

Mar Romero González

Relación entre los niveles de ansiedad percibidos y la cantidad de ingesta de comida en la población adulta.

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por el Dr. Luis Heredia Santaella

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

ÍNDICE

1. Introducción teórica.....	3
1.1 Conceptualización y bases biológicas de la ansiedad.....	3
1.1.1 Definición y etiología.....	3
1.1.2 Bases biológicas de la ansiedad	4
1.1.3 Epidemiología de los trastornos de ansiedad.....	7
1.2 Conceptualización y bases biológicas de la ingesta.....	8
1.2.1 Definición y etiología.....	8
1.2.2 Bases biológicas de la ingesta.....	11
1.2.3 Epidemiología del sobrepeso y la obesidad.....	14
1.3 Relación entre ansiedad y ingesta problemática.....	15
2. Hipótesis y objetivos.....	18
2.1 Hipótesis.....	18
2.2 Objetivo general.....	18
2.3 Objetivos específicos.....	18
3. Metodología.....	18
3.1 Muestra.....	18
3.2 Instrumentos.....	21
3.3 Análisis estadísticos.....	22
3.4 Procedimiento.....	23
4. Resultados.....	25
5. Conclusiones y discusión.....	35
6. Bibliografía.....	40
7. Anexo.....	43

1. Introducción teórica

1.1 Conceptualización y bases biológicas de la ansiedad

1.1.1 Definición y etiología

La ansiedad es parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma en algún momento de su vida, siendo ésta una respuesta adaptativa. El término ansiedad proviene del latín "anxietas", refiriéndose a un estado de agitación o inquietud. Una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción compleja y displacentera que se manifiesta a través de una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). En general, el término ansiedad se refiere a la combinación de varias manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, se puede manifestar en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo incluso llegar al pánico. No obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas como por ejemplo síntomas obsesivos o histéricos. La ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, ya que tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas (cambios en la respiración y la circulación) y respuestas motoras (generalmente lucha o huida), por eso, a veces algunos autores utilizan un término u otro indistintamente (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Pero también tienen ciertas diferencias, el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, en cambio la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros e imprevisibles (Marks, 1986). Johnson y Melamed (1979) indicaron que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo. Ambos, son mecanismos evolucionados de adaptación con el fin de proteger la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987). La característica más interesante de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza, ya sea emocional, física o psicológica, atribuyéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot,

1995). Además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel- Tobal, 1996). Por lo tanto, las situaciones que generan ansiedad pueden ser múltiples y según como la persona perciba la situación, el grado de intensidad será mayor o menor. Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provocará manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

1.1.2 Bases biológicas de la ansiedad

Tal y como Montagud Rubio (2020) dice la ansiedad puede darse de tres formas distintas a nivel biológico, es decir, la respuesta ansiosa implica tres tipos de expresión, motora, autonómica y endocrina, por lo tanto existen tres teorías biológicas distintas de la ansiedad. La estructura principal implicada en el proceso de la ansiedad es el sistema nervioso central, compuesto por la médula espinal, bulbo raquídeo, protuberancia, mesencéfalo, diencéfalo, cerebelo y los dos hemisferios cerebrales. Una de las estructuras más relevantes es el tálamo, que se encuentra en el diencéfalo, y tiene principalmente dos funciones: es como una estación de relevo para la información y además actúa como filtro para la misma. Así evitamos enviar excesiva información al cerebro y no lo saturamos. Desde el propio tálamo aparecen dos vías: la vía talámica directa y la vía talámica indirecta y si a este le surge algún tipo de disfunción puede darse psicopatología, esto se ha podido observar en esquizofrenia y también en trastornos de ansiedad. Ya sabemos que la respuesta ansiosa implica tres tipos de expresión, por un lado tenemos la motora, es decir, la conducta observable que puede llevar a cabo el individuo ante un peligro. El tálamo se encarga de pasar la información al complejo nuclear amigdalino, una estructura subcortical que pertenece al sistema límbico, en el que se producirá la propia respuesta motora. La respuesta en la vía talámica directa, la más corta y rápida, implica el siguiente recorrido: señal (aférensia) - tálamo - complejo nuclear amigdalino - respuesta

(eferencia). Por lo tanto, conlleva acción sin pensamiento. Un ejemplo sería, el caso de poner la mano sobre la tapa de una olla que está quemando y retirarla rápidamente sin pensarlo.

La vía talámica indirecta es más larga, incluyendo las siguientes estructuras: aferencia - tálamo - corteza prefrontal - complejo nuclear amigdalino - eferencia (respuesta motora). Esta respuesta es más elaborada, compleja y sofisticada, la diferencia entre las dos vías es que la primera es unos 300 milisegundos más rápida que la segunda. Cuando estas vías no se coordinan bien es cuando aparecen las respuestas poco apropiadas e ineficientes, como quedarse totalmente paralizado ante un estímulo peligroso.

Por otro lado, tenemos la expresión autonómica como por ejemplo el incremento del latido del corazón y el incremento de la respiración. Esta expresión depende de los núcleos del tronco encefálico. Aquí es donde llegan, de forma directa, las señales de aquellos estímulos que conllevan algún daño, como por ejemplo el pincharse con una aguja. Obtienen la información procedente de la amígdala, esta tiene el rol de coordinar las respuestas vinculadas a la expresión de la ansiedad.

Cuando se activa el sistema nervioso simpático se generan cambios a nivel orgánico, así preparamos al organismo para una situación peligrosa. El organismo se encuentra en estado de alerta, vigilando cómo va a evolucionar la situación y preparándose para lo peor. Entre estos cambios se encuentran el incremento de la frecuencia cardíaca o taquicardia, además de haber un ritmo respiratorio acelerado. La tensión arterial también se dispara y las pupilas se dilatan. Por lo contrario, la activación del sistema parasimpático supone respuestas no adaptativas ante una situación de amenaza, como son la bradicardia, la disminución del ritmo cardíaco, llegando a casos en los que la persona se desmaya.

Por último, tendríamos la expresión endocrina como es la secreción de ciertas hormonas. Cuando la amígdala transfiere estímulos al hipotálamo se activa un importante sistema endocrino, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. El hipotálamo es una estructura que se encarga del control de las demás glándulas del organismo.

El hipotálamo libera una sustancia, una hormona liberadora de la hormona adrenocorticotropa (CRH), la cual impacta sobre la hipófisis y ambas

estructuras impactarán sobre todo el organismo mediante la liberación de adrenocorticotropina (ACTH). La hormona ACTH bañará la corteza suprarrenal, que produce corticosteroides, estos varían en función de la hora del día. Normalmente se segrega la máxima cantidad de esta sustancia por la mañana y además, están relacionadas con el cortisol, hormona del estrés. Por lo tanto, cuando se presenta un estímulo estresante se activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y aumenta la cantidad de cortisol en sangre. Este cortisol conlleva cambios a nivel orgánico, como son un mayor rendimiento, un incremento en la energía, mayor umbral del dolor, disminución de la respuesta inflamatoria y fomenta la reserva de calorías. También hace que se dé un aumento de la ingesta de carbohidratos, en especial azúcares, es por este motivo que en situaciones de estrés las personas tienden a llevar a cabo atracones de alimentos dulces, como helados o chocolate.

Cuando las concentraciones de cortisol son altas, el número de receptores para esta sustancia en el hipocampo disminuyen. Esto hace que se vea afectado un proceso cognitivo como lo es la memoria episódica. Cuando el estímulo ansiógeno desaparece, el cortisol va disminuyendo, se recupera el número de receptores en el hipocampo y con ello la memoria episódica vuelve a un estado normal. Sin embargo, cuando el estrés es demasiado prolongado en el tiempo, se deja de producir cortisol, algo que se ha podido observar sobre todo en la depresión. El cortisol en grandes cantidades y a largo plazo, produce un efecto dañino sobre las neuronas del hipocampo. Hace que el número de dendritas disminuya, además de hacerlas pequeñas. Por lo tanto, lo perfecto sería un equilibrio entre ambas, ya que no es bueno en grandes cantidades, pero tampoco su extinción.

También hay que comentar que el cortisol no es la única sustancia implicada en la ansiedad, también se da un incremento de la secreción de tiroxina, catecolaminas, prolactina, vasopresina y hormona del crecimiento.

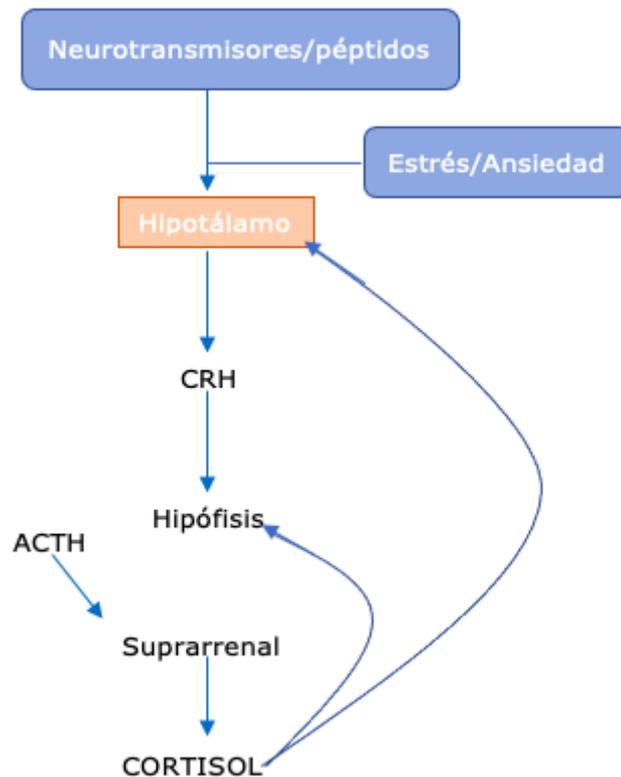


Figura 1. Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal

1.1.3 Epidemiología de los trastornos de ansiedad

Según la Clínica de la Ansiedad de Barcelona (s.f), centro especializado en el estudio y el tratamiento de dicha enfermedad, la ansiedad es uno de los trastornos psicológicos más comunes en la población general. Aunque también es cierto que dentro de esta categoría diagnóstica hay diversos trastornos y cada uno de ellos tiene una prevalencia distinta. Si hablamos de ansiedad generalizada la prevalencia anual estaría en torno al 3%, es decir cada año el 3% de la población sufre trastorno de ansiedad generalizada, si concretamos en las fobias específicas la prevalencia anual estaría alrededor de un 9%, el trastorno obsesivo-compulsivo estaría entre un 1,5% y un 2,1% anualmente, en cambio, el trastorno de pánico tiene una prevalencia que fluctúa entre el 1% y el 2%, también anualmente. Si hablamos de fobia social y de trastorno de estrés postraumático no hay datos fiables, ya que depende de la población estudiada, de los métodos de evaluación utilizados y de los criterios considerados a la hora de hablar de presencia o ausencia de trastorno.

También, habría que ver si estos datos han cambiado, incrementando o disminuyendo, debido a la situación actual de pandemia.

1.2 Conceptualización y bases biológicas de la ingesta

1.2.1 Definición y etiología

Alimentarse es un proceso básico, fisiológico, y necesario para la supervivencia de la persona, inevitable desde tiempos lejanos y tan necesario como respirar. La búsqueda y obtención de alimentos es un proceso fundamental para la supervivencia, y por ello el ser humano ha debido adaptarse a su medio, o incluso luchar contra él, para asegurar su sustento. Así fue, como se convirtió recolector de frutos y cazador, para más tarde pasar a ser pastor y agricultor.

La alimentación permite incorporar nutrientes esenciales al cuerpo, como vitaminas, minerales, aminoácidos, grasas, carbohidratos, proteínas, etc. Los nutrientes realmente son "*las sustancias químicas contenidas en los alimentos que el cuerpo descompone, transforma y utiliza para obtener energía*", es por ello que son tan importantes para el organismo. Cuando se produce la ingesta de alimentos, se genera energía automáticamente por todo el cuerpo, lo que contribuye a los diversos sistemas del organismo como el digestivo, respiratorio, el sistema nervioso, endocrino e inmunológico, además de poder ejecutar actividades motoras como caminar, correr, nadar, etc. (Barcia et al., 2019)

La acción de alimentarse ha perdido su única forma de manifestarse mediante el hambre fisiológica, ya que se ha evolucionado en la manera de pensar, sentir y actuar del ser humano, y ahora hay otros factores como el emocional que es igual de vital que la conducta alimentaria e incluso puede provocar alteraciones en la misma. Con conducta alimentaria nos referimos al comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. Por lo que, la comida no es una mera actividad biológica, es algo más que una mera colección de nutrientes elegidos de acuerdo a una racionalidad estrictamente dietética o biológica.

En los humanos las maneras de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están muy condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida. Normalmente, el niño incorpora la mayoría de los hábitos alimenticios antes de esa edad, por lo que los padres tienen un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo/a. Debe centrarse en ella la transmisión de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (obesidad, diabetes, anorexia nerviosa...). (Osorio et al., 2002)

Como he comentado, los padres tienen un papel esencial a la hora de enseñar buenos hábitos alimenticios, pero no solo ellos, la escuela también. Para ello, normalmente, enseñamos a los niños este aspecto de una forma divertida y visual, así crearemos un mayor recuerdo. Existen muchos juegos al respecto, una forma muy visual de ver estos buenos hábitos es la pirámide de los alimentos, un ejemplo sería esta.

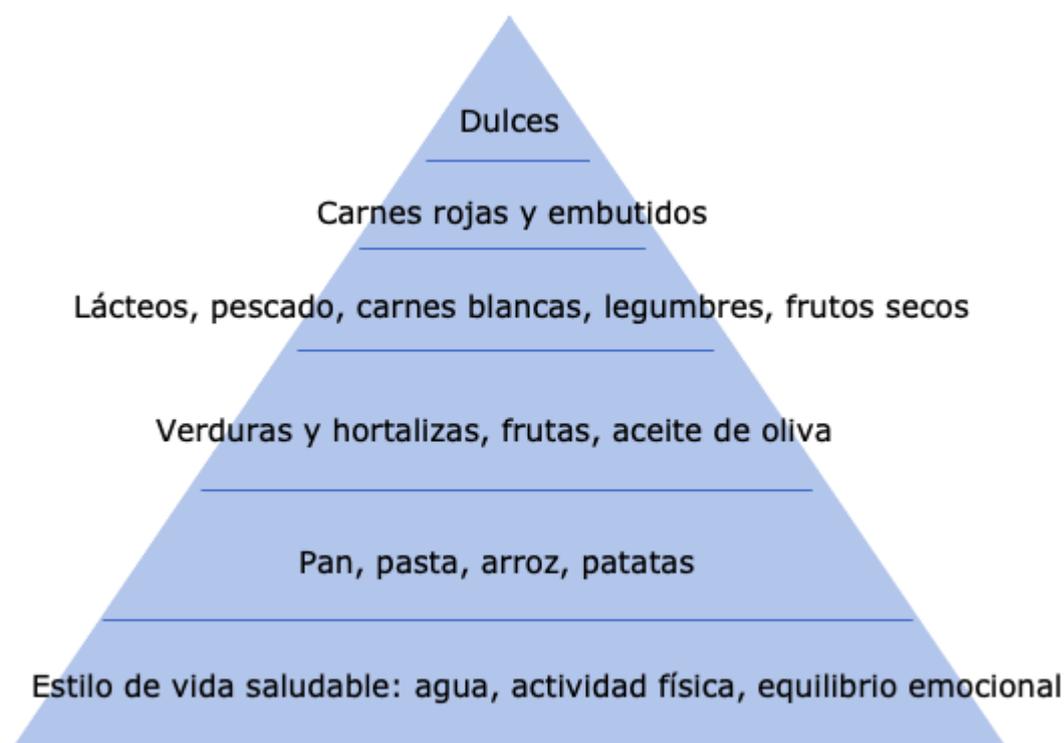


Figura 2. Pirámide alimenticia para niños

De esta forma, los niños pueden ver qué alimentos son más perjudiciales y cuáles son más sanos, según la cantidad de consumo permitido. Si educamos a los niños desde pequeños en buenos hábitos, ya no solo alimenticios, sino de deporte, de sueño, etc. Haremos que estos niños cuando sean mayores sean más sanos y además, lo tendrán mucho más inculcado, y lo más seguro es que lo transmitan a sus futuros hijos.

También es cierto que, las preferencias alimentarias pueden depender de la cultura, es decir, existen preferencias y aversiones muy diferentes en unas culturas y en otras. Sobre todo, en relación con las fuentes de proteínas, por ejemplo: insectos, ranas, caracoles, perro, caballo, cerdo, vaca, etc. Esto nos remite a diferentes estrategias particulares de adaptación al medio.

Tal y como dijeron Baas, Wakefield y Kolasa (1979) la alimentación puede tener distintas funciones socioculturales:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar un foco para las actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente a estrés psicológicos o emocionales.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas y/o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Y no solo *somos lo que comemos*, como se suele decir, porque los alimentos además de proporcionarnos sustancias bioquímicas y energía también supone la incorporación de sus propiedades morales y comportamentales, contribuyendo así a conformar nuestra identidad individual y cultural. (Contreras & Gracia, 2005)

1.2.2 Bases biológicas de la ingesta

La insulina realiza un papel esencial en el control del peso corporal, es una de las hormonas responsables de la regulación de la ingesta alimentaria y del gasto energético. Cualquier déficit, exceso o resistencia a su acción pueden conllevar alteraciones metabólicas, con cambios en el peso y de la composición corporal. La insulina es una hormona de carácter anabólico, su secreción es estimulada, especialmente por la elevación de glucemia en respuesta a la ingesta de carbohidratos. Sin embargo, esta hormona también es segregada tras la ingesta de proteínas y de lípidos. Por lo que, dietas ricas en lípidos se convierten en menores niveles de insulina, con un consecuente aumento en la puntuación de la sensación de hambre y del deseo de ingerir alimentos, favoreciendo al aumento de peso. Además, la ingesta de estas dietas dan como resultado el aumento de la oxidación de lípidos, y de esta forma favorecemos a la reducción del metabolismo energético y consecuentemente del aumento de peso. (Pinheiro et al., 2008)

Según la Guía de Alimentación y Salud de UNED (2021) la alimentación pasa por una serie de etapas, es decir, una vez ingerido el alimento, comienza un viaje hasta que los nutrientes llegan a las células del tejido. Este proceso se llama digestión y la verdadera causa de la ruptura entre los componentes de los alimentos son las enzimas digestivas.

La digestión comienza en la boca, masticando y salivando por uno mismo, la comida se mastica con los dientes y se mezcla con la saliva hasta que puede pasar por el estómago. La saliva contiene una enzima llamada amilasa salival (o ptialina), que actúa sobre el almidón y lo convierte en monosacáridos. También contiene un agente antimicrobiano (lisozima), que puede destruir algunas de las bacterias contenidas en los alimentos y, además de proteger las paredes del tracto digestivo, también puede convertir los alimentos en una sustancia más moldeable.

Este es el único aspecto que podemos controlar directamente durante el proceso de digestión, una buena masticación resuelve muchos de los problemas digestivos más comunes. Después, pasaríamos al estómago a través de una válvula (el cardias), que permite el paso del alimento del esófago al estómago, pero no en sentido contrario. En esta etapa, se vierte una gran cantidad de jugo gástrico y su fuerte acidez desnaturaliza las proteínas restantes y mata muchas bacterias. También se segrega pepsina, lo que hace que la proteína desnaturalizada se divida en cadenas cortas de sus aminoácidos constituyentes. Los glúcidos representan una gran parte de la digestión del estómago, el almidón y el azúcar se mezclan con el ácido clorhídrico en el estómago. Los lípidos pasan prácticamente inalterados por el estómago, ya que no hay ninguna enzima de importancia que se ocupe de ellos. Sin embargo, tienen la capacidad de ralentizar la digestión de los demás nutrientes. La digestión en el estómago puede durar varias horas y la temperatura supera los 40°. Después de terminar el trabajo en el estómago, el contenido del estómago se vierte en el duodeno (intestino) en una pequeña porción a través de otra válvula: el píloro. Allí continuará la digestión de aquellos elementos que no se pueden digerir en el estómago, porque se necesita un medio menos ácido para descomponerlos, como las grasas y los glúcidos. Luego de ingresar, el contenido será neutralizado por las secreciones pancreáticas, de manera que tenga la acidez necesaria para la acción de diferentes enzimas en el intestino delgado. Cuando los alimentos pasan por el intestino, se agregan otras secreciones, como jugo entérico o jugo intestinal, que contiene varias enzimas, que pueden completar la tarea de descomponer todas las moléculas de los nutrientes. Las más importantes son las proteasas, que actúan sobre las proteínas porque son los nutrientes más complejos y requieren una digestión más compleja y laboriosa. Todos los nutrientes continúan descomponiéndose, los nutrientes que han alcanzado un tamaño suficiente pasarán a través de la pared intestinal y entrarán en el torrente sanguíneo. Al final, solo quedan las sustancias no digeribles, así como el agua y los minerales secretados en las diferentes etapas del proceso de digestión. La mezcla ingresa al intestino grueso, donde hay una gran cantidad de diversos microorganismos que constituyen la flora intestinal.

Por lo tanto, los glúcidos digeribles se convierten en glucosa y otros azúcares simples y entran en la sangre. Las proteínas se dividen en aminoácidos, que también se absorben y se entregan a la sangre. Los lípidos se descomponen en ácidos grasos y glicerol, pasando a través de la pared intestinal. Luego se reconstruyen al otro lado de la pared y se combinan con proteínas sintetizadas en el intestino para formar lipoproteínas. A través del sistema linfático, se transportan al corazón y luego se descargan en la sangre para una máxima dispersión. Algunos lípidos no siguen este camino, sino que entran directamente en los capilares que riegan el intestino. Una vez que los nutrientes llegan a la sangre, tomarán diferentes caminos según los tipos de nutrientes y nuestras necesidades en ese momento.

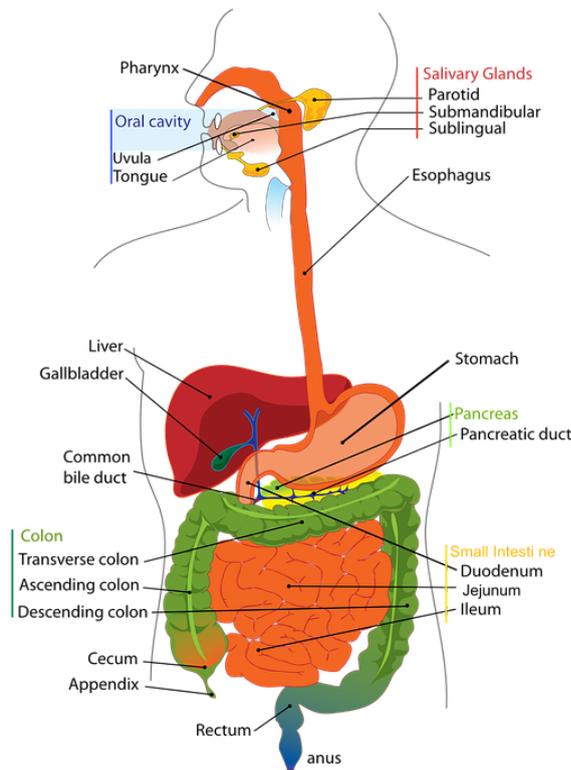


Figura 3. Proceso de digestión

1.2.3 Epidemiología del sobrepeso y la obesidad

En nuestro país, España, podríamos considerar que los problemas asociados a la mala alimentación, están creciendo exponencialmente. Según Marrugat De la Iglesia (2020) los resultados de un trabajo de investigación de la Revista Española de Cardiología en los últimos 30 años muestran una clara tendencia creciente en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Esto indica que si todo sigue así en 2030 más del 80% de la población española tendrá como mínimo sobrepeso, datos que son realmente preocupantes.

También, según el informe "The heavy burden of obesity" (OCDE, 2019) España estaría ocupando la 7ª posición en sobrepeso y obesidad en personas mayores de 15 años y la 12ª posición si hablamos de niños y/o adolescentes de 5-19 años (solo teniendo en cuenta los países de la UE). Datos de la OMS indican que en el 2014 alrededor del 13% de los adultos mundialmente presentaba obesidad y más del 39% sobrepeso, lo que es equivalente a 1900 millones de adultos con sobrepeso y más de 600 millones con obesidad. Después de conocer estos datos, podríamos considerar que hay un problema de generalización de la obesidad.

Todos sabemos que el sobrepeso y la obesidad tienen efectos perjudiciales para la salud, pero ¿cuáles realmente?

El paciente con obesidad presenta un estado proinflamatorio generalizado, esto lleva al desarrollo de resistencia a la insulina, por lo cual la obesidad es el factor de riesgo y la causa más importante de la diabetes tipo 2, la hipertensión, la enfermedad coronaria y otras enfermedades cardiovasculares. El riesgo de desarrollar estas enfermedades no transmisibles aumenta con el mayor grado de obesidad. La presencia de hiperglucemia es uno de los componentes que lleva a la aparición de factores de riesgo cardiovascular, lo cual está demostrado en estudios que asocian el control glucémico deficiente con la presencia de hipertensión, proteinuria y dislipidemias. Es considerada como uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria equiparándola con el tabaquismo, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y sedentarismo y a otros factores no modificables como la edad avanzada y sexo masculino. Otra de las principales causas de muerte actualmente es la presencia del cáncer. Se ha comprobado que la obesidad aumenta las tasas de

mortalidad de todos los cánceres combinados y para los cánceres en múltiples sitios específicos. Existe evidencia de la asociación entre la obesidad y un mayor riesgo para desarrollar varios tipos de cáncer entre los que destaca el de endometrio, mama, colorrectal, de vesícula biliar y tiroides. Además, se ha sabido que el cáncer de mama es tres veces más común en mujeres sedentarias y que presenten obesidad, que en las activas y con menor peso. (Acebo, 2017)

Por lo que los efectos de la obesidad y el sobrepeso sobre la salud son muy perjudiciales.

1.3 Relación entre ansiedad y ingesta problemática

Durante las últimas investigaciones, se ha visto que las emociones negativas y el estrés pueden desencadenar tanto en un aumento de la ingesta alimentaria como en su disminución, dependiendo de las características de las emociones, de los individuos y de las situaciones concretas (Konttinen, 2020). También, hay evidencia acerca de la relación entre la salud psicológica y la ingesta de determinados nutrientes y alimentos, y de hecho es abundante (Ramón-Arbués et al., 2019). En la literatura sobre la conducta alimentaria, se han detallado tres principales componentes independientes que afectan a la elección de los alimentos: cognitivo, conductual y afectivo. En el ámbito afectivo, la relación entre emociones y alimentación no es fácil: los estados emocionales y de ánimo pueden influir en la conducta alimentaria, y a su vez la alimentación puede modificar las emociones y estados de ánimo (Peña & Reidl, 2015).

Durante un estudio sobre las emociones en la conducta alimentaria, se ha identificado que existen comedores emocionales (alimentación emocional), los cuales incrementan el consumo de los alimentos en respuesta a emociones desagradables. En cambio, los comedores no emocionales (alimentación fisiológica) no modifican sus niveles de consumo o incluso lo restringen (Peña & Reidl, 2015).

La alimentación emocional utiliza una estrategia de regulación emocional no adaptativa, donde la conducta de la ingesta es utilizada para reducir un estado emocional negativo, en ausencia de hambre. En cambio, la alimentación fisiológica, la que todos conocemos, es la propia necesidad fisiológica de comer alimentos, que contienen nutrientes, y así satisfacer

al organismo. Normalmente, el hambre más emocional suele ser urgente, no se puede esperar mucho para saciarla y se desea ingerir un alimento en específico, especialmente rico en grasa, sal o azúcar. Generará sensaciones desagradables para tu organismo, ya que no podrás parar de comer con el fin de intentar saciar una sensación no muy clara, de vacío o ansiedad (Solé, 2019) o incluso para calmar un exceso de energía por una emoción, como puede ser la rabia, el miedo, el estrés, la preocupación, incluso el aburrimiento.

Esta estrategia emocional no adaptativa de ingerir alimentos, aumenta con el estrés o la ansiedad y en consecuencia, se regulariza y se aprende. Esto puede afectar en desarrollar problemas de salud como la obesidad o sobrepeso y otras patologías como diabetes, colesterol...

Una alimentación por impulso emocional va a moldear a la persona, sobretodo en cuanto a la toma de decisiones de qué comer según el hambre emocional, que se antepone ante el hambre fisiológica común. Las personas que suelen alimentarse emocionalmente no entienden que el consumo de ciertos alimentos les va a traer bienestar sólo temporalmente y no de forma permanente.

Según Barcia et al., (2019) la psicóloga Suzanne Powell (2014), invita a los estudiantes a realizar una "alimentación consciente", que les permita realizar una correcta toma de decisiones a la hora de ingerir alimentos. Esta alimentación consciente sirve como herramienta para controlar el impulso emocional, que en varias ocasiones trata de engullir una cantidad excesiva de grasas "malas" o dulces, cuyos aportes a la nutrición del cuerpo son dañinos cuando se proporcionan en grandes cantidades.

Otro estudio realizado por Peña y Reidl (2015), demostró que en la actualidad el 85% de las personas no tienen los conocimientos suficientes acerca de las emociones o el estado de ánimo y su impacto en la alimentación. Esto es esencial para evitar enfermedades relacionadas con la mala alimentación, de la misma forma trastornos de la conducta alimenticia como la bulimia y anorexia, generalmente relacionadas con la baja autoestima que genera ansiedad y retracción social.

Actualmente como todos sabemos, estamos pasando por un momento de crisis mundial, donde el virus SARS-CoV-2 ha cambiado nuestra forma de

vivir y nuestra vida en general por completo. El virus ha hecho que se produzcan múltiples contagios y muertes, pero no solo eso, sino que también ha influido en un aumento de casos de ansiedad, estrés y depresión, tanto en el personal sanitario, ya que han tenido que vivir esta situación de cerca, cómo la población en general que ha vivido un confinamiento, pérdidas de trabajo, muertes de familiares o personas cercanas, incertidumbre, fatiga pandémica...

De hecho, debido a la situación de estrés/malestar inducida por el confinamiento, algunas personas podrían haberse comportado de manera distinta a la habitual, sobretodo destacando los comportamientos relacionados con actitudes restrictivas o emocionales (Romeo-Arroyo et al., 2020).

Además, la exposición constante a información sobre el virus, junto a la escasez de contactos sociales y el miedo a contagiarse podría aumentar la ansiedad (Mengin et al., 2020). Es por todo esto que este trabajo tiene el propósito de investigar la relación entre los niveles de ansiedad y la cantidad de ingesta de comida en la población adulta y así ver también cómo afecta la actual pandemia a este tema.

2. Hipótesis y objetivos

2.1 Hipótesis

Se espera encontrar una relación directa entre los niveles de ansiedad y la cantidad de ingesta de comida.

2.2 Objetivo general

Estudiar la relación que hay entre los niveles de ansiedad y la cantidad de ingesta de comida en la población adulta.

2.3 Objetivos específicos

Objetivo 1. Evaluar los niveles de ansiedad en la población adulta actualmente.

Objetivo 2. Evaluar la cantidad de ingesta de comida en la población adulta actualmente.

Objetivo 3. Evaluar los cambios en los niveles de ansiedad e ingesta de comida antes y después del confinamiento.

Objetivo 4. Comprobar si existe una relación entre las dos variables evaluadas.

3. Metodología

3.1 Muestra

La muestra obtenida es de 160 personas, donde un 64,38% del total son mujeres y un 35,63% son hombres (figura 4). Las edades están comprendidas entre 18 y 62 años, con una destacable abundancia en la franja de edad entre 20 y 29 años. Podemos ver la distribución de una forma más clara y visual en el gráfico (figura 5). En cuanto al estado civil de los participantes, podemos ver como casi la mitad de ellos, un 48,13% están solteros, seguido de los que están en pareja, concretamente un 36,88%, solo un 14,38% de ellos está casado/a y por último nada más que un 0,63% de los participantes está viudo/a (figura 6). Si nos fijamos en el nivel de estudios finalizados, vemos como una gran mayoría de ellos, el 38,13% tiene el título de bachillerato, esto podría estar relacionado con que hay muchos participantes veinteañeros y aún podrían estar cursando unos estudios que no han finalizado. También vemos un dato curioso, y es que hay los mismos participantes con niveles de

estudios universitarios que de formación profesional, un 26,88%. Por último, vemos un porcentaje más pequeño concretamente un 6,25% que tiene el título de la ESO, y tan solo un 0,63% de ellos solo tiene primaria, otro 0,63% un doctorado en farmacia y otro 0,63% comenta que tiene todos ellos menos universidad, es decir, tanto bachillerato como formación profesional (figura 7).

Para finalizar, tenemos los datos de con quien conviven los participantes, si vemos en el gráfico (figura 8) una gran mayoría conviven con familiares, exactamente un 61,25%, seguido de un 20,63% de gente que convive con su pareja. También, podemos observar que un 13,13% convive con amigos y un 4,38% vive solo. Una persona, 0,63%, ha comentado que vive con su hijo y su mascota, por lo tanto lo podríamos englobar en el grupo de familiares, creciendo este a un 61,88%.

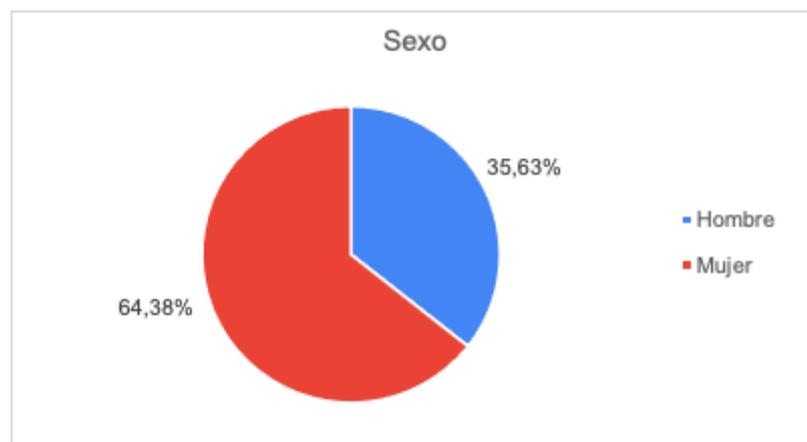


Figura 4. Porcentaje de mujeres y hombres participantes

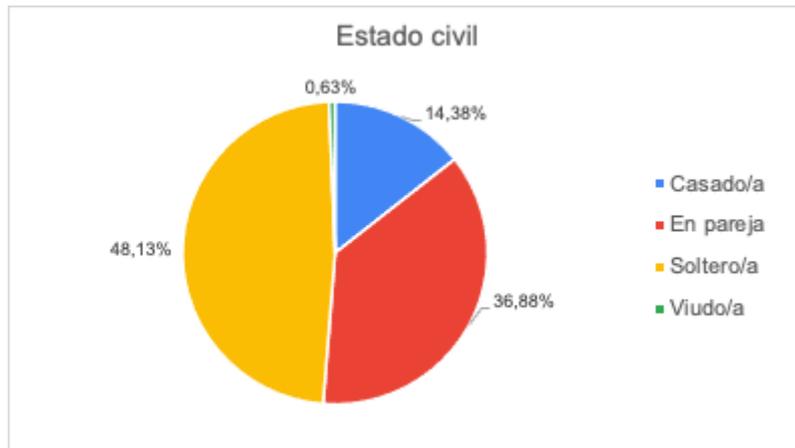


Figura 5. Estado civil de los participantes

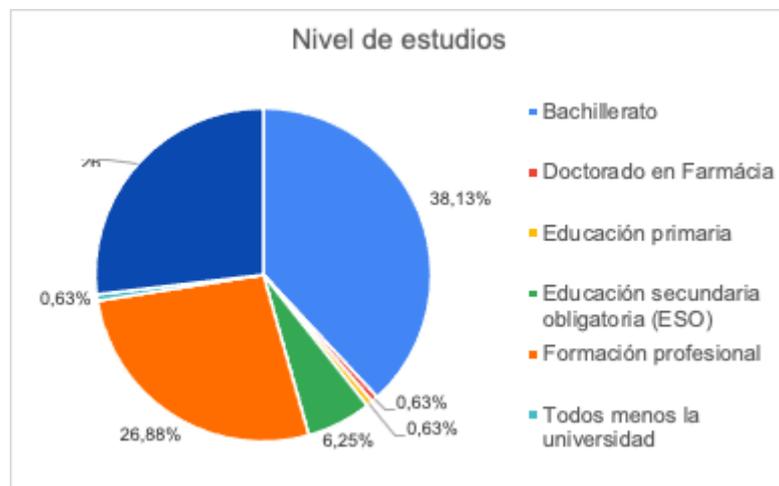


Figura 6. Nivel de estudios de los participantes

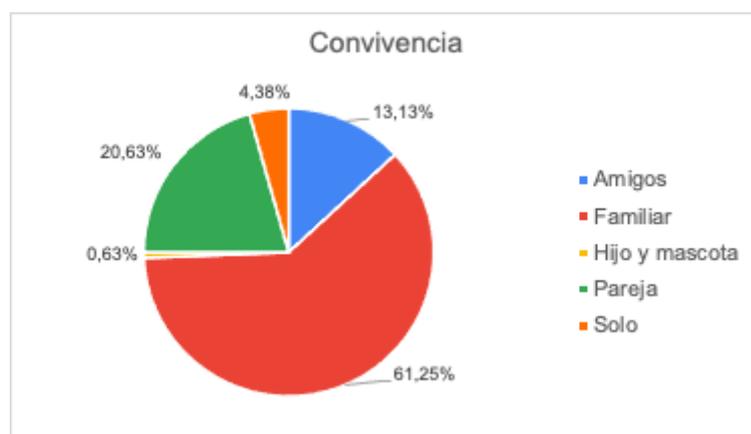


Figura 7. Convivencia de los participantes

3.2 Instrumentos

La investigación de los artículos teóricos se ha llevado a cabo generalmente a través de webs como Web of Science, Scielo y Google Scholar. Aunque, también he obtenido información de un libro llamado: *Adiós al hambre emocional: Deja de comer a todas horas y consigue tu peso ideal sin dietas* (Solé, 2019).

Para llevar a cabo el cuestionario, he utilizado una plataforma online, ya que debido a la situación actual de Covid-19, todo es más seguro a través de internet y además puedes llegar a muchas más personas. La plataforma ha sido "Google formularios", ya que es muy dinámica y se distribuye muy bien. Todo el cuestionario ha sido desarrollado por mí y consta de dos partes, la parte que está relacionada con la ansiedad y la que está relacionada con la ingesta de comida (anexo).

- Cuestionario de ansiedad y ingesta de comida: consta de tres partes, una primera parte donde se da el consentimiento y se recogen los datos sociodemográficos, la segunda parte está relacionada con la ansiedad y la frecuencia de los distintos síntomas posibles experimentados, como por ejemplo angustia, aceleración cardíaca, intranquilidad...Y una última parte centrada en la ingesta de comida, que en su mayor medida se basa en una tabla de frecuencias, donde se tiene que marcar con qué frecuencia se ingiere el alimento nombrado. Además, también hay unas preguntas relacionadas con distintos hábitos, antes y después del confinamiento.

Para analizar los datos he utilizado dos herramientas, por un lado el "Microsoft Excel", ya que tengo experiencia trabajando con él y es muy intuitivo y manejable. Y por otro lado, la herramienta por excelencia el "SPSS statistics".

3.3 Análisis estadísticos

El método empleado en el estudio es deductivo, es decir, a través de una teoría general que sustenta la posible relación se comprobará si es así.

La naturaleza de los datos son cuantitativos, ya que son extraídos de los resultados de un cuestionario. Se empleará un análisis estadístico en ellos y se establecerán generalizaciones a partir de ellos.

Se llevará a cabo el análisis estadístico a través de dos métodos de análisis, concretamente el análisis univariado y el análisis bivariado. El análisis univariado, se utiliza para estudiar el comportamiento de las variables de forma individual y es útil para tener una primera impresión sobre una tendencia de los resultados. Este análisis se dividirá en dos, ya que tenemos dos tipos de variables, por un lado se llevará a cabo las frecuencias de las variables cualitativas, es decir, las nominales y ordinales (por ejemplo: el sexo, el estado civil...). Y por otro lado, se realizarán los estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas, las variables métricas (por ejemplo: la edad).

Por otro lado, en el análisis bivariado relacionaré ciertas variables del cuestionario de diferente forma según si estas son nominal, ordinal o métrica. Por lo tanto, analizaré y relacionaré las respuestas obtenidas a dos preguntas del cuestionario, considerando estas como variables y según la tipología que sea. Es decir, si es una pregunta es nominal o ordinal la analizaré con otra que también lo sea mediante una tabla de contingencia. También, analizaré distintas variables métricas mediante el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente de correlación de Spearman. De esta forma, quedarán todas las variables analizadas y podremos ver los resultados de una forma más clara para extraer conclusiones.

3.4 Procedimiento

Se han llevado a cabo distintas fases experimentales en el tiempo:

Fase 1. Investigar artículos en distintas páginas web (Web of Science, Scielo y Google Scholar) con diversas palabras clave como: anxiety, obesity, feeding, nutrition, stress, overweight... Tanto de forma individual como colectiva. Esta fase ha tenido una duración de 2 meses aproximadamente.

Fase 2. Extraer la información de esos artículos que es relevante para la investigación, plasmarla y citarla de forma correcta siguiendo la normativa APA séptima edición. Esta fase ha tenido una duración aproximada de unos 2 meses.

Fase 3. Elaboración del propio cuestionario, se ha llevado a cabo una investigación sobre los cuestionarios de ansiedad existentes, pero no se ha encontrado uno específico que se adaptara bien. Por eso se ha extraído aquellos síntomas considerados más relevantes y se ha adaptado a la investigación. Por lo que, se han creado distintas preguntas relacionadas con el antes y el después del confinamiento y los síntomas principales de ansiedad. En relación a la ingesta de comida, se ha creado una tabla donde los participantes tenían que marcar la frecuencia de ingesta de distintos tipos de alimentos. También, se han desarrollado preguntas relacionadas con el antes y el después del confinamiento. Esta fase ha tenido una duración aproximada de 3 semanas.

Fase 4: Distribuir el cuestionario, al crearse éste de forma online en la plataforma "Google Formularios", únicamente se ha tenido que pasar un link que lleva directamente al cuestionario a distintos contactos, y grupos, para ello se ha creado una lista de difusión en WhatsApp. También, se ha distribuido a través de distintas redes sociales, como instagram y linked-in. Esta fase ha tenido una duración de 2 semanas.

Fase 5: Analizar los datos obtenidos y crear los gráficos, tal como se ha explicado en el apartado instrumentos se ha llevado a cabo a través de la plataforma "Microsoft Excel" y SPSS Statistics. Excel tiene un apartado que es Datos y una función que hay que activar llamada Análisis de datos, una vez tienes esa función activada puedes realizar distintos análisis. En este caso, primero de todo se han extraído todas las respuestas del formulario y se han pasado a Excel, a continuación se han analizado

siguiendo los pasos que se explican en el apartado análisis estadísticos. Algunos análisis, concretamente las correlaciones se han llevado a cabo en la otra plataforma, "SPSS Statistics", ya que para eso concretamente es más fiable e intuitiva que "Excel". Una vez ya estaban finalizados los análisis, se han creado los respectivos gráficos, también a través de "Microsoft Excel". Esta fase ha tenido una duración aproximada de 2 semanas.

Fase 6: Redactar los resultados obtenidos, una vez ya tenemos los datos analizados y sus gráficos podemos continuar redactando los distintos resultados que hemos obtenido. Esta fase ha tenido una duración de 1 semana.

Fase 7: Extraer conclusiones y relacionarlo con la hipótesis inicial, una vez ya tenemos los resultados redactados podemos relacionarlos y extraer conclusiones de los distintos objetivos específicos y del objetivo general. Para finalizar, se confirma o se rechaza la hipótesis planteada. Esta fase ha tenido una duración de 1 semana.

4. Resultados

Los resultados obtenidos se basan en las respuestas del cuestionario creado, concretamente 160 respuestas analizadas.

Con el fin de comprobar el primer objetivo de la investigación, es decir, evaluar los niveles de ansiedad en la población adulta actualmente, se han recogido varios datos. Si miramos el siguiente gráfico (figura 8) podemos ver como el 35,6% de los participantes siente angustia o aprensión a menudo, un 31,3% en alguna ocasión, un 24,4% casi nunca y solo un 8,8% casi todos los días.

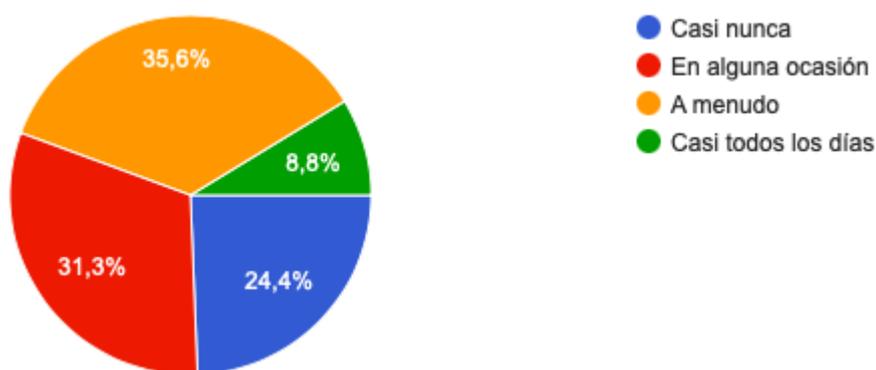


Figura 8. Gráfico circular frecuencia angustia/aprensión

También, podemos ver como el 50,6%, es decir, la mitad de los participantes, casi nunca siente palpitaciones o aceleración cardíaca, aunque un 36,2% lo siente en alguna ocasión, un 10% a menudo y un 3,1% casi todos los días.

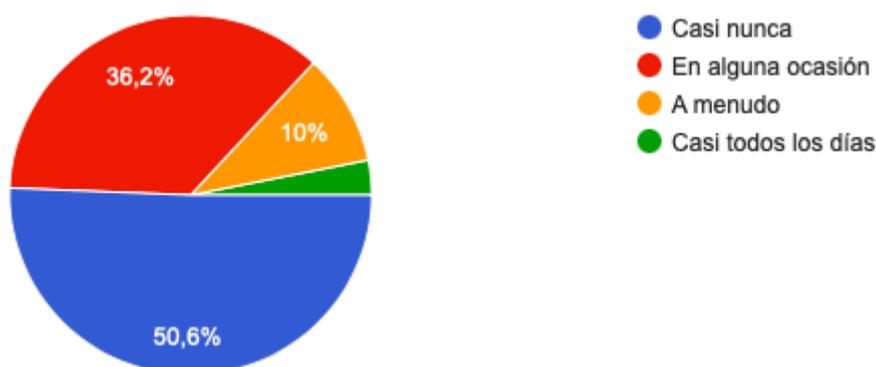


Figura 9. Gráfico circular frecuencia palpitaciones/aceleración cardíaca

En cuanto a la intranquilidad o dificultad para estar quieto, vemos cómo un 33,1% casi nunca se siente así, un 30,6% lo siente en alguna ocasión, un 27,5% a menudo y un 8,8% casi todos los días.

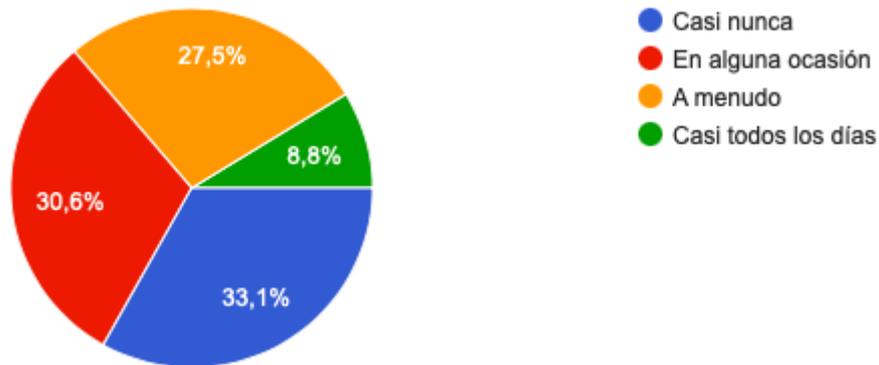


Figura 10. Gráfico circular frecuencia intranquilidad

Si nos fijamos en las alteraciones del sueño, es decir, si tardan en quedarse dormidos, se despiertan varias veces o se despiertan antes de lo previsto, vemos cómo un 33,8% de ellos casi nunca les sucede, un 23,1% en alguna ocasión, otro 23,1% a menudo y un 20% casi todos los días.

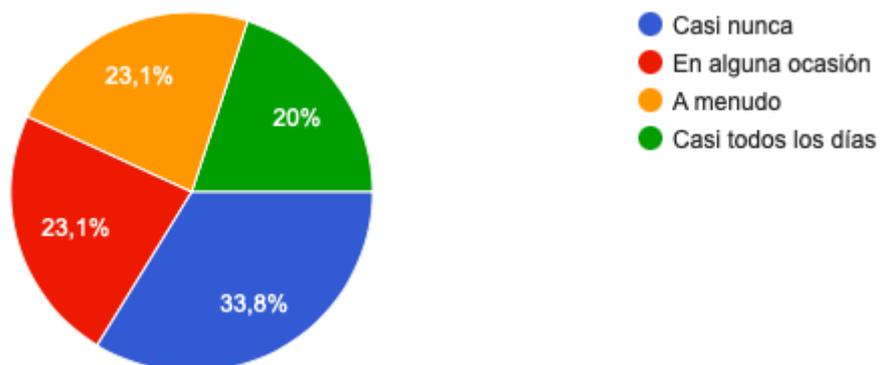


Figura 11. Gráfico circular frecuencia alteraciones del sueño

Por otro lado, en cuanto al grado de acuerdo o desacuerdo que sienten respecto a la siguiente frase: Tras el confinamiento siento preocupación, vemos como un 35,6% está de acuerdo con ello, un 21,9% está muy de acuerdo, un 18,8% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 15,6% en desacuerdo y un 8,1% muy en desacuerdo.

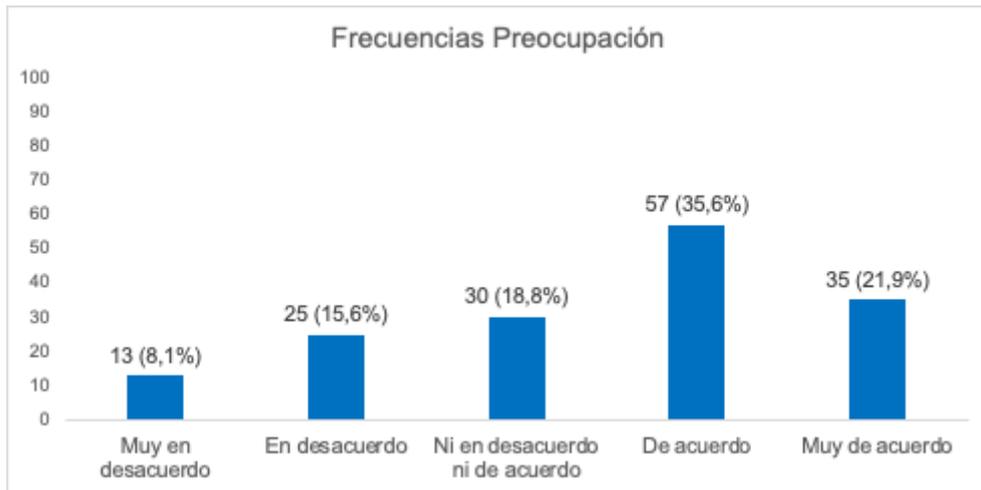


Figura 12. Gráfico barras preocupación

De la misma forma, vemos como respecto a: Tras el confinamiento tengo dificultad para concentrarme, un 26,3% de ellos no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 21,3% está de acuerdo con la frase, un 20% no está de acuerdo con ello, un 18,8% está muy de acuerdo y un 13,8% está muy en desacuerdo.

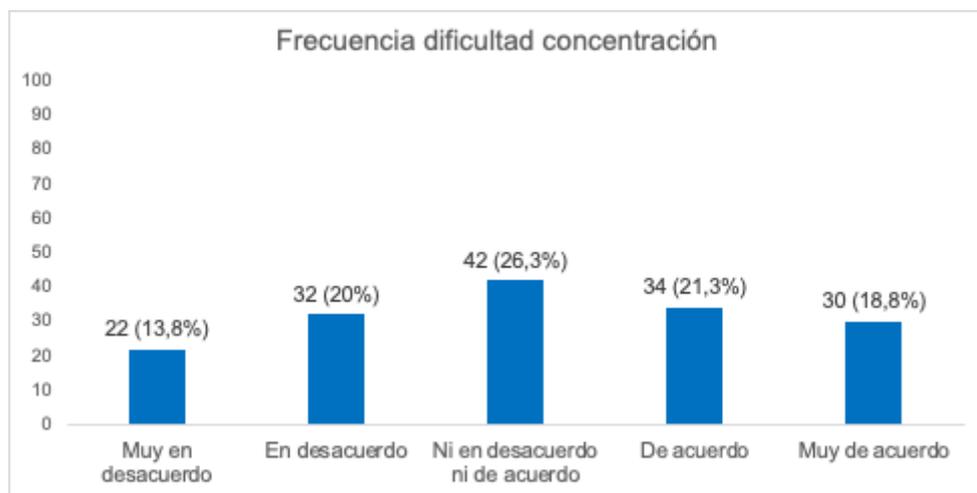


Figura 13. Gráfico barras dificultad para concentrarse

Por último, en cuanto a: Tras el confinamiento anticipo mucho más los acontecimientos negativos, un 35,6% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 18,8% está de acuerdo con esto, un 16,9% no está de acuerdo con la frase, un 16,3% está muy de acuerdo y un 12,5% está muy en desacuerdo.

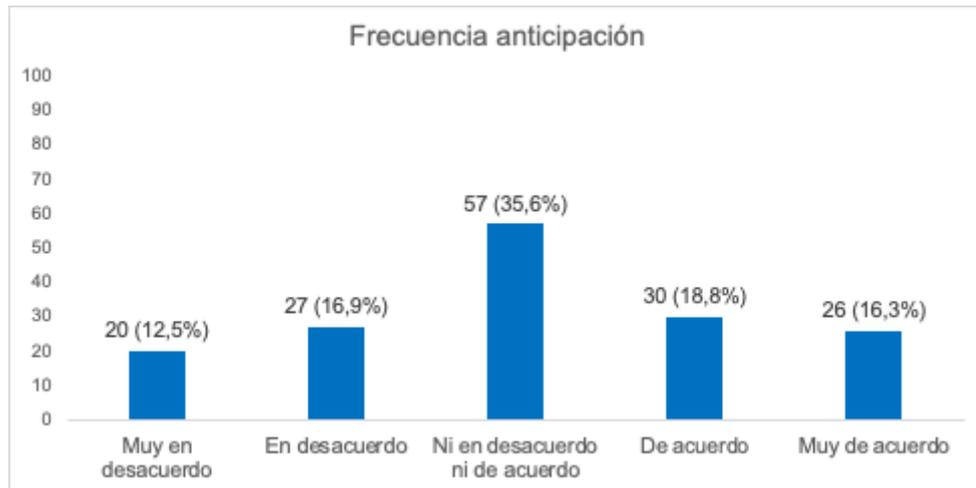


Figura 14. Gráfico barras anticipación acontecimientos

Además de obtener todos estos datos, se ha llevado a cabo una correlación entre 4 variables métricas, la edad, el sentir preocupación, la dificultad para concentrarse y la anticipación de acontecimientos negativos. Con el fin de comprobar la relación entre estas variables, es decir, en qué grado los sujetos tienen el mismo orden las variables.

Si miramos la tabla obtenida (figura 15), podemos ver como la edad tiene poca relación con las demás variables, es decir, que este factor no afecta de ninguna manera el sentir más o menos los diversos síntomas. Aunque, podemos ver una cierta relación entre la edad y la dificultad de concentración, relacionadas indirectamente, por lo que eso significa que a más edad menos dificultad de concentración. Si nos centramos en la variable sentir preocupación vemos como esta tiene una relación con la dificultad para concentrarse y también con la anticipación de acontecimientos. Ambas son relaciones significativas moderadas, además positivas, por lo que a más preocupación mayor dificultad para concentrarse y también se anticipan más los acontecimientos. Y por último, vemos una relación muy clara entre dificultad para concentrarse y la anticipación de situaciones, también es una asociación moderada y positiva, esto quiere decir que hay una tendencia a que los sujetos que anticipan los acontecimientos negativos también tienen dificultad para concentrarse.

Correlaciones

		Edad	Preocupación	Dificultadcon concentración	Anticipación
Edad	Correlación de Pearson	1	,042	-,157 [*]	-,043
	Sig. (bilateral)		,600	,048	,589
	N	160	160	160	160
Preocupación	Correlación de Pearson	,042	1	,348 ^{**}	,452 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,600		<,001	<,001
	N	160	160	160	160
Dificultadconcentración	Correlación de Pearson	-,157 [*]	,348 ^{**}	1	,518 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,048	<,001		<,001
	N	160	160	160	160
Anticipación	Correlación de Pearson	-,043	,452 ^{**}	,518 ^{**}	1
	Sig. (bilateral)	,589	<,001	<,001	
	N	160	160	160	160

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

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

Figura 15. Correlaciones variables métricas

El segundo objetivo de la investigación era evaluar la cantidad de ingesta de comida en la población adulta actualmente, por ello se realizó una media del consumo que tienen los participantes sobre distintas categorías de alimentos. Los datos obtenidos son los siguientes:

Alimentos	Media frecuencia consumo al mes
<i>Lácteos</i>	35,837 (2/3 veces al día)
<i>Carne</i>	18,1 (2/4 veces a la semana)
<i>Pescado</i>	7,987 (entre 1 y 2/4 veces a la semana)
<i>Legumbre</i>	7,95 (entre 1 y 2/4 veces a la semana)
<i>Arroz</i>	8,812 (entre 1 y 2/4 veces a la semana)
<i>Pasta</i>	8,687 (entre 1 y 2/4 veces a la semana)
<i>Fruta</i>	29,987 (1 vez al día)
<i>Verdura</i>	26,237 (5-6 veces a la semana)
<i>Comida rica en grasa</i>	6,937 (Entre 1 vez a la semana y 2-4 veces)

<i>Grasas</i>	6,762 (Entre 1 vez a la semana y 2-4 veces)
<i>Dulces</i>	15,887 (Entre 2 y 6 veces a la semana)
<i>Bebidas con azúcar</i>	10,337 (2-4 veces a la semana)

Figura 16. Tabla de frecuencias consumo al mes

El tercer objetivo marcado fue evaluar los cambios en los niveles de ansiedad e ingesta de comida antes y después del confinamiento, respecto a ello se preguntó en el cuestionario sobre ciertos aspectos de antes y después del confinamiento, para posteriormente compararlo y analizarlo. Se ha llevado a cabo una tabla de contingencia, para analizar la relación entre una variable nominal y una variable ordinal, en este caso las variables son: ¿Consideras que antes del confinamiento eras una persona más tranquila? Y ¿Consideras que tras el confinamiento tienes dificultad para estar quieto o intranquilidad con mayor frecuencia?

Como podemos ver en el gráfico, en el eje X tenemos si consideran que antes del confinamiento eran unas personas más tranquilas y en cambio los colores nos indican si ahora sienten intranquilidad o no. Las personas que consideran que antes del confinamiento eran una persona menos tranquila mayoritariamente ahora no siente intranquilidad o dificultad para estar quieto, concretamente el 57,58% y un 19,70% lo siente en alguna ocasión. En cambio, las personas que sí que consideran que antes del confinamiento eran una persona más tranquila, ahora tras el confinamiento el 36,36% de ellos sienten intranquilidad en alguna ocasión, un 31,82% lo siente a menudo y un 18,18% se siente intranquilo casi todos los días. Además, las personas que consideran que tal vez antes del confinamiento eran más tranquilos la mayoría de ellos se sienten intranquilos a menudo tras el confinamiento, concretamente el 54,05%. Por último, aquellos que consideran que antes del confinamiento eran todo lo contrario, es decir, más intranquilos, ahora tras el confinamiento un 58,33% de ellos lo siente en alguna ocasión y un 33,33% no se siente así casi nunca.

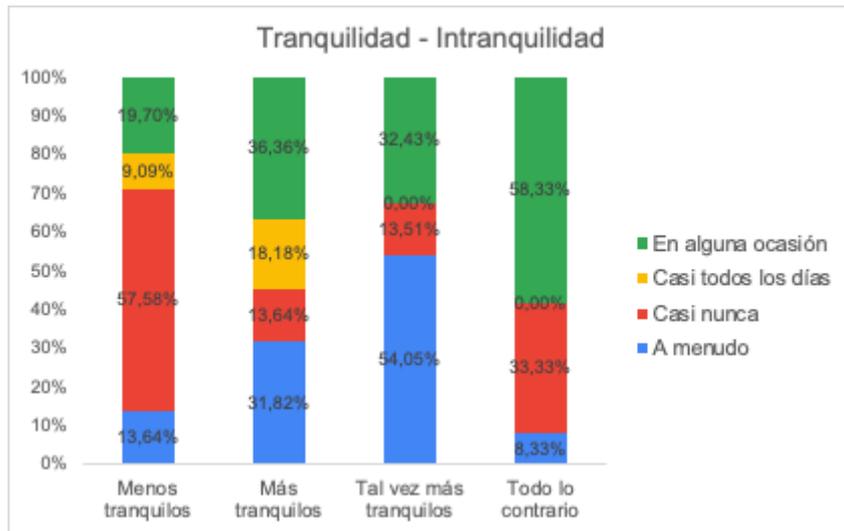


Figura 17. Gráfico barras apiladas tranquilidad-intranquilidad

Por otro lado, para analizar los posibles cambios en los niveles de ingesta de comida antes y después del confinamiento, se ha llevado a cabo otra tabla de contingencias, con las siguientes variables: ¿Crees que antes del confinamiento tu alimentación era más saludable? Y ¿Consideras que tras el confinamiento comes más entre horas?

En el siguiente gráfico podemos observar los resultados, aquellas personas que consideran que su alimentación antes del confinamiento no era más saludable, es decir, menos saludable, tras el confinamiento la mitad de ellos considera que no come entre horas, aunque un 27,59% si lo hace. Las personas que sí consideran que antes del confinamiento su alimentación era más saludable tras este un 86,49% come entre horas, por tanto la mayoría de ellos. Aquellos que consideran que tal vez su alimentación antes del confinamiento era más saludable, tras él un 52,38% si considera que come entre horas, aunque un 28,57% no lo hace. Por último, aquellos que consideran que antes del confinamiento su alimentación era todo lo contrario a saludable, por lo tanto no era saludable, el 71,43% considera que no come entre horas tras el confinamiento.

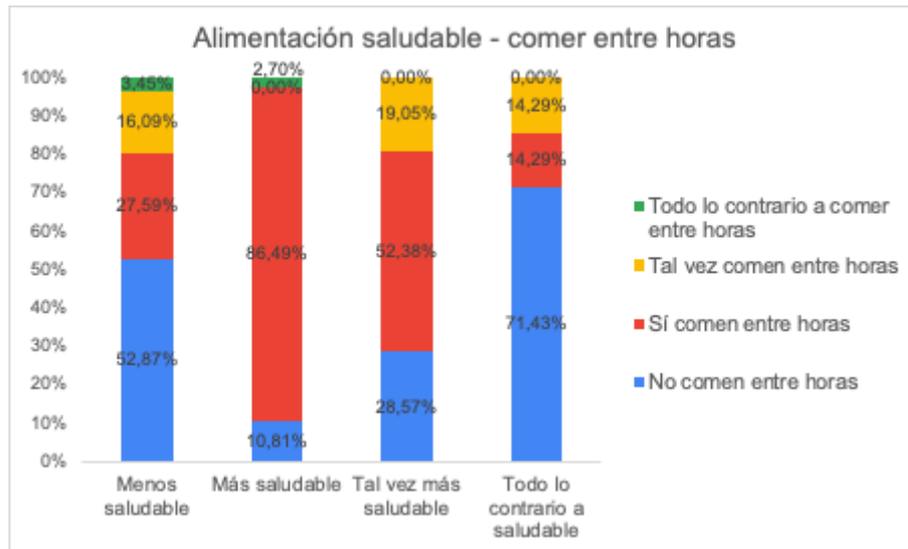


Figura 18. Gráfico barras apiladas alimentación saludable-comer entre horas

Para acabar, el último objetivo era comprobar si existe una relación entre las dos variables evaluadas, es decir, entre los niveles de ansiedad y la cantidad de ingesta de comida. Para ello, se han correlacionado los niveles de ansiedad con la ingesta de distintas categorías de alimentos, a través del coeficiente de correlación de Spearman.

Como podemos ver en la figura 19, hay ciertas variables relacionadas con la ansiedad que se asocian con algunas categorías de alimentos. Vemos generalmente asociaciones débiles, como por ejemplo, entre la angustia y los lácteos, su relación es débil y directa, por lo que hay una tendencia a cuando se siente angustia comer más lácteos. También, vemos una relación entre padecer alteraciones del sueño y el pescado, pero en este caso la asociación es indirecta, es decir, a más dificultad para conciliar el sueño se consume menos pescado, aun así es una asociación débil. Por otro lado, en cuanto a la preocupación que sienten los participantes, existe una relación directa con los lácteos, igual que pasaba con el sentir angustia o aprensión. Y de la misma forma que sucedía con el pescado en las alteraciones del sueño, también pasa con la preocupación, es decir, existe una relación indirecta entre ellos y también sucede con las legumbres. Por último, vemos como el anticipar acontecimientos está asociado de forma indirecta y débil, con las legumbres, igual que sucedía con la preocupación.

			Lácteos	Carne	Pescado	Legumbre	Arroz	Pasta
Rho de Spearman	Angustia	Coefficiente de correlación	,156*	-,018	-,063	-,138	-,097	-,017
	Palpitaciones	Coefficiente de correlación	,012	-,082	-,132	,016	-,025	-,002
	Intranquilidad	Coefficiente de correlación	,122	,006	-,134	,001	-,058	-,020
	Alteraciones sueño	Coefficiente de correlación	,090	,007	-,249**	-,041	,073	,009
	Preocupación	Coefficiente de correlación	,177*	-,126	-,231**	-,208**	-,050	-,089
	Dificultad concentración	Coefficiente de correlación	,063	-,067	-,092	-,048	,048	,001
	Anticipación	Coefficiente de correlación	,106	-,119	-,150	-,166*	-,087	,014
	Conductas sexuales	Coefficiente de correlación	,073	,024	-,134	-,175*	-,007	-,110
	Evitación	Coefficiente de correlación	,116	-,005	-,035	-,099	-,033	-,054

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

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

Figura 19. Correlaciones niveles de ansiedad y ingesta de comida 1

Al ser la tabla muy grande y con el fin de que se pudiera observar bien los datos, se ha dividido en dos partes. En esta segunda parte de la tabla obtenida (figura 20), vemos asociaciones débiles y también moderadas. En cuanto al síntoma referido a la angustia, vemos una asociación débil e indirecta con las verduras, por tanto, cuanto más angustia se siente menos verduras se comen. En cambio, sucede lo contrario con los dulces, la relación es directa y por lo tanto, cuanto más angustia o aprehensión se siente más dulces se ingieren, aunque las dos relaciones son débiles. Si nos centramos en las palpitaciones, vemos una asociación débil y directa con las grasas y los dulces, por ello, a más palpitaciones o aceleración cardiaca más dulces y grasas ingieren los participantes. En cuanto a la intranquilidad, vemos diversas asociaciones, primero una relación indirecta con las verduras (como pasaba también con el síntoma de angustia), en cambio si nos fijamos en las grasas y las bebidas azucaradas sucede lo contrario, una asociación directa, aunque también débil. Pero, con los dulces existe una relación moderada y directa, por tanto, a más intranquilidad sienten los participantes más dulces consumen. Si nos fijamos en las alteraciones del sueño, sucede lo mismo que pasaba con la intranquilidad y la angustia con las verduras, pero

vemos también una relación moderada y directa con los dulces y las bebidas azucaradas, por lo que hay una tendencia a consumir más estos alimentos cuando padecen estas alteraciones del sueño, que podrían ser despertarse más temprano, dificultad para dormir, despertarse a media noche, etc. Una vez más, pasa lo mismo con las verduras y el sentir preocupación, podemos observar también que hay una asociación débil y directa con los dulces y las bebidas azucaradas. En cuanto a la anticipación de acontecimientos negativos, vemos que esta asociación que se ha ido repitiendo en varios síntomas con las verduras sucede de forma moderada y no débil, por tanto, a más anticipación de situaciones negativas menos verduras se ingiere. Por último, vemos una asociación directa entre realizar conductas excesivas e ingerir dulces, aunque de forma débil, y de una forma más moderada con ingerir bebidas azucaradas como podrían ser los refrescos, el alcohol, etc. Se puede remarcar, que no se han encontrado asociaciones entre estas categorías de alimentos y la dificultad de concentración y la evitación de situaciones.

			Fruta	Verduras	Comida rica en grasa	Grasas	Dulces	Bebidas azucaradas
Rho de Spearman	Angustia	Coefficiente de correlación	,063	-,157*	,074	,135	,238**	,109
	Palpitaciones	Coefficiente de correlación	,008	-,062	,104	,184*	,229**	,034
	Intranquilidad	Coefficiente de correlación	,091	-,252**	,099	,193*	,339**	,168*
	Alteraciones de sueño	Coefficiente de correlación	,123	-,216**	,144	,117	,391**	,311**
	Preocupación	Coefficiente de correlación	,059	-,223**	,077	,148	,272**	,273**
	Dificultad de concentración	Coefficiente de correlación	,114	-,055	,013	,054	,154	,034
	Anticipación	Coefficiente de correlación	-,132	-,318**	,055	,083	,122	-,030
	Conductas excesivas	Coefficiente de correlación	,002	-,008	,094	,095	,224**	,321**
	Evitación	Coefficiente de correlación	,097	,109	-,028	-,029	,044	,027

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

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

Figura 20. Correlaciones niveles de ansiedad y ingesta de comida 2

5. Conclusiones y discusión

Después de observar todos estos resultados, podemos pasar a concluir los diversos objetivos y comprobar la hipótesis planteada al inicio de la investigación.

Respecto al primer objetivo, evaluar los niveles de ansiedad en la población adulta actualmente, se podría concluir que bastantes participantes sienten angustia, algunos de ellos también intranquilidad, de forma genérica si tienen alteraciones del sueño y sienten preocupación en la actualidad. En cambio, generalmente no sienten palpitaciones o aceleración cardíaca, no hay datos muy destacables en cuanto a la dificultad para concentrarse ni a la anticipación de acontecimientos negativos. También, vemos que aquellos que sienten un síntoma relacionado con la ansiedad, como por ejemplo preocupación, también sienten otros síntomas típicos, como la anticipación, y por ello están relacionados. Por lo cual, podríamos considerar que de forma global la población adulta actualmente está experimentando un grado de ansiedad leve, centrado sobretodo en angustia y preocupaciones.

En cuanto al segundo objetivo, evaluar la cantidad de ingesta de comida en la población adulta actualmente, podríamos decir que los participantes siguen una dieta bastante mediterránea y generalmente equilibrada. Con algunos datos destacables como la comida rica en grasa, que se consume cada semana de forma muy generalizada. En cuanto a los dulces y las bebidas con azúcares están bastante distribuidos, pero esto no quiere decir que no se consuman, sino que están distribuidos entre todos los rangos, incluidos los de muchas veces por semana y por día. Esto podría llegar a ser un problema para la salud a largo plazo, ya que si se sigue consumiendo de la misma forma, en unos años se podrían observar consecuencias negativas como obesidad o sobrepeso.

Respecto al tercer objetivo planteado, evaluar los cambios en los niveles de ansiedad e ingesta de comida antes y después del confinamiento, podemos concluir que ha habido un cambio en esas personas que antes si eran más tranquilas y ahora tras el confinamiento sienten esta dificultad para estar quieto. También, se ha producido un cambio en los participantes que consideraban que tal vez antes eran más tranquilos y

ahora sienten a menudo o en alguna ocasión esta intranquilidad. Esto podría estar relacionado con que tras el confinamiento ciertas personas han sufrido o sufren cambios en los niveles de ansiedad. Igual no padecen de esta en su totalidad, pero si ciertos síntomas que antes del confinamiento no experimentaban. También hay que destacar, que las personas que consideran que antes del confinamiento no eran más tranquilas que ahora, puede ser porque ya lo eran, es decir, tras el confinamiento estas personas siguen siendo tranquilas, nada ha variado o tal vez después del confinamiento se han podido relajar más. Y aquellos que antes del confinamiento eran más intranquilos ahora en la actualidad lo experimentan en alguna ocasión puntual o casi nunca.

Respecto a los niveles de ingesta, podemos concluir que ha habido un cambio en aquellos participantes que consideran que su alimentación antes era más saludable y ahora comen más entre horas, siendo este un cambio negativo hacia una alimentación más insana. De la misma forma, aquellos que consideran que tal vez antes su alimentación era más sana ahora la mitad de ellos come peor y por lo tanto también se ha producido un cambio negativo. Por otro lado, los que consideran que su alimentación antes no era más sana, generalmente ahora no comen entre horas por tanto se ha producido un cambio en ellos tras el confinamiento pero de forma positiva. Y por último, aquellos que consideran que su alimentación era todo lo contrario a sana antes del confinamiento, es decir era insana o no saludable, ahora la gran mayoría no come entre horas y por lo tanto su alimentación es más saludable.

En conclusión, se ha producido un incremento en los niveles de ansiedad tras el confinamiento y en cuanto a los niveles de ingesta, se han invertido los papeles, es decir, aquellas personas que tenían una alimentación más sana ahora no lo es tanto y aquellas que antes tenían unos hábitos peores tras el período de confinamiento los han mejorado.

Por último, respecto al último objetivo, comprobar si existe una relación entre las dos variables evaluadas, podemos concluir que sí existe una relación entre los niveles de ansiedad y la cantidad de ingesta de comida, eso sí, con algunos matices. En los resultados, hemos podido observar relaciones débiles y moderadas, generalmente las relaciones más significativas eran entre algunos síntomas ansiosos y los alimentos dulces

y bebidas azucaradas, por tanto, hemos podido comprobar que a más ansiedad más se ingieren determinados alimentos no saludables. Incluso, hemos podido ver que cuando se siente ansiedad se deja de comer ciertos alimentos que sí que son sanos, como el pescado o las verduras.

La hipótesis de la investigación era "Se espera encontrar una relación directa entre los niveles de ansiedad y la cantidad de ingesta de comida" por lo que estaría relacionado con el objetivo general "Estudiar la relación que hay entre los niveles de ansiedad y la cantidad de ingesta de comida en la población adulta". En los resultados hemos podido observar, que sí existe una relación entre las dos variables, ya que hay una tendencia a ingerir más cantidad de alimentos cuando hay ciertos síntomas de ansiedad, como la preocupación, la angustia o la dificultad para concentrarse. En cambio, cuando se trata de alimentos más sanos como pasta o arroz no se ve ninguna relación significativa con los síntomas ansiosos. Si se ve una relación indirecta con otros alimentos sanos como las verduras y hortalizas y el pescado, por tanto se dejan de consumir estos a más sensación o nivel de ansiedad. Por lo que podemos concluir, que hay una relación entre sentir síntomas de ansiedad, o ansiedad en sí, e ingerir mayor cantidad de alimentos dañinos para la salud, en la población adulta.

En cuanto a la hipótesis, se confirma que existe una relación directa entre los niveles de ansiedad y la cantidad de ingesta de comida, aunque hay que recalcar que la mayoría de esta comida son alimentos ricos en grasa, azúcar, sal...es decir, alimentos peligrosos para la salud. Por lo que, a más niveles de ansiedad más cantidad de ingesta de comida no saludable en la población adulta.

En cuanto a lo que la discusión se refiere, podría decir que a nivel general los resultados han cumplido con las expectativas que había creado. Esperaba tener una muestra más grande para tener resultados más representativos, pero aun así con la muestra obtenida he podido extraer varios resultados que me han sido de gran ayuda. He podido comprobar el grado de ansiedad que hay en la población adulta después del confinamiento y antes de este, y los resultados han cumplido con mis expectativas al ver que esta ansiedad ha aumentado después de este periodo. Aunque es verdad que esperaba encontrar resultados más representativos, es decir, mayor nivel de ansiedad en la población adulta. También he podido comprobar algo muy curioso, y es que aquellas personas que antes tenían una mala alimentación con el confinamiento han podido tomar consciencia de ello y les ha ayudado para mejorarla. En cambio, aquellas personas que no tenían una mala alimentación con el confinamiento esta ha empeorado, ya sea porque ingieren alimentos más dañinos o porque comen más entre horas por ejemplo. Esto no estaba dentro de mis expectativas, pero sin duda alguna ha sido un dato muy curioso de observar. Por último, en cuanto a la relación entre las dos variables he observado unos resultados que si cumplían con mis expectativas, es decir, yo esperaba encontrar una relación directa entre los niveles de ansiedad y la cantidad de ingesta de comida y así lo he podido comprobar. Sí que es verdad, que lo he comprobado especificando el tipo de comida, es decir, he podido ver que a más niveles de ansiedad más cantidad de ingesta de comida basura o insana.

En cuanto a las limitaciones que me he encontrado, diría la escasez de artículos o bibliografía sobre lo que yo quería hablar, habían bastantes sobre el tema, pero sobre aquello que yo quería enfatizar me ha costado mucho encontrarlos. También, la expansión del cuestionario en distintos grupos de edad, ya que la mayoría de mi entorno es veinteañero y por ello en la muestra hay más cantidad de participantes con esa edad. Y por último, la imposibilidad de realizar una entrevista con la Clínica de Ansiedad, especialista sobre el tema tanto en Madrid como en Barcelona. Como sugerencias para una futura investigación del tema diría corroborar los resultados obtenidos con una entrevista a una clínica especializada, para ver si ellos confirman también esta tendencia de ingerir más

alimentos cuando sientes ansiedad, ya que ellos habrán podido observar esto en sus pacientes.

6. Bibliografía

Barcia Briones, M. F. B. B., Pico Macías, L. A. M. P., Reyna Murillo, J. L. M. R., & Vélez Muñoz, Z. D. M. V. (2019, julio). *Las emociones y su impacto en la alimentación*. Revista Caribeña de Ciencias Sociales.

Contreras, J. C., & Gracia, M. G. (2005). *ALIMENTACIÓN Y CULTURA: PERSPECTIVAS ANTROPOLÓGICAS*. Ariel. DOI: 10.15381/is.v11i19.8073

¿Cuántas personas padecen trastornos de ansiedad? (March 26, 2021).

Clínica de la Ansiedad.

<https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/cuantas-personas-padecen-trastornos-de-ansiedad/>

El proceso de la nutrición. (2021). UNED.

https://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/guia_nutricion/el_proceso_de_la_nut.htm

Marrugat De la Iglesia, J. M. (2020, January 16). *Exceso de peso en España: situación actual y preocupaciones para 2030*. Sociedad Española de Cardiología.

<https://secardiologia.es/blog/rec/11223-exceso-de-peso-en-espana-situacion-actual-y-preocupaciones-para-2030>

Martínez, M. L. M. (2017). OBESIDAD Y SALUD, ¿EN REALIDAD EXISTE EL PACIENTE OBESO METABÓLICAMENTE SANO? *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16. (2), 44 - 55

Mengin, A. M., Allé, M. C. A., Rolling, J. R., Ligier, F. L., Schroder, C. S., Lalanne, L. L., Berna, F. B., Jardri, R. J., Vaiva, G. V., Geoffroy, P. A. G.,

Brunault, P. B., Thibaut, F. T., Chevance, A. C., & Giersch, A. G. (2020, April 22). *Conséquences psychopathologiques du confinement* *Psychopathological consequences of confinement*. ScienceDirect. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>

Montagud Rubio, N. M. R. (2020). *Las 3 teorías biológicas de la ansiedad más importantes*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/teorias-biologicas-ansiedad>

O.E.C.D (2019). *The Heavy Burden of Obesity : The Economics of Prevention*. Org. for Economic Cooperation & Development

Osorio, J. O., Weisstaub, G. W., & Castillo, C. C. (2002, diciembre). *DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y SUS ALTERACIONES*. Revista chilena de nutrición, 29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>

Peña Fernández, E. P., & Reidl Martínez, L. M. R. (2016, April 18). *Las Emociones y la Conducta Alimentaria* *Emotions and Eating Behavior*. ScienceDirect. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30008-4](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30008-4)

Pinheiro, A. C. P., Canaan, F. A. C., & Gonçalves, R. C. G. (2008, marzo). *INSULEMIA, INGESTA ALIMENTARIA Y METABOLISMO ENERGÉTICO*. Revista chilena de nutrición, 35. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000100003>

Romeo-Arroyo, E. R., Mora, M. M., & Vázquez-Araújo, L. V. (2020, June 4). *Consumer behavior in confinement times: Food choice and cooking*

attitudes in Spain. ScienceDirect.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgfs.2020.100226>

Sierra, J. C. S., Ortega, V. O., & Zubeidat, I. Z. (2003, marzo). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade, 3.*

Solé, L. S. (2019). *Adiós al hambre emocional: Deja de comer a todas horas y consigue tu peso ideal sin dietas.* EDAF.

7. Anexo

Cuestionario realizado:

Hoja 1: (Presentación): Hola, soy Mar Romero, alumna de cuarto de Psicología de la Universidad Rovira i Virgili y estoy realizando mi trabajo de fin de grado sobre la ansiedad y la ingesta de comida. Es por ello por lo que he creado esta encuesta totalmente anónima y con la única finalidad de recoger datos para la investigación de este. La duración de este cuestionario es de unos 10 minutos aproximadamente y me sería de gran ayuda tu colaboración, muchas gracias. Si tienes alguna duda, quieres hacerme una pregunta o una vez has iniciado el cuestionario has cambiado de opinión y quieres retirarte del estudio puedes contactar conmigo a través de mi correo electrónico mar.romerog@estudiants.urv.cat.

Botón: (Doy mi consentimiento)

Hoja 2:

¿Con que sexo te identificas más?

Hombre, mujer, prefiero no decirlo.

¿Que edad tienes?

Respuesta abierta.

¿Cuál es tu estado civil?

Casado/a, en pareja, soltero/a, divorciado/a o separado/a, viuda.

¿Cuál es tu nivel de estudios finalizados?

Educación primaria, ESO, Bachillerato, formación profesional, Universidad, otros.

¿Con quien convives?

Solo, en pareja, con padres o algún familiar, amigos, otros.

Hoja 3:

Ansiedad:

Responda a las siguientes preguntas, prestando atención al tiempo al que se refiere, puede ser antes o después del confinamiento decretado por la pandemia de COVID-19 en España.

¿Consideras que tras el confinamiento sientes sensación de aprensión o angustia con mayor frecuencia?

Casi nunca, en alguna ocasión, a menudo, casi todos los días

¿Consideras que tras el confinamiento tienes palpitaciones o aceleración cardiaca con mayor frecuencia?

Casi nunca, en alguna ocasión, a menudo, casi todos los días

¿Consideras que tras el confinamiento tienes dificultad para estar quieto o intranquilidad con mayor frecuencia?

Casi nunca, en alguna ocasión, a menudo, casi todos los días

¿Consideras que tras el confinamiento tienes alteraciones en el sueño, es decir, tardas en quedarte dormido, te despiertas varias veces o te despiertas antes de lo previsto con mayor frecuencia?

Casi nunca, en alguna ocasión, a menudo, casi todos los días

En una escala de 1 a 5, donde 1 sería totalmente en desacuerdo y 5 sería totalmente de acuerdo ¿dónde te ubicarías en cuanto a la siguiente frase?:
Tras el confinamiento siento preocupación.

1 (totalmente en desacuerdo) - 5 (totalmente de acuerdo)

En una escala de 1 a 5, donde 1 sería totalmente en desacuerdo y 5 sería totalmente de acuerdo ¿dónde te ubicarías en cuanto a la siguiente frase?:
Tras el confinamiento tengo dificultad para concentrarme.

1 (totalmente en desacuerdo) - 5 (totalmente de acuerdo)

En una escala de 1 a 5, donde 1 sería totalmente en desacuerdo y 5 sería totalmente de acuerdo ¿dónde te ubicarías en cuanto a la siguiente frase?:
Tras el confinamiento anticipo mucho más los acontecimientos negativos.

1 (totalmente en desacuerdo) - 5 (totalmente de acuerdo)

¿Consideras que tras el confinamiento realizas conductas como fumar, comer o beber en exceso con mayor frecuencia?

Casi nunca, en alguna ocasión, a menudo, casi todos los días

¿Consideras que tras el confinamiento intentas escapar o evitar determinadas situaciones con mayor frecuencia?

Casi nunca, en alguna ocasión, a menudo, casi todos los días

¿Consideras que antes del confinamiento eras una persona más tranquila?

Si, no, todo lo contrario.

¿Consideras que el confinamiento te ha influido y ahora tienes pensamientos negativos hacia ti mismo que antes no tenías?

Si, no, todo lo contrario.

Hoja 4:

Ingesta de comida:

Marque según la cantidad de veces que ingieres los siguientes alimentos

	Nunca o casi nunca	Al mes 1-3	A la semana			Al día			
			1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	+6
Lácteos (leche, queso...)									
Carne									
Pescado									
Legumbre									
Arroz									
Pasta									
Comida rica en grasa (pizza, hamburguesas...)									
Fruta									
Verdura y hortalizas									
Grasas (mantequilla, margarina...)									
Dulces (chocolate, galletas...)									
Bebidas con azúcar (refrescos, alcohol...)									

¿Consideras que tras el confinamiento tienes problemas para controlar la comida?

Si, no, todo lo contrario.

¿Crees que antes del confinamiento tu alimentación era más saludable?

Si, no, todo lo contrario.

¿Consideras que tras el confinamiento comes más entre horas?

Si, no, todo lo contrario.

¿Crees que tras el confinamiento comes más de prisa o con más ansia, sin masticar bien el alimento?

Si, no, todo lo contrario.

¿Qué haces normalmente cuando te sientes saciado?

Dejo de comer sin problema, dejo de comer, pero me cuesta hacerlo, sigo comiendo sin problema, sigo comiendo, pero me siento mal por hacerlo.