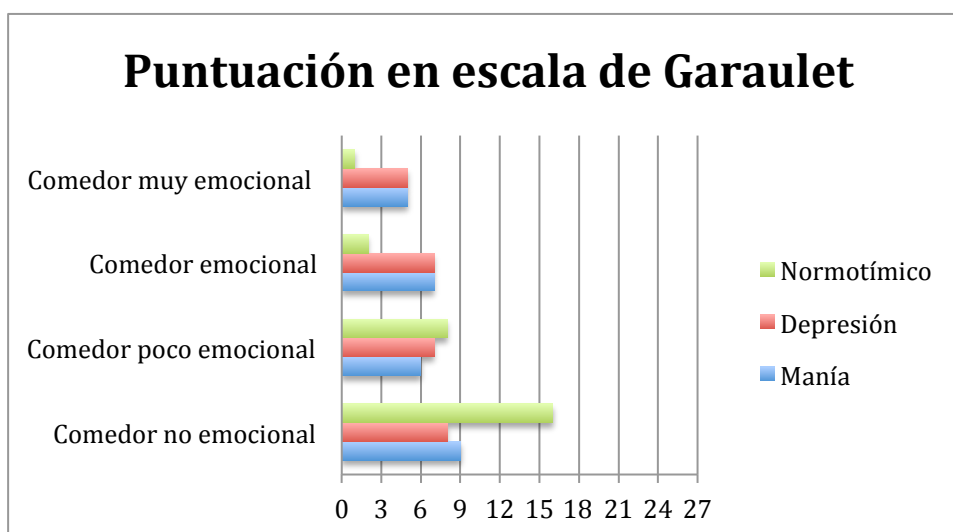
Evaluamos caso a caso y objetivamos que ninguno cumplía criterios de “bulimia nerviosa”; sin embargo cuatro de ellos cumplían criterios de “trastorno por atracón”.

- Los resultados del cuestionario de comedor emocional Garaulet (CEE) (10), en los que se considera “comedor emocional” a los pacientes con una puntuación igual o superior a 11, muestran según el porcentaje que, de los 27 individuos de la muestra:

- En estado de euforia o manía: Un 44,44% obtiene una puntuación de 11 o más puntos.
- En estado de depresión: Un 48,14% obtiene una puntuación de 11 o más puntos.
- En estado normotímico: Un 18,51% obtiene una puntuación de 11 o más puntos.

Por lo que se encuentran diferencias importantes cuando el paciente se encuentra descompensado y se pone en evidencia la influencia de las emociones en la ingesta alimentaria.

En la siguiente gráfica se pueden apreciar claramente las diferencias entre los estados de manía y depresión y la normotimia:



Durante las fases de normotimia, en las que el paciente se encuentra estable, la mayoría de sujetos son “comedores no emocionales”, mientras que los “comedores muy emocionales” se encuentran principalmente en los estados de manía y depresión.

Todo esto se traduce en que, en los estados de manía y depresión, sobre todo en este último, los pacientes con TB tienen más tendencia ser “comedores emocionales”, es decir, a comer en base a sus emociones.

## 6. DISCUSIÓN

El TB es una enfermedad crónica asociada a una elevada discapacidad, mortalidad y comorbilidad con las enfermedades metabólicas más frecuentes: la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus, la obesidad y las enfermedades tiroideas. La alta prevalencia de estas enfermedades puede ser debido a una mayor prevalencia de factores de riesgo metabólicos en pacientes con TB, como la obesidad abdominal, el aumento de los triglicéridos, la disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y la hipertensión (14).

Los resultados del estudio ponen en evidencia que la prevalencia de obesidad en el paciente con TB es muy alta, siendo de un 48,16%, casi en el rango más alto de los estudios, según los cuales, en la prevalencia de obesidad en pacientes con TB se detectan unas cifras de entre el 19 y el 53%, significativamente superior a la encontrada en la población general (9-14%) (2).

Además, un 29,63% de los mismos tienen sobrepeso según su IMC, por lo que estamos hablando de unas cifras de sobrepeso y obesidad muy elevadas en estos pacientes. Según el tipo de trastorno, el paciente con TB tipo II es el que mayores cifras de sobrepeso tiene. Esto puede ser debido al tipo de medicación que toman y a que es especialmente elevada la comorbilidad entre este subtipo y la bulimia o el trastorno por atracón (15), por lo que tendrían tendencia a darse atracones de comida que en parte justificarían el aumento de peso.

El perímetro abdominal medio de la muestra es de 97,78 cm. Según las recomendaciones de las Guías Clínicas para la Obesidad del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU. (NIH), se consideran puntos de corte de circunferencia de cintura de 88 cm para las mujeres y de 102 cm para los hombres, por lo que los individuos de la muestra tendrían un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), ya que se ha podido establecer que la acumulación preferencial de grasa en la zona toracoabdominal del cuerpo se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica. (16)

Respecto a la toma de psicofármacos, es sabido que los tratamientos para enfermedades mentales tienen delicados, múltiples y variados efectos colaterales. Uno de ellos, sino es el más importante, es el aumento de peso por sus efectos orexigénicos, provocando en el paciente obesidad y las enfermedades ocasionadas por ésta (17). En el estudio, se ha documentado que el 70,4% de los pacientes asocian su obesidad con el inicio del tratamiento. Los resultados muestran que la relación entre el peso de los pacientes y la toma de ácido valpróico (Depakine) es estadísticamente significativa, con un nivel de significación de  $p=0,019$ . Sin embargo, con el litio, los neurolépticos y los antidepresivos no se encuentran diferencias significativas, debido probablemente a que el tamaño de la muestra es pequeño.

Múltiples estudios demuestran que los estabilizadores del ánimo se han asociado con una ganancia de peso significativa. En los estudios se ha reportado un aumento de peso en 1 año del 13 y el 21% con litio y ácido valpróico respectivamente, en comparación con el 7% del placebo. Se cree que además de su efecto orexigénico, ambos pueden generar un aumento de la sed, lo que puede llevar a un incremento en el consumo de bebidas con alto contenido calórico. También se cree que ambos pueden tener efectos directos en el hipotálamo para el aumento de la ingesta por su efecto estimulante del apetito.

Tabla 7. Efecto de los medicamentos en el peso (18)	
Medicamento	Efecto
<b>Litio</b>	Aumento de peso Efectos adversos en el metabolismo de la glucosa
<b>Ácido valpróico (Depakine)</b>	Aumento de peso Resistencia a la insulina
<b>Neurolépticos</b>	Hiperlipemia Aumenta el riesgo de diabetes mellitus Aumento de peso

Respecto al litio, se ha demostrado que tiene una influencia similar a la de la insulina en el metabolismo de los hidratos de carbono, lo que lleva a un aumento en la absorción de glucosa por los adipocitos y a la estimulación del apetito en algunos pacientes.

En relación con el Depakine, la ganancia de peso puede ser el resultado de una alteración en el metabolismo de los ácidos grasos (18).

De los resultados obtenidos en las escalas “BEDS” y el “Cuestionario de comedor emocional Garaulet” resultan concluyentes los siguientes aspectos:

- El 44,4% de la muestra tiene una alteración alimentaria según la escala BEDS, la cual se creó debido a la cantidad de estudios que demuestran que existe una alta comorbilidad entre los TCA y el TB y determina la intensidad y la frecuencia de las alteraciones alimenticias en la población bipolar (9).
- Un 48,14% es “comedor emocional” en las fases de depresión, mientras que un 44,44% lo es en las fases de manía y sólo un 18,51% en la fase de estabilidad de la enfermedad. La utilización de esta escala en concreto se debe a que las personas con TB tienen más dificultad

para controlar los impulsos y los deseos en general, sobre todo en periodos de descompensación, esto implica también los relacionados con los alimentos. En este sentido, la aplicación del cuestionario ayuda en la detección temprana de trastornos de la alimentación.

Analizando estos datos se pone en evidencia que la prevalencia de TCA no especificado en la enfermedad bipolar es alta, como lo demuestran los estudios que revelan que las tasas de prevalencia de los TCA en el TB van desde un 5,3% hasta un 31%, siendo el trastorno por atracón el TCA más común en estos pacientes (8).

En el estudio, 4 pacientes cumplían los criterios de trastorno por atracón, mientras que la mayoría de los pacientes cumplía criterios de TCA no especificado:

- La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específico (19).
- Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes (20):
  1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
  2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
  4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
  5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

Por lo ello, el tratamiento óptimo debería beneficiar a ambas patologías (TB y TCA) y sería necesaria una intervención basada en la educación del paciente tanto a nivel psicológico, para conocer la enfermedad y aprender a manejar sus diferentes estados; como a nivel nutricional, para que se inculquen unos buenos hábitos alimentarios a través del consejo dietético, con el fin de poder seguir manteniéndolos incluso en los periodos de descompensación de la enfermedad.

En relación a los hábitos alimenticios y el estilo de vida de los pacientes se puede decir que la enfermedad produce una merma en la actividad física del sujeto, que suele llevar un estilo de vida sedentario (solo una tercera parte de pacientes con trastorno bipolar realiza 1/2 hora o más de ejercicio al día) (21), y que, a pesar de que la mayoría de ellos (55,6%) lleva una vida normalizada con unos buenos hábitos alimentarios, hay una prevalencia muy alta de sobrepeso y obesidad (77,79%), debido probablemente a la toma de medicación como se ha expuesto anteriormente.



Diferentes estudios revelan que se están considerando algunos elementos nutricionales, como el cambio en hábitos dietéticos con mayor aporte de verduras y pescado o el aporte de suplementos nutricionales, como herramientas terapéuticas que, añadidas a las utilizadas convencionalmente, pueden mejorar la evolución de la patología mental, especialmente aquellas más graves (esquizofrenia, anorexias, trastornos bipolares) en las que el riesgo de malnutrición es muy alto (22).

La aplicación de medidas dietéticas correctoras resulta necesaria en muchos casos como hemos visto en nuestro estudio, con la aplicación de medidas individualizadas y elementos educativos.

## 7. CONCLUSIONES

Para finalizar, las conclusiones que se obtienen tras la realización del estudio son las siguientes:

1. Los pacientes con Trastorno Bipolar están más obesos que la población general. En este modesto se ha constatado, como ya se ha puesto en evidencia en otros estudios, la alta prevalencia de obesidad en los pacientes con esta patología, lo que supone un grave problema de salud para esta población. Por los hallazgos de este pequeño estudio se ha podido ratificar que la etiopatogenia de la obesidad en estos pacientes tiene que ver con factores relacionados con la enfermedad (alimentación poco saludable, sedentarismo, merma en la actividad física...) y con la prescripción del tratamiento de psicofármacos, en especial los estabilizadores del ánimo.
2. Tanto el ácido valproico (Depakine) como el carbonato de Litio (Plenur) producen aumento de peso, si bien sólo encontramos en nuestro estudio resultados estadísticamente significativos en el Depakine. No obstante muchos de los pacientes de la muestra hacen referencia también al inicio de su obesidad con el tratamiento con carbonato de Litio, por lo que es necesario recalcarlo a pesar de que quizás por el pequeño tamaño muestral los hallazgos no hayan sido significativos.
3. Un alto porcentaje de pacientes con Trastorno Bipolar son “comedores emocionales”, sobre todo en las fases de manía y/o depresión. En estas fases de la enfermedad se han objetivado conductas poco saludables y una tendencia muy aumentada a llevar unos hábitos inadecuados, lo que conllevaría a un aumento de la prevalencia de obesidad durante la enfermedad.
4. El 44,4% de la muestra tiene una alteración alimentaria; la mayoría se trata de un TCA no especificado asociado y en cuatro de ellos un “Trastorno por atracón”.
5. La existencia de TCA, obesidad y de hábitos y conductas inadecuadas en la vida de estos pacientes hace, en mi criterio, indispensable la intervención de un especialista en Nutrición Humana y Dietética para el tratamiento, control y seguimiento de estos aspectos en los pacientes con Trastorno Bipolar, tanto para mejorar su calidad de vida como para mejorar su enfermedad.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo MF, Lahera G, Lalucat L, Fernández-Liria A. Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141(7): 305.e1-305.e10.
2. Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes JM, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2008; 1: 26-37.
3. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Buenos Aires. Editorial Panamericana, 2014.
4. Grupo de trabajo de la Guía de la Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar [Versión resumida]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH/AEN Núm. 2012/1.
5. Becoña E, Lorenzo MC. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicotherma*. 2001; 13(3): 511-522.
6. Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A. La enfermedad de las emociones: El trastorno Bipolar. Barcelona. Psiquiatría Editores; 2004.
7. Martínez de Morentin-Aldabe BE, Hernández-Ruiz de Eguilaz M, Pérez-Díez S, Martínez-Hernández JA. Influencia de la administración de psicofármacos en el aumento de peso corporal. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2013; 17(1): 17-26.
8. Álvarez Ruiz EM, Gutiérrez-Rojas L. Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2015; 8(4): 232-241.
9. Torrent C, Vieta E, Crespo JA, del Valle J, González-Pinto A, Olivares JM et al. Barcelona Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS): a self-administered scale for eating disturbances in bipolar patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004; 32(3): 127-131.
10. Garaulet M, Canteras M, Morales E, López-Guimera G, Sánchez-Carracedo D, Corbalán-Tutau MD. Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutr Hosp*. 2012; 27(2): 645-651.

11. Dulanto Banda R, Reza Goyanes M, Blasco Amaro JA, Fernández de Larrea Baz N. Estándares de uso adecuado de Tecnologías Sanitarias. Eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entalgo; 2008. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS N° 2006/02-04.
12. Instituto Nacional de Estadística. ine.es [portal en internet]. [actualizado 2001, acceso mayo de 2016] Disponible en: <http://www.ine.es>
13. Rodríguez-Rodríguez E, López-Plaza B, López-Sobaler AM, Ortega RM. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. Nutr Hosp. 2011; 26(2): 355-363.
14. Silarova B, Giltay EJ, Van Reedt Dortland A, Van Rossum EFC, Hoencamp E, WJH Penninx B. Metabolic syndrome in patients with bipolar disorder: Comparison with major depressive disorder and non-psychiatric controls. J Psychosom Res. 2015; 78: 391-398.
15. Sierra P, Livianos L, Peris L, Rojo L. Impulsividad, búsqueda de sensaciones y agresividad en pacientes bipolares tipo I y II. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2011; 4(4): 195-204.
16. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. Rev Med Clin Condes. 2012; 23(2): 124-128.
17. Laiuppa MR. Evolución del estado nutricional e ingesta alimentaria en pacientes que consumen psicofármacos. [Tesis doctoral]. Biblioteca Universitaria Ufasta; 2013.
18. López Jaramillo C, Castaño Mejía A, Henao Velásquez A, Restrepo Palacio TF, Osorio Zuluaga J. Síndrome metabólico y trastorno afectivo bipolar: una revisión de la literatura. Rev Colomb Psiquiat. 2013; 42(3): 283-291.
19. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Massons S.A. Barcelona. 1995.
20. García Palacios A. El trastorno por atracón en el DSM-5: Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Med. Psicosom. 2014; 110: 70-74.

21. Galletero López JM. Nutrición y enfermedad mental. Marcadores bioquímicos en el trastorno bipolar. BIBLID 1137-439X. 2011; 34: 323-334.
22. Hausteiner C, Bornschein S, Zilker T, Forstl H, Grassman J. The influence of diet in mental health. Nervenarzt. 2007; 78(6): 698-705.

### **Otras referencias bibliográficas:**

Obesidad y sobrepeso. Organización mundial de la salud [portal en internet]. [actualizado 2015, acceso mayo de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

San Clemente T. Nutrición: Valoración de la ingesta dietética individual y colectiva. Asignatura de segundo año del Grado en Nutrición Humana y Dietética 2013-2014.

Actividad física. Organización mundial de la salud [portal en internet]. [actualizado 2015, acceso mayo de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>

## ANEXO 1: FICHA DE PACIENTE

### DATOS PERSONALES

**Fecha de nacimiento:**

**Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino

**Población:**

**Antecedentes familiares:**

**Antecedentes personales:**

- Edad:
- Estado civil:
- Hijos:
- Ocupación:

### ANAMNESIS

**Tipo de trastorno bipolar:**

1. Tipo I:
2. Tipo II:
3. Edad de inicio:
4. Años de evolución:
5. Número de recaídas:

**Tratamiento normotímicos:**

1. Carbonato de Litio (Plenur):
2. Ácido valproico (Depakine):
3. Carbamacepina (Tegretol):
4. Lamotrigina:
5. Otros:

**Tratamientos neurolépticos actualmente (apuntar):**

**Tratamiento antidepresivos actualmente (apuntar):**

**HISTORIA CLÍNICA**

**Patologías asociadas:**

<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedades tiroideas ..... .....	<input type="checkbox"/> Enfermedades hepáticas ..... .....	<input type="checkbox"/> Enfermedades renales ..... .....
<input type="checkbox"/> Enfermedades digestivas ..... .....	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas ..... .....	<input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias ..... .....
<input type="checkbox"/> Intolerancias o alergias alimentarias ..... .....	<input type="checkbox"/> Enfermedades psiquiátricas ..... .....	
<input type="checkbox"/> Otras (consumo de alcohol, tabaco, otras drogas...) .....		

### **HISTORIA DIETÉTICA:**

**PESO:**

**ALTURA:**

**IMC:**

**PERIMETRO ABDOMINAL:**

**EN CASO DE SUFRIR OBESIDAD:**

1. Se relaciona la obesidad con el inicio de la enfermedad?
2. Se relaciona la obesidad con el inicio del tratamiento?
3. Con cual (pueden ser varios):
4. Se agrava la obesidad con el inicio de la enfermedad?
5. Se agrava la obesidad con el inicio del tratamiento?
6. Con cual (pueden ser varios):

**¿Cuántas comidas realiza normalmente?**

☐ Desayuno    ☐ Almuerzo    ☐ Comida    ☐ Merienda    ☐ Cena    ☐ Recena

**Alimentos de preferencia:**

**Bebidas más consumidas:**

**¿Dónde suele realizar las comidas?**

☐ Casa    ☐ Restaurante    ☐ Trabajo    ☐ Centro de día/similares



**¿Tiene horario fijo de comidas?**

☐ Sí

☐ No

**Ingesta típica habitual:**

Desayuno:

Almuerzo:

Comida:

Merienda:

Cena:

**Actividad física:**

Ninguna (todo el día en la cama)

Leve (los trabajos domésticos y andar despacio):

Moderada (practicar algún deporte suave, andar deprisa, etc...)

Intensa (practicar algún deporte más intenso –correr, bicicleta, nadar-:

ESCALAS A ADMINISTRAR:

1. ESCALA PARA LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL TRASTORNO BIPOLAR:

1. ¿Tiene dificultad en seguir los horarios de las diferentes comidas de forma regular sin saltarse ninguna?				
2. ¿Cree que su estado de ánimo le influye en tener más o menos apetito?				
3. ¿Alguna vez se ha levantado durante la noche con la necesidad de comer?				
4. ¿Le cuesta parar de comer siempre que se lo propone, aunque esté lleno?				
5. ¿Cuando se siente deprimido/a ¿tiene tendencia a comer más?				
6. Si se encuentra eufórico, ¿le cambia el apetito?				
7. ¿A veces realiza atracones de comida, con la sensación de no poder parar de comer?				
8. ¿Diría que tiene tendencia a comer cosas dulces?				
9. ¿Considera que habitualmente tiene demasiado apetito y come en exceso?				
10. ¿Tiene tendencia a picar entre las comidas?				

VALORES:

0. Nunca.

1. A veces

2. A menudo

3. Siempre

TOTAL:

2. CUESTIONARIO DE COMER EMOCIONAL DE GARAULET (cuando esta eufórico):

1. ¿La báscula tiene un gran poder sobre mi? ¿Es capaz de cambiar mi estado de humor?				
2. ¿Tengo antojos por ciertos alimentos?				
3. ¿Me cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?				
4. ¿Tengo problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?				
5. ¿Como cuando estoy estresado, enfadado o aburrido?				
6. ¿Como más de mis alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estoy solo?				
7. ¿Me siento culpable cuando tomo alimentos "prohibidos", es decir, aquellos que creo que no debería, como los dulces o snacks?				
8. ¿Por la noche es cuando más descontrol siento de la alimentación?				
9. ¿Te has puesto a dieta y por alguna razón como más de cuenta, entonces pienso que no vale la pena y como de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?				
10. ¿Cuántas veces sientes que la comida te controla a ti en vez de tu a ella?				

VALORES:

0. Nunca.

1. A veces

2. A menudo

3. Siempre

TOTAL:

3. CUESTIONARIO DE COMER EMOCIONAL DE GARAULET (cuando esta deprimido):

11. ¿La báscula tiene un gran poder sobre mi? ¿Es capaz de cambiar mi estado de humor?				
12. ¿Tengo antojos por ciertos alimentos?				
13. ¿Me cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?				
14. ¿Tengo problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?				
15. ¿Como cuando estoy estresado, enfadado o aburrido?				
16. ¿Como más de mis alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estoy solo?				
17. ¿Me siento culpable cuando tomo alimentos "prohibidos", es decir, aquellos que creo que no debería, como los dulces o snacks?				
18. ¿Por la noche es cuando más descontrol siento de la alimentación?				
19. ¿Te has puesto a dieta y por alguna razón como más de cuenta, entonces pienso que no vale la pena y como de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?				
20. ¿Cuántas veces sientes que la comida te controla a ti en vez de tu a ella?				

VALORES:

0. Nunca.

1. A veces

2. A menudo

3. Siempre

TOTAL:

4. CUESTIONARIO DE COMER EMOCIONAL DE GARAULET (cuando esta normotímico):

21. ¿La báscula tiene un gran poder sobre mí? ¿Es capaz de cambiar mi estado de humor?				
22. ¿Tengo antojos por ciertos alimentos?				
23. ¿Me cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?				
24. ¿Tengo problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?				
25. ¿Como cuando estoy estresado, enfadado o aburrido?				
26. ¿Como más de mis alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estoy solo?				
27. ¿Me siento culpable cuando tomo alimentos "prohibidos", es decir, aquellos que creo que no debería, como los dulces o snacks?				
28. ¿Por la noche es cuando más descontrol siento de la alimentación?				
29. ¿Te has puesto a dieta y por alguna razón como más de cuenta, entonces pienso que no vale la pena y como de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?				
30. ¿Cuántas veces sientes que la comida te controla a ti en vez de tu a ella?				

VALORES:

0. Nunca.

1. A veces

2. A menudo

3. Siempre

TOTAL: