

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS, SEGÚN
LOS ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN DE CUARTO AÑO DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL
LANDÍVAR
TESIS DE GRADO

MARIA INES PRADO RODRIGUEZ
CARNET 10220-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS, SEGÚN
LOS ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN DE CUARTO AÑO DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL
LANDÍVAR

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
MARIA INES PRADO RODRIGUEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. ADRIANA ROSALIA DOMINGUEZ FUENTES DE PARRILLA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GLORIA PATRICIA SAMAYOA AZMITIA

Guatemala 6 de junio de 2015

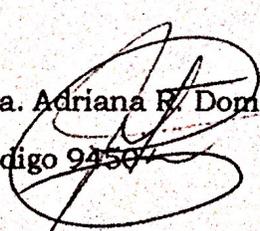
Señores
Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Campus Central

Estimados señores:

Me dirijo a ustedes para informar que he revisado la tesis **“Factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios, según los estudiantes de Nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar”** de la alumna María Inés Prado con No. de carné 1022009

He confirmado que la alumna realizó los cambios sugeridos en el curso de Tesis I, y también los sugeridos por mi persona. Considero que cuenta con los requerimientos de un anteproyecto de tesis, por lo que acepto asesorar su trabajo de campo.

Atentamente


Dra. Adriana R. Domínguez Fuentes

Código 94507



Universidad
Rafael Landívar
Tradición resulta en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
Teléfono: (502) 24262626 ext. 2440
Fax: 24262626 ext. 2486
Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16
Guatemala, Ciudad. 01016

FH/ap-NT-71-15

Guatemala,
26 de junio de 2015

Señorita
María Inés Prado Rodríguez
Presente

Estimada señorita Prado:

De acuerdo al dictamen rendido por el Comité Revisor de Anteproyectos de Tesis de esta Facultad, se conoció el anteproyecto de tesis presentado por la estudiante **María Inés Prado Rodríguez**, carné No. 10220-09, de la Licenciatura en Psicología Clínica, el cual se titula: "**Factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios, según los estudiantes de Nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar**". El Comité resolvió **APROBAR** el anteproyecto, y nombrar como asesora a la Doctora Adriana Domínguez.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

 Universidad
Rafael Landívar
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

Irene Ruiz Godoy
Mgtr. Irene Ruiz Godoy
Secretaría de Facultad

ccp.
Cofite

En todo amar y servir
Ignacio de Loyola



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

Guatemala 23 de Noviembre de 2015

Señores

Miembros del Consejo

Facultad de Humanidades

Presente

Estimados señores Consejo de Facultad:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para presentar a su consideración el trabajo de tesis de la estudiante María Inés Prado Rodríguez, quien se identifica con Carné No. 1022009. Con el título: "Factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios según los estudiantes de Nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar"

He asesorado y revisado el trabajo del estudiante y considero que llena los requerimientos que la Facultad y el Departamento de Psicología establecen en este tipo de investigación. Por lo que solicito se le dé trámite al proceso de revisión.

Sin otro particular

Atentamente,

Dra. Adriana Rosalva Domínguez Fuentes

Código 9450



Universidad
Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 051081-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARIA INES PRADO RODRIGUEZ, Carnet 10220-09 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05438-2015 de fecha 27 de noviembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS, SEGÚN LOS ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN DE CUARTO AÑO DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 3 días del mes de diciembre del año 2015.



Irene Ruiz Godoy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

INDICE

I.	Introducción	1
	1.1 Factores Psicológicos	12
	1.2 Problemas Alimenticios	24
	1.3 Como Influyen los Factores Psicológicos	39
	1.4 Nutrición en Nutrición en Guatemala	51
II.	Planteamiento del Problema	57
	2.1 Objetivos	59
	2.1.1 Objetivo General	59
	2.1.2 Objetivos Específicos	59
	2.2 Variables	60
	2.3 Definición de Variables	60
	2.3.1 Definición Conceptual de las Variables	60
	2.3.2 Definición Operacional de las Variables	60
	2.4 Alcances y Límites	60
	2.5 Aporte	61
III.	Método	62
	3.1 Sujetos	62
	3.2 Instrumento	63
	3.3 Procedimiento	64
	3.4 Tipo de Investigación, Diseño y Metodología Estadística	65
IV.	Presentación y Análisis de Resultados	67
V.	Discusión de Resultados	78
VI.	Conclusiones	82
VII.	Recomendaciones	84
IX.	Referencias	85
	Anexos	

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios según los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar. El procedimiento tuvo un enfoque cuantitativo con diseño experimental de alcance descriptivo. La muestra consistió en 45 estudiantes de ambos sexos de la carrera de nutrición en la Universidad Rafael Landívar, con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. A los sujetos se les aplicó una escala de Likert diseñada por la investigadora, midiéndose seis indicadores: autoestima, ansiedad, depresión, impulsividad, obsesión y estrés. La escala tomó el nombre de: Factores Psicológicos que Influyen en los Problemas Alimenticios.

Entre los resultados se encuentra que 83% de los estudiantes está de acuerdo que la autoestima es un factor influyente en los problemas alimenticios, 82.5% acuerda en la influencia de la impulsividad, 76% esta de acuerdo en que la obsesión es un factor influyente, 75.3% esta de acuerdo en que la ansiedad es influyente, 65.6% señalo estar de acuerdo en que el estrés si influye y 65.2% señala estar de acuerdo en que la ansiedad es influyente en los problemas alimenticios. Se concluye que los factores que más influyen en los problemas alimenticios son autoestima e impulsividad. Se recomendó utilizar los boletines informativos realizados en esta investigación sobre los factores psicológicos y su influencia en los problemas alimenticios.

I. INTRODUCCION

Existen agentes psicológicos que día a día afectan el comportamiento, la salud, el rendimiento, entre otros aspectos de la vida cotidiana; estos agentes se encuentran presentes a pesar de que la mayoría de las personas no toman conciencia de ello. Es por eso de suma importancia el aprender la diferencia entre estar enfermo por enfermedades médicas o estar enfermo por factores psicológicos. Factores psicológicos como ansiedad, estrés, obsesión, impulsividad, depresión y autoestima pueden llegar a influenciar las conductas de uno, incluyendo las conductas alimenticias. Una conducta alimenticia fuertemente influenciada por factores psicológicos puede terminar en un trastorno alimenticio; causando alteraciones en la salud mental y enfermedades médicas, tales como enfermedades hormonales, cardíacas, gástricas, entre otras.

La persona que toma conciencia del riesgo en potencia y toma el primer paso para mejorar su salud, suele llegar a la conclusión de ver a un experto en nutrición. El nutricionista lleva un procedimiento para calcular el índice de masa corporal, averiguar sus hábitos alimenticios y construir una dieta balanceada para su paciente. Juntos se proponen un peso como meta.

La persona con alteración de su estado nutricional, pueden coexistir factores psicológicos, que pasa inadvertidos al nutricionista y al mismo paciente. Este hecho, tiene el potencial de conducir a incumplimiento de las indicaciones del nutricionista y a seguir las instrucciones dietéticas paso a paso, lo cual culmina con fracaso de la intervención y al abandono de la misma.

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª. Edición, 2013; DSM-5) define trastornos alimenticios como desórdenes caracterizados por una molestia persistente de la acción de comer o relacionado al hábito de comer, que resulta en una absorción de comida alterada que deteriora significativamente la salud física y/o el bienestar psicosocial. Los criterios diagnósticos son proporcionados para

los trastornos de pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, bulimia nerviosa y trastorno por atracones.

Entre otros problemas, se encuentran el sobrepeso y la obesidad. Para el 2014, La Organización Mundial de la Salud - OMS - (2015), estimó que 1,900 millones de adultos y más de 43 millones de niños menores de 5 años tienen sobrepeso, más de 600 millones obesidad y que cada año mueren en el mundo 2,6 millones de estos problemas. Dichos problemas alimenticios son clasificados como problemas de incumplimiento de tratamiento médico y a pesar de que no se encuentren clasificados como trastornos mentales, si constituyen un estado nutricional problemático para el ser humano. Por lo tanto, el recibir educación apropiada en aspectos psicológicos durante la formación de un o una especialista en nutrición, es esencial para proporcionar al paciente tratamiento integral que conduzca a un mayor índice de éxito con sus pacientes.

En Guatemala existe como carrera universitaria, la licenciatura en nutrición, en cinco de las universidades más conocidas a nivel nacional. Entre estas universidades se encuentran Universidad Mariano Gálvez, Universidad Francisco Marroquín, Universidad San Carlos de Guatemala, Universidad del Valle de Guatemala y la Universidad Rafael Landívar. Al revisar el pensum de la licenciatura en nutrición en estas distintas universidades, se observó que en todas ellas se recibe únicamente en su primer año de carrera, de uno a dos cursos de psicología básica. Incluso en una de estas universidades, uno de los dos cursos que reciben, es de psicología industrial. De acuerdo con lo anterior, pareciera ser que el aprendizaje relacionado a esta área, es relativamente débil en las universidades nacionales. Sin embargo, para evitar una postura subjetiva e intentar llevar el concepto a un plano objetivo, se decidió llevar a cabo una investigación con el objetivo principal de determinar los factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios según los estudiantes de nutrición de cuarto año en la Universidad Rafael Landívar.

Para el abordaje del tema se presenta teoría fundamentada en estudios realizados a nivel nacional e internacional. En Guatemala se han elaborado varias investigaciones y estudios acerca de factores psicológicos al igual que de problemas alimenticios.

En este sentido Morales, Loarca y Pinzón (2010), en un estudio cuantitativo descriptivo transversal, establecieron la incidencia de sobrepeso y obesidad en niños entre los 6 y 12 años de edad en colegios privados de la capital de Guatemala en el periodo de junio y julio de 2010. Contaron con una muestra conformada de niños que atendían en 5 colegios privados en la capital de Guatemala, entre los 6 y 12 años de edad. Se pesó y talló a cada uno de los estudiantes para obtener el estado nutricional y el índice de masa muscular individual de cada escolar. Se concluyó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 18.4% y 18.5% respectivamente; de los niños con sobrepeso los más dañados fueron los de 11 años y de sexo femenino; mientras que de los escolares con obesidad fueron más afectados los de 8 años y del sexo masculino; el colegio con mayor sobrepeso fue el CEDAPRI mientras que el que presentó más obesidad fue el colegio San Sebastián. Entre las recomendaciones de la investigación, se encuentra el dar educación que logre ayudar a los estudiantes a adquirir conocimiento, actitudes y aptitudes que son elementales para llegar a obtener una vida saludable.

Pérez (2012), investigó los factores sociales y psicológicos que afectan el rendimiento escolar de los alumnos y la maestra de primer grado del nivel primario de la Escuela Oficial Urbana Mixta Jorge Arturo Reyes Ceballos. La investigación fue tipo descriptiva y se realizó con 29 sujetos comprendidos entre las edades de 7 a 14 años de edad de primero primaria y una adulta de 30 años, entre ellos 17 del sexo femenino y 11 del sexo masculino. Se elaboró un cuestionario y lista de cotejo, el cual se validó con especialistas en la rama de psicología, pedagogía y estadística. Se observó que la mayoría de estudiantes mantienen una buena relación con su maestra y con sus compañeros de aula; sin embargo la relación con sus padres no se encuentra en el mismo estado, por lo que genera una baja autoestima. Por lo que se concluyó que los

estudiantes de primer grado de la escuela se encuentran afectados en un 39% por factores sociales y psicológicos. La autora sugiere seguir trabajando con los estudiantes, buscando metodologías y técnicas para mejorar su calidad educativa y al mismo tiempo disminuir el factor psicosocial que les está afectando.

Pezzarossi (2012), efectuó un estudio con el objetivo de determinar los problemas de alimentación (anorexia y bulimia), que afectan o dañan las relaciones interpersonales de estudiantes cursando primero a tercero básico en un colegio privado. La investigación, de tipo descriptivo, utilizó una muestra de 137 alumnos, 71 de sexo masculino y 66 de sexo femenino, entre las edades de 13 a 16 años. Para realizar dicho estudio, se utilizó el Test de Actitudes Alimentarias EAT-26, los alumnos que salieron positivos en el test fueron convocados para que se les aplicara un cuestionario, esto con el objetivo de identificar y conocer los efectos que los problemas de alimentación tienen en las relaciones interpersonales de cada uno. Se concluyó que 33% de los sujetos estudiados presentaron síntomas relacionados con problemas alimenticios, se encontró poca diferencia entre géneros. Más del 50% de aquellos con test EAT-26 reconocieron que sus relaciones interpersonales se habían visto afectadas de alguna manera y un 82% reportaron que habían presenciado cambios de humor, pérdida de control emocional y aumento de irritabilidad. Se llegó a la conclusión que la mayoría de los alumnos con problemas de alimentación reportaron cambios en sus relaciones con sus compañeros de clase, padres y hermanos. De la misma manera se observó pérdida de control al enojarse, respuestas explosivas con figuras autoritarias y cambios de humor. Como recomendación se propuso dar a conocer la importancia de trastornos de alimentación en el país de Guatemala y la necesidad de que se aborde este tema en la pre adolescencia tanto en colegios y escuelas como en el ambiente familiar, para lograr una detección temprana, prevención y tratamiento efectivo.

Por otro lado, Tello (2012) realizó una investigación de tipo descriptiva, con el objetivo de identificar la prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa, en los estudiantes de nutrición de la Universidad Rafael Landívar. La muestra fue de 34 estudiantes entre 16 a 23 años, que cursan el primer año de nutrición en la URL, se decidió utilizar el

cuestionario “¿Deseas intensamente ser delgada?” de la Dra. K. Kim Lampson. Se determinó que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición de primer semestre fue del 21%, incluyendo 18% con una fuerte tendencia a padecer bulimia y 3% anorexia. Estos trastornos eran más comunes entre mujeres entre los 16-19 años y solteras. Se concluye que en la mayoría de alumnos no hubo una tendencia a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria del tipo restrictivo, esto no significa que los deja exentos a padecer otro trastorno alimenticio. De igual manera, se concluyó que los alumnos tenían cierta preferencia hacia el consumo alimenticio no balanceado y escogían la carrera de nutrición como una forma de autoayuda. En este trabajo, se recomendó promover información y formación tanto a estudiantes como a profesores, sobre la tendencia a padecer trastornos de la conducta alimentaria.

Muñoz (2013), realizó una investigación transversal descriptiva para determinar la prevalencia de problemas alimenticios como anorexia, bulimia y obesidad, en estudiantes de segundo básico de una escuela mixta de nivel socioeconómico medio-alto y de una escuela mixta de nivel socioeconómico medio-bajo. La muestra se conformó de un grupo mixto de estudiantes de segundo básico de dos diferentes escuelas, con un total de 100 alumnos de nivel socioeconómico medio-bajo y 107 alumnos de nivel medio-alto, ambos en la ciudad de Guatemala. Para llevar a cabo dicho estudio se aplicó el test: “¿Deseas intensamente ser delgada?” de la Dra. Kim Lampson, el cual se calificó según los criterios establecidos. Se tomó peso y estatura de cada estudiante para calcular su índice de masa corporal, según las tablas normativas del Ministerio de Salud de Guatemala. Se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa entre la prevalencia de problemas alimenticios y el nivel socioeconómico de la institución educativa. La prevalencia en la obesidad es el problema de alimentación que se presenta en mayor porcentaje en los estudiantes de la escuela de nivel socioeconómico medio-bajo, siendo el sexo masculino el que muestra mayor prevalencia. Se concluyó que la tendencia a la obesidad en general es alarmante, ya que representa un total de 29 alumnos dentro de

la escuela de nivel socioeconómico medio-alto y un total de 35 alumnos dentro de la escuela de nivel socioeconómico medio-bajo.

Cabrera (2014), hizo un estudio descriptivo y correlacional en donde se logró identificar las conductas alimentarias según el ingreso económico y su relación con la incidencia de sobrepeso y obesidad. Se tomó una muestra de 228 sujetos, hombres y mujeres que laboran en un edificio corporativo de la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala. Se elaboró una encuesta, como el instrumento de recolección de datos, expresando tres componentes basados en las variables estudiadas. El primer componente se basa en la caracterización de los sujetos, el segundo en las conductas alimentarias y el tercero se basa en la talla y estatura de los sujetos. Se detectó en los resultados una frecuencia de consumo por grupo de alimentos con una alta ingesta de cereales, grasas y azúcar y en menor cantidad el consumo de lácteos, frutas y verduras. Además se describió un favoritismo por el consumo diario de alimentos procesados con alto contenido calórico y carbohidratos simples. El consumo calórico de la población demostró una ingesta de 1,730 calorías para el género femenino y 2,135 calorías para el género masculino. Se concluyó que, a pesar de no haber una correlación estadísticamente significativa entre las variables, sí había una relación descriptiva entre el ingreso económico medio y la alta frecuencia de consumo de comida rápida, tiempos de comida fuera del hogar y falta de ejercicio. Esta relación favoreció el hecho que, un 43% de los sujetos estudiados, presentaran sobrepeso y obesidad. Se recomendó una intervención nutricional enfocada en la orientación y nutrición con la modificación de conducta y hábitos alimenticios, para mejorar la calidad de vida en adultos y su futuro.

En Guatemala, se pueden apreciar estudios que indican la prevalencia alta de problemas alimenticios en esta cultura, como la anorexia, la bulimia, el sobrepeso y la obesidad, de la misma manera, se observa la influencia de factores psicológicos en diversas conductas y como estos podrían llegar a influenciar la conducta alimentaria conduciendo a un problema alimenticio. A nivel internacional también se han elaborado

investigaciones en donde se presenta la influencia de factores psicológicos en los problemas alimenticios, como se ve en los siguientes resúmenes.

En cuanto a funcionamiento familiar y comportamiento alimentario, Ruiz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez y Tena (2010), realizaron una investigación en Colombia, con el objetivo de analizar los distintos aspectos del funcionamiento familiar que explican el aumento o disminución de riesgo de desarrollar trastornos del comportamiento alimentario tales como; anorexia nerviosa, bulimia y otros no especificados. Este estudio, no experimental con temporalidad transversal y de alcance correlacional, utilizó 70 sujetos, en donde solo participaron mujeres con un promedio de 18 años. Un grupo de ellas presentaban trastornos del comportamiento alimentario (16 con anorexia, 24 con bulimia y 30 con otros no especificados) y 30 mujeres de la muestra no presentaban ningún trastorno. Todas las mujeres fueron entrevistadas para su diagnóstico y contestaron 3 cuestionarios: FES de ambiente familiar; EAT-40 y BULIT para evaluar sintomatología.

Los resultados señalaron que la expresión fue factor de riesgo en todos los grupos, lo que sugiere que al dejar de compartir emociones y sentimientos dentro de la familia, se dejan al descubierto necesidades básicas de aceptación y afecto. Al igual, se encontró que las actividades de índole intelectual-cultural fueron factor de protección, como es el caso del interés que se pone en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales. Solo para el caso de participantes con anorexia y bulimia, la variable de organización es un factor de riesgo, lo que se entiende como la falta de planificación en las actividades cotidianas y la carencia de asignación de las responsabilidades familiares. Así mismo, la actuación es utilizada como factor protector, este representa el grado con que se realizan actividades en la escuela o el trabajo. De esta manera concluyó, que existen diferencias en la forma y grado en que se percibe la problemática familiar en los diferentes tipos de trastornos. Las recomendaciones son que en futuros estudios debe agregarse la perspectiva paterna, con el fin de evaluar si estas relaciones entre el funcionamiento familiar y los trastornos

de conducta alimentaria se mantienen, o si se presentan variaciones de acuerdo a los diferentes integrantes de la familia.

Una investigación de corte transversal, realizada por Sáenz, González y Díaz (2011), en Colombia, tuvo como objetivo describir la incidencia de hábitos y desórdenes alimenticios en estudiantes universitarios en relación a factores socio-demográficos, físicos y conductuales. La población estuvo conformada por un total de 1,040 estudiantes de los programas matutino y vespertino de la Universidad de Cartagena. El procedimiento de dicho estudio utilizó una encuesta estructurada para evaluar hábitos alimenticios y aspectos socio-demográficos. Se emplearon EAT-26 y SCOFF para trastornos alimenticios y la escala de Holmes y Rahe para la susceptibilidad de enfermar. Se estimó la ocurrencia a través de razones de disparidad y el análisis multivariable mediante regresión logística nominal. Los resultados demostraron que el motivo más frecuente para no alimentarse fue la falta de costumbre y tiempo. La susceptibilidad de enfermar fue el 23.1% y el riesgo de anorexia y bulimia del 14.2%. En el análisis multivariable con el SCOFF se mostró una significación estadística entre los resultados mencionados y la edad, susceptibilidad de enfermar, dieta, problemas de colon y no realizar actividad física. En las conclusiones de la investigación, se mencionó que los hábitos y trastornos de alimentación en alumnos en la universidad, están influenciados por factores relacionados con el que hacer universitario; siendo una necesidad considerar este comportamiento alimentario, como un problema relevante que se relaciona con el buen desarrollo de las actividades universitarias. Se recomendó que los resultados fueran aplicados como una guía para consolidar políticas integrales de bienestar estudiantil en las universidades, explorando los factores que influyen en la problemática y desarrollando ayudas psicológicas con el objetivo de un manejo profesional de la situación.

Salamanca y Hewitt (2011), con el objetivo de abordar la relación entre los factores biológicos y los psicológicos en la dermatitis atópica, realizaron una revisión bibliográfica en el país de Colombia. En la cual encontraron factores predisponentes como el temperamento y las experiencias traumáticas de la niñez, en los factores

precipitantes y mantenedores se encuentran el estrés, la ansiedad y la depresión. Por lo que llegaron a concluir que la influencia de los factores psicológicos en los síntomas en la Dermatitis Atópica existe. Recomiendan realizar procedimientos de intervención incluyendo trabajo interdisciplinario que contenga la atención clínica psicológica.

En una revisión bibliográfica, Santana, Junior, Giral y Raich (2012), investigaron temas actuales y relevantes acerca de la incidencia, prevalencia y factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en la adolescencia. Se buscó información en distintas bases de datos que incluían MEDLINE, SciELO y LILACS, estudios públicos sobre epidemiología y factores de riesgo de trastornos alimentarios en la adolescencia. Se encontró que la mayor prevalencia de la anorexia y bulimia nerviosa se manifiesta entre las niñas en la fase media y final de la adolescencia. Entre los distintos factores que aumentaban el riesgo de los trastornos alimenticios en la adolescencia se encontraban: la genética, los cambios corporales en la pubertad, la vulnerabilidad de los adolescentes a los ideales de delgadez, la presión social por ser delgada, la insatisfacción por la imagen corporal, la dieta restrictiva, la depresión y la baja autoestima. Los autores sugirieron en esta publicación, que en las distintas culturas los trastornos del comportamiento o hábitos alimenticios pudieran no originarse en conductas compensatorias o en el peso, sino con la silueta del cuerpo o parte de lo mismo. Con base en el estudio y los resultados, se concluyó que varios factores determinaron la aparición de la anorexia y la bulimia en la adolescencia, sin embargo, sin un consenso en la forma en cómo interactúan estos factores en este complejo proceso. Se indicó, como recomendación la necesidad de más investigaciones que ayuden a determinar la interacción de los factores, en el complejo proceso de anorexia y bulimia en la adolescencia.

Para conocer el impacto de la pérdida de peso sobre la evolución de las alteraciones tanto clínicas, metabólicas, como psicológicas en los pacientes con sobrepeso y obesidad, Piñera, Arrieta, Alcaraz, Botella, Calañas, Balsa y Vázquez (2012), realizaron un estudio cuantitativo descriptivo. Dicho estudio, utilizó a 192 pacientes elegidos aleatoriamente. Todos los participantes fueron caracterizados

clínica y bioquímicamente, empleando cuestionarios auto-administrados y validados en población española: el cuestionario de Goldberg y la escala de bulimia y atracones del cuestionario “Eating Disorder Inventory”. Los pacientes incluidos tuvieron pérdida de peso de 3.77 kilogramos, equivalente a un 3.8% del peso total, el diámetro de la cintura se redujo en 3.78 centímetros, la tensión arterial sistólica se redujo en 3.36 mmHg y la diastólica en 2.15 mmHg. También disminuyeron significativamente las transaminasas GOT y GPT. El cuestionario de Goldberg inicial fue patológico en el 44.8% de los pacientes estudiados y a los seis meses de tratamiento, la puntuación del Goldberg mejoró en el 20.8%. La puntuación global de la subescala de bulimia de “Eating Disorder Inventory” al inicio fue de 1.02, disminuyendo significativamente a los seis meses a 0.65. Las conclusiones indicaron que la disminución de peso mostró una mejora no solo en los parámetros clínicos y bioquímicos de riesgo cardiovascular y la resistencia insulínica, sino que también existió una mejora en la puntuación en la escala Goldberg, con un mayor impacto en los pacientes que mostraban más patología al inicio de la intervención. De igual manera, se concluyó que el control y seguimiento de peso, no solo determina una evolución favorable de los parámetros clínicos y metabólicos, sino que también actúa de una manera positiva en las subescalas de ansiedad, estado somático y disfunción social.

En Junín, Perú; Contreras, Mayo, Romaní, Tejada, Yeh, Ortiz y Tello (2013), realizaron un estudio descriptivo transversal para determinar el estado nutricional y los factores que se encuentran asociados a la malnutrición en el adulto mayor en la comunidad de Masma Chicche. Para realizar dicho estudio, participaron 72 personas mayores de 60 años, residentes del distrito de Masma Chicche. El instrumento utilizado fue el “Mini Nutritional Assesment” para la evaluación nutricional e instrumentos de valoración geriátrica integral para establecer la presencia de depresión, estado funcional, deterioro cognitivo, salud oral y estado social. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, chi cuadrado y ANOVA para determinar asociación entre las variables. Los resultados mostraron una incidencia de malnutrición de 29.9%. Un 57.9% de los participantes se encontraron en riesgo de malnutrición. El 69.4% presentó depresión y riesgo de la misma; 27.8% mostró deterioro cognitivo; 93.1% presentó

percepción negativa de su salud oral; 51.4% eran dependientes funcionales y el 100% poseían algún problema social. Hubo cierta asociación de malnutrición con las variables sexo masculino y presencia de depresión. Se concluyó que en la comunidad de Masma Chicche, alrededor de una tercera parte de la población, tiene malnutrición. Y como se mencionó la malnutrición se asociaba al sexo masculino y depresión.

Fernández y Herrera (2013), con el objetivo principal de determinar el estado de relación entre la rinitis y los factores psicológicos, realizaron una investigación, en España, por medio de una revisión bibliográfica. Encontraron y por lo tanto concluyeron que la rinitis se encuentra relacionada con factores de carácter psicológico, sobre todo en el caso de la ansiedad. Además se encontró que las emociones negativas parecen apoyar a las respuestas alérgicas inflamatorias. Como recomendación mencionan que se deben realizar estudios en rinitis tipo vasomotor, con el objetivo de comprobar la diferencia entre éste y la rinitis alérgica.

En Buenos Aires, con el objetivo de analizar y comparar hábitos y actitudes hacia la alimentación, el perfeccionismo y la autoestima en mujeres adolescentes con cuadros de trastornos alimenticios, adolescentes con riesgo de trastorno alimenticios y adolescentes sin trastorno alimenticio y riesgo, Rutzstein, Scappatura y Murawski (2014), realizaron un estudio transversal, descriptivo y comparativo. Las participantes del estudio fueron 200 mujeres entre 13 y 19 años: 167 estudiantes de escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires y 33 pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4^{ta}. Edición texto revisado, que se encontraban en tratamiento en dos instituciones especializadas (una pública y una privada). Dichas mujeres completaron los siguientes instrumentos: cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos de la conducta alimentaria, inventario de trastornos alimentarios -3, Escala de autoestima de Rosenberg y "Almost Perfect Scale- Revised". Los resultados mostraron que las adolescentes con riesgo de trastorno alimentario presentaron puntuaciones intermedias en perfeccionismo y baja autoestima. También los resultados apoyaron el carácter disfuncional de los componentes del perfeccionismo. Éstos fueron

de utilidad para concluir que la presencia de características psicológicas vinculadas con el desarrollo de los trastornos en adolescentes, refuerza la importancia de realizar esfuerzos destinados a la prevención de dichos trastornos alimenticios. Se propuso, como recomendación, una futura línea de investigación sobre la evaluación de la interacción entre ambas variables en el desarrollo de los trastornos alimenticios en adolescentes.

Como se puede ver, los estudios internacionales revisados proporcionan resultados similares a los efectuados en el medio nacional. La prevalencia de problemas alimenticios es alta y diversos factores se asocian a esta alta prevalencia. Entre los factores más comunes se encuentran los económicos, culturales y emocionales (depresión, perfeccionismo, ansiedad y baja autoestima).

Sin duda alguna, los factores psicológicos tienen un protagonismo claro en los problemas alimenticios más estudiados, como la anorexia, bulimia, trastorno por atracones, sobrepeso y obesidad. Las repercusiones de esta interacción entre factores psicológicos y trastornos alimenticios, afectan la calidad de vida de los sujetos y sus relaciones sociales y familiares.

A continuación se presenta información teórica con la cual se sustenta la presente investigación.

1.1 Factores Psicológicos

Se define como factores psicológicos a la presencia de un síntoma o afección médica, que no sea un trastorno mental. De acuerdo al DSM-5 de la American Psychiatric Association (2013), estos factores afectan negativamente a la afección médica de una de las siguientes maneras:

- Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o el retraso en la recuperación de la afección médica.
- Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica.
- Los factores constituyen otros riesgos establecidos para la salud del individuo.
- Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban los síntomas o necesitan asistencia médica.

1.1.1 Ansiedad

Ansiedad se define como una sensación de malestar o una amenaza la cual es acompañada de una respuesta autonómica del cual el origen por lo general se presenta desconocido por el individuo, el sentimiento es aquel de aprensión el cual es causado por el pensamiento de que existe un peligro por venir. Es una señal de alarma que advierte un peligro inminente, un mecanismo que permite tomar las medidas necesarias para afrontarlo (Mellado, Rodríguez, Ortuño, Jorroto e Ibáñez, 2008).

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), comentan que otra definición de ansiedad es la que alude a un estado de inquietud y agitación no agradable que se caracteriza por la anticipación de un peligro en donde predomina la sensación de catástrofe o de un peligro inminente y se experimentan síntomas psíquicos, es decir, una combinación de síntomas cognitivos y psicológicos que se manifiestan en una reacción sobresaltada, donde la persona trata de buscar una solución a esta catástrofe.

Para Campuzano y Martínez (2014), la ansiedad está presente en una situación sumamente estresante cuando un sujeto crea mucha activación fisiológica, en un estado como este es común la taquicardia y la hiperventilación, entre otros síntomas. La ansiedad, al ser una respuesta emocional que afecta el funcionamiento nervioso, puede tener dos efectos:

- Permitir que se aprendan nuevas conductas o mejorar la forma de ejecutar conductas que fueron aprendidas anteriormente, creando como último resultado que el estado emocional negativo que se experimentó como ansiedad disminuya y sea remplazado por un estado relajante a consecuencia de la nueva respuesta.
- El estado negativo se mantenga y lleve a parar por completo la conducta, así como una activación fisiológica crónica y prolongada, donde se desarrollen trastornos fisiológicos o conductuales.

1.1.1.a Ansiedad según el DSM-5

El DSM-5 da criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de lo que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fácilmente fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en el blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

1.1.2 Depresión

La depresión es una enfermedad en donde la sintomatología puede ser sumamente variada, sin embargo, tiene un síntoma central, este es la alteración del ánimo. Además, suele haber sentimientos como pena, estar malhumorado, angustia o crisis de pánico, lentificación motora y caída de rendimiento en algunas funciones psíquicas y cognitivas, tendencia al aislamiento, desmotivación, apatía, abulia, dificultad para disfrutar, desesperanza, inhibición motora, hipotonía y pensamientos negativos. En algunos casos de depresión mayor puede existir presencia de delirios. Por otra parte, es posible que se presente una sintomatología somática diversa, esto correspondiendo a las alteraciones orgánicas al momento de experimentar una depresión. Estas se desarrollan como una crisis o como alteraciones de carácter. En caso de una depresión leve, el interés por el ambiente alrededor de uno y la integración tiende a disminuir o incluso anularse por momentos, mientras que en una depresión mayor hay una adecuación formal muchas veces exagerada hacia las expectativas y las exigencias del medio, al igual que una hiper responsabilidad la cual surge del control y la culpa (Contreras, 2013).

Campuzano y Martínez (2014), explican que existe cierta popularidad al pensar que los trastornos psicosomáticos se originan de la depresión ya que una terapia diseñada para la depresión los alivia y hace que el dolor desaparezca. La teoría sobre esta perspectiva se expresa de la siguiente manera: la depresión es una alteración cerebral que provoca cambios afectivos, o sea, básicamente cambios emocionales, lo que se relaciona con el hecho de que provoca cambios fisiológicos periféricos que comienzan a provocar un síntoma físico. Un individuo deprimido no encuentra alrededor suyo algún estímulo que justifique el cómo se siente y esto produce en él una respuesta de ansiedad que puede aumentar el síntoma. Bajo este mismo ciclo se han desarrollado algunas enfermedades que para el médico, son inexplicables, por ejemplo hipertensión a inicio de un trastorno intestinal de tipo dispéptico, dolores en distintas áreas del cuerpo, entre otros, que tienen otra explicación más que de un trastorno depresivo. También se ha hallado que la depresión está relacionada con cambios o alteraciones en la inmunidad celular. Algunos datos muestran evidencia que los efectos adversos de la depresión sobre la inmunidad pueden encontrarse mediados por trastornos del sueño que se desarrollan en depresión.

1.1.2.a Depresión según el DSM-5

El DSM-5 presenta los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que pueden atribuir claramente a otra afección médica.

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, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

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. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo),
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas de una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o

considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

1.1.3 Obsesión

Belloch (citado por Rey, 2013), menciona el origen etimológico del término obsesión. Este se deriva del vocablo latino *absessio-onis*, esto significa asedio. Asedio da a entender una lucha y resistencia contra una fuerza exterior que puede resultar en agotamiento y el rendirse al final. De igual manera, Barrios (citado por Rey, 2013), quien define a un estado obsesivo como un fragmento de la conducta que se caracteriza por una repetición excesiva, un contenido anómalo y una resistencia por parte del individuo quien se encuentra afectado. Entonces se puede decir que estos son pensamientos sumamente repetitivos y molestos los cuales generan en el sujeto un grado de malestar lo que lleva a ciertas conductas. A menudo la obsesión rompe y paraliza el flujo cotidiano o lo que se considera normal de un sujeto. El concepto obsesión está fuertemente ligado al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), siendo las obsesiones, junto a las compulsiones, los síntomas principales de este trastorno.

1.1.3.a Obsesión según el DSM-5

A continuación se presenta la definición de obsesión encontrada en el trastorno obsesivo-compulsivo en el DSM-5:

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
- El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

1.1.4 Impulsividad

La impulsividad se considera como el actuar rápido de una manera que no fue premeditada debido a una conciencia deficiente de las consecuencias de las mismas. Son todas aquellas conductas que se definen por la búsqueda del refuerzo positivo, así como la evitación activa de la frustración. En otras palabras, al ser impulsivo no se atiende a todas las opciones disponibles al momento de la toma de decisiones. Se puede definir de esta misma manera, tres mecanismos subyacentes que explican los distintos comportamientos impulsivos: una alta sensibilidad ante las recompensas, el actuar rápido sin una planificación previa y por último, el comportamiento compulsivo en búsqueda del alivio frente a la tensión o el estrés (Squillace, Janeiro, y Schmidt, 2011).

Cuyas y Campanella (2013), explican como la fuerza básica que se conoce como fuerza impulsora o un impulso, también se conoce como compulsión. Esta se canaliza en la conducta del individuo siendo irresistible, especialmente cuando permanece inconsciente. Es un acto no consciente repetitivo para escapar de los miedos.

Orozco, Barratt y Buccello (citados por Squillace, Janeiro & Schmidt, 2011), para hablar de cómo los individuos con alta impulsividad pueden ser analizados en dos niveles, en un nivel conductual y a un nivel social. En el nivel conductual, se puede observar una sensibilidad reducida a consecuencias aversivas que se desencadenaron por sus propios actos, así como una elevada velocidad de reacción que no deja un buen procesamiento de la información, tanto en estímulos externos como en estímulos internos. En el nivel social, se puede llegar a comprender la impulsividad como una conducta la cual es desarrollada en el entorno familiar en que el niño ha aprendido a reaccionar de una manera veloz para obtener lo que desea. Dicha conducta implica distintos riesgos y el sujeto no considera consecuencias para sí mismo ni para otras personas involucradas.

El DSM-5 no ofrece una definición específica de impulsividad, pero realiza una descripción de posibles comportamientos impulsivos en relación con algunas enfermedades mentales, enfocándose en el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad/impulsividad. Otras patologías relacionadas son el juego patológico: las compras compulsivas y las adicciones en general, trastornos alimenticios, conductas hipersexualizadas y promiscuidad, la agresión reactiva y algunos trastornos de la personalidad como la histriónica, limítrofe y antisocial (Sánchez, Giraldo & Quiroz, 2013).

1.1.5 Estrés

Según González (2014), el estrés se puede definir como una situación que desencadena un desequilibrio entre demandas internas/externas, las características personales y los recursos percibidos para hacerle frente a dicha situación. Los seres humanos conviven con el estrés como un estímulo constante, el cual se ha transmitido a posteriores generaciones, por lo que el estrés también se puede entender como un fenómeno con características adaptativas necesarias para la supervivencia. De acuerdo al modelo biopsicosocial, el estrés es un proceso complejo y dinámico que se desencadena por la percepción de una amenaza relevante hacia la integridad de un

individuo, que tiene como objetivo recuperar el equilibrio homeostático perdido y posibilitar el desarrollo de la competencia individual, al igual que mejorar la habilidad para adaptarse al medio.

Ante una misma situación, personas diferentes pueden percibirla como estresante o no, esto depende de las características y recursos personales del individuo, además de los recursos del ambiente de los que disponga a defenderse. Cuando determinados estresores se repiten con una alta frecuencia, puede conllevar a un aumento de estrés por encima del promedio, convirtiéndose entonces en un factor de riesgo para la salud del individuo (Aparicio, 2014).

1.1.5.a Estresores

Se conoce como estresor, al estímulo que provoca una respuesta de estrés. Se pueden considerar dos tipos de estresores para empezar, los psicosociales y los biológicos. Los estresores psicosociales son definidos como la evaluación cognoscitiva que la persona realiza de ellos. Los estresores biológicos son definidos por sus características bioquímicas, estas son capaces de iniciar una respuesta de estrés sin crear alguna actividad cognoscitiva (Campuzano & Martínez, 2014).

Desde un punto de vista psicosocial, los factores estresantes se pueden llamar “suceso vitales”, lo cual significa que son las circunstancias que requieren que un sujeto cambie su rutina diaria. También se puede definir como experiencias objetivas que llegan a ser una amenaza de la actividad habitual de un sujeto y crean un reajuste para el individuo.

Se pueden identificar tres categorías distintas de estresores:

- Sucesos vitales altamente traumáticos: eventos fuera de lo normal, como desastres naturales.
- Sucesos vitales mayores: sucesos relativamente usuales y hasta normativos en el transcurso de vida de un sujeto, no todos son traumáticos, como una promoción

laboral, matrimonio o el nacimiento de un hijo. Otros si pueden ser traumáticos, como la muerte de alguien cercano o sufrir un accidente automovilístico.

- Microeventos o sucesos vitales menores: Estos son problemas de menor gravedad, los cuales ocurren a diario. También se conoce como molestias diarias.
- Estrés ambientales: estos no son juzgados como sucesos vitales, ya que se refieren al contexto sociofísico. Algunos ejemplos serían el tráfico, la contaminación o el ruido. Estos tienen un alto efecto en el funcionamiento fisiológico y psicológico de la persona (Campuzano & Martínez, 2014).

1.1.6 Autoestima

La autoestima es considerada como un punto de partida para el desarrollo del auto concepto o el concepto que cada persona tiene de uno mismo, las creencias que el individuo tiene sobre sus propias características psicológicas, físicas, afectivas, sociales e intelectuales. Esto es una formación importante para el entorno de una persona y como se comporta en él, incluyendo la responsabilidad personal, la salud propia, la creatividad, el aprendizaje y las relaciones humanas. El tener una autoestima baja, afecta a varias dimensiones, ya que la autoestima es esencial para la vida personal, social y profesional. Otro componente que se necesita tener en cuenta es la información que se recibe de otras personas por parte del medio que se les rodea, sobre su rendimiento o resultados, los cuales influyen fuertemente a una persona (Iniesta, Martínez & Mañas, 2014).

Pereira (2011), comenta que la autoestima es desarrollada desde la interacción humana, donde los individuos se consideran de más importancia uno que el otro. El yo va creciendo mediante el éxito, los reconocimientos y pequeños logros. Pereira explica la opinión de la autoestima por Maslow, quién dice que los sujetos que no han desarrollado un alto nivel de autoestima, en realidad nunca llegan a autorrealizarse. Existen dos tipos de autoestima, según Maslow, la propia y la que viene de otros individuos. Los dos tipos de autoestima, se encuentran en su jerarquía de necesidades,

donde se ubica por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las de amor y pertenencia.

Mézerville (citado por Pereira 2011), divide la autoestima por diferentes aspectos interrelacionados, los cuales denomina como el proceso de la autoestima. Dicho proceso contiene dos dimensiones, una dimensión actitudinal inferida integrada y una dimensión conductual observable. La dimensión actitudinal inferida contiene tres componentes, la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y la dimensión conductual se integra por otros tres aspectos: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.

Se manifiesta la versión patológica de una autoestima baja por medio de una actitud de desprecio hacia uno mismo, que se vincula con acciones conscientes e inconscientes de autodestrucción. De tal manera, la persona que se autodesprecia, aun cuando logre distintas metas que en teoría podrían hacer al individuo feliz, renunciara a la felicidad con comportamientos autodestructivos, pues no se siente digno de ser feliz. García (citado por Pereira, 2011), comenta algunas actitudes habituales de una baja autoestima:

- Autocrítica severa y en exceso que mantiene a un individuo sin satisfacción alguna consigo mismo.
- Hipersensibilidad ante la crítica, por lo que siente exageradamente atacado o lastimado; descarga de culpa ante sus fallas a los otros individuos o a las situaciones y cultivando resentimiento contra sus críticos.
- Tendencias defensivas, incompetencia hacia el gozo de vivir y de la vida misma, negativismo generalizado.
- Irritabilidad u hostilidad, al borde de explotar por motivos de poca importancia, todo le disgusta, nada le satisface.
- Culpabilidad neurótica, se culpa y se condena por conductas objetivamente incorrectas. Exagera sus errores o se lamenta en exceso por ellos, nunca se llega a perdonar por completo.

- Autoexigencia y perfeccionismo esclavizador, deseos de hacer perfectamente todo lo que se intenta y se desmorona cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- Una necesidad innecesaria por complacer a los demás, no se atreve a decir que no, tiene pavor a desagradar y perder la buena opinión de otros.
- Indecisión crónica, temor exagerado a equivocarse.

1.2 Problemas alimenticios

Los problemas alimenticios son caracterizados por una perturbación constante alimenticia o relacionada a la conducta alimentaria, la cual resulta en una absorción alterada de la comida y daña a la salud física y/o psicológica. Se encuentran varias enfermedades o desórdenes alimenticios, entre estos están la obesidad y el sobrepeso, además se incluyen aquellos que se encuentran en El DSM-5, el cual contiene criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.1 Índice de Masa Corporal

El índice de masa corporal o IMC, según la OMS (2015), es un indicador que señala la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Fuentes (2012), explica que el IMC de igual manera se le llama Índice de Quetelet, debido a que fue creado por un astrónomo con este nombre, el cual también era estadista belga, naturalista y matemático. Es considerado uno de los métodos más fiables para valorar el estado nutricional de un individuo. Sin embargo, solamente es válido para adultos entre 20 y 60 años. Esto significa que no es posible valorar el estado nutricional de los niños y adolescentes a no ser que se introduzca los valores adecuados para la edad que se desea evaluar.

1.2.2 Sobrepeso y Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (2015), define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación excesiva o fuera de los parámetros normales que pueden ser perjudiciales para la salud del ser humano. El índice de masa corporal es la medida más útil para el sobrepeso y la obesidad, dado a que es la misma para los distintos sexos y para un adulto de cualquier edad. Un índice de masa corporal igual o mayor a 25 determina sobrepeso y un índice de masa corporal igual o mayor a 30 es el que determina la obesidad.

El sobrepeso y la obesidad, son enfermedades consideradas como un factor de riesgo para varias enfermedades crónicas, como cáncer de colon, cáncer de cérvix, cáncer de mama, apnea del sueño, disnea, hiperuricemia, osteoartritis, litiasis vesicular, enfermedad cardiovascular, gota, diabetes, e hipertensión arterial (Rojano, et al., 2014).

En DSM-5, se encuentra el sobrepeso y la obesidad bajo el código E66.9, encontrado bajo codificación de Incumplimiento de tratamiento médico. El incumplimiento de tratamiento médico es una categoría que se debe utilizar cuando el objeto de la atención clínica es la falta de cumplimiento de un aspecto importante del tratamiento de un trastorno mental o de otra afección médica. Los distintos motivos para dicho incumplimiento pueden ser malestar a causa del tratamiento, coste del tratamiento, opiniones personales, creencias religiosas o culturales sobre el tratamiento propuesto, debilidad senil y la presencia de algún trastorno mental. Esta categoría solo se debería utilizar cuando el problema sea lo bastante grave como para necesitar atención clínica, independiente que no cumpla con los criterios diagnósticos de los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.2.a Comorbilidad

A pesar de que existe una considerable comorbilidad entre la obesidad, desórdenes alimenticios y otros desordenes psiquiátricos, los mecanismos debajo de estas asociaciones, todavía deben ser resueltas. Trastorno por atracones y los desórdenes afectivos, son por lo general relacionados con tener un peso corporal elevado. A pesar que la obesidad no es un requisito para el trastorno por atracones, estudios indican que aproximadamente 70% de aquellos que poseen los criterios de trastorno por atracones son obesos. Trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión y ansiedad, han sido asociados con obesidad y el trastorno por atracones. Adicionalmente, se ha encontrado que adultos con un diagnóstico de depresión o ansiedad, se han comprometido de manera significativa a conductas no saludables tales como la inactividad física y a engordar. Además, la investigación demuestra que individuos con obesidad y comorbilidad con trastorno por atracones tienen una tasa mayor de depresión y ansiedad que individuos con obesidad sin trastorno por atracones (Peterson, Latendresse, Bartholome, Warren & Raymond, 2012).

1.2.3 Pica

Escobosa (2012), explica que la pica no es una conducta que es exclusivamente de los seres humanos, ya que ciertos animales consumen sustancias como madera, huesos y tierra para suplir carencias de nutrientes y minerales o como un método purgativo para calmar problemas digestivos. Sumatoriamente, se afirma que se considera como una conducta anormal ingerir sustancias no consideradas comestibles después de los 18 meses de edad. En niños la edad en que se inicia una conducta de pica suele ser entre los 12 y 24 meses de edad. Se debe considerar que la pica adquiere un nombre específico en algunas de las sustancias que se consumen:

- Cenizas y colillas de cigarro: Estactofagia
- Fósforos quemados: Cautopireiofagia
- Hielo: Pagofagia

- Jabón: Saponifagia
- Lana: Jumperfagia
- Madera: Xylofagia
- Material fecal: Coprofagia
- Moco: Mucofagia
- Objetos cortantes: Acufagia
- Papel: Paperofagia
- Pelo: Tricofagia
- Piedras: Litofagia
- Objetos de plástico: Plasticofagia
- Poliéster: Poliesterofagia
- Tierra o arcilla: Geofagia

1.2.3.a Criterios Diagnósticos

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para pica encontrados en la Guía de consultas de los criterios diagnósticos del el DSM-5:

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Nota de codificación: El código de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC) para pica es **307.52** y se utiliza en niños o

adultos. Los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-10-MC) para pica son **(F98.3)** en niños y **(F50.8)** en adultos.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

1.2.3.b Comorbilidad

Los trastornos que tienen comúnmente comorbilidad con la pica son el espectro autista y la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) y en un nivel más bajo, la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo. La pica puede ser asociada con la tricotilomanía (trastorno que consiste en arrancarse compulsivamente el pelo) y la escoriación (o dermatilomanía, esta consiste en una destrucción repetitiva de la piel al pellizcar, rasguñar o arrancar la piel). En presentaciones comorbidas, el pelo o la piel por lo general son ingeridas o consumidas. La pica también puede estar asociada al trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, particularmente en individuos con un componente sensorial fuerte a su presentación. Cuando un individuo se le ha diagnosticado pica, su examinación debería de incluir consideración de posibles complicaciones gastrointestinales, envenenamiento, infecciones y deficiencia nutricional (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.4 Trastorno de Rumiación

El trastorno de rumiación es definido por Morís y Accarino (2013), como una regurgitación de comida recientemente ingerida sin mayor esfuerzo, para que subsiguientemente se realiza una remasticación, redeglución o expulsión. Anteriormente era un trastorno diagnosticado solamente en pacientes con discapacidades mentales y niños. Hoy en día está reconocido en pacientes de todas las edades y de cualquier situación cognitiva que estos tengan. Sin embargo, este trastorno muchas veces pasa desapercibido en adultos ya que se diagnóstica erróneamente como vómitos secundarios a reflujo gastroesofágico o gastroparesia.

La rumiación consiste en un regurgitación repetitiva de contenido gástrico que comienza unos minutos tras iniciar la ingesta. Los episodios duran por lo general de 1 a 2 horas. La regurgitación se compone en comida que es parcialmente reconocible y muchas veces se da un gusto agradable. Esta se produce sin mayor esfuerzo y le precede un sentimiento de distensión casi de manera inmediata antes de regurgitar y puede ser precedente de una contracción en el recto de forma voluntaria. Por lo general no existe náusea antes de una de una regurgitación.

1.2.4.a Criterios Diagnósticos

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para trastorno de rumiación encontrados en el DSM-5:

F98.21 Rumiación

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

1.2.4.b Comorbilidad

La regurgitación asociada con la rumiación puede ocurrir en el contexto de una condición médica concurrente u otro trastorno mental (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada). Cuando la regurgitación ocurre en este contexto, el diagnóstico de trastorno de rumiación es apropiado solamente cuando la severidad de la perturbación excede la asociación rutinaria con dichas condiciones o desordenes y se necesite atención clínica adicional (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.5 Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

El trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos es un nuevo diagnóstico en la sección de trastornos alimenticios en el DSM-5. En un reciente estudio en el “Canadian Pediatric Surveillance Program” pediatras retrospectivamente reportaron haber visto 339 casos del trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos en el último año. Ya que el diagnóstico es nuevo, muchos médicos no está familiarizados con este trastorno y con su criterio de diagnóstico que lo define (Katzman, Stevens, Norris, 2014).

1.2.5.a Criterios Diagnósticos

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos encontrados en el DSM-5:

F50.8 Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingestión de Alimentos

- A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las

adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos vía oral.
 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

1.2.5.b Comorbilidad

Los trastornos más comunes observados en comorbilidad con el trastorno de evitación/restricción en la ingesta alimenticia son trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo y trastornos neurocognitivos (específicamente el trastorno del espectro autista, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y la discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual]) (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.6 Anorexia Nerviosa

La palabra anorexia tiene como significado sin apetito, pero conservando el hambre. Esta viene del griego: an: sin, orexis: apetito. Entonces se miran individuos que no logran integrar los requerimientos que sienten que su cuerpo debería de tener y muchas veces a causa de conflictos emocionales, empiezan a sentir un miedo a engordar, se perciben de una manera distorsionada, por lo que deciden disminuir o restringir la ingesta de alimentos y aumentan la actividad física notablemente. Los resultados de la anorexia suelen ser crónicos y consisten un peso bajo al esperado que afecta a la salud física y mental del individuo (Rovira & Chandler, 2011).

1.2.6.a Criterios Diagnósticos

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa encontrados en el DSM-5:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con la relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior o mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al peso esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que un mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es **307.1**, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso o a engordar) o en Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizan los percentiles del IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

1.2.6.b Comorbilidad

El trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo y trastornos de ansiedad comúnmente co-ocurren con anorexia nerviosa. Muchos individuos con anorexia nerviosa reportan la presencia de, ya sea un trastorno de ansiedad o síntomas antes de que se comience con el trastorno alimentario. El trastorno obsesivo compulsivo es descrito por algunos individuos con anorexia nerviosa, especialmente aquellos diagnosticados con el tipo restrictivo. El uso de alcohol y uso de sustancias pueden también estar en comorbilidad con anorexia nerviosa, especialmente aquellos diagnosticados con el tipo por atracones/purgas (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.7 Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa suele caracterizarse por la aparición de episodios de atracones o de descontrol alimentario, los cuales llevan al individuo a efectuar lo que sería una ingesta de grandes cantidades de comida en poco tiempo. Debido a factores psicológicos, se realizan medidas encaminadas con el intento de neutralizar los efectos de la ingesta de comida o atracones, entre estos intentos se encuentra la inducción de vómito, ejercicio intenso, dietas extremas y la utilización de laxantes o diuréticos de una manera inapropiada. Este comportamiento persiste y puede llevarse a cabo hasta 14 veces o más durante la semana y para ser diagnosticado se debe llevar a cabo durante tres meses por lo menos una vez por semana (López, 2012).

1.2.7.a Criterios Diagnósticos

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para bulimia nerviosa encontrados en el DSM-5:

F50.2 Bulimia Nerviosa

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

1.2.7.b Comorbilidad

Comorbilidad con trastornos mentales es común en individuos con bulimia nerviosa, algunos experimentan por lo menos un trastorno mental y muchos experimentan múltiples comorbilidades. La comorbilidad no es limitada a ningún subconjunto sino más bien ocurre a través de una gran gama de trastornos mentales. Existe una frecuencia incrementada de síntomas depresivos (p. ej., baja autoestima), trastorno afectivo bipolar y trastorno depresivo (particularmente los trastornos depresivos) en individuos con bulimia nerviosa. En muchos individuos, la perturbación afectiva comienza al mismo tiempo o seguido del desarrollo de la bulimia nerviosa y los individuos a menudo atribuyen sus perturbaciones afectivas a la bulimia. Sin embargo, en algunos, la perturbación afectiva claramente precede al desarrollo de la bulimia nerviosa. Puede ser que también exista una frecuencia incrementada en síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a situaciones sociales) o trastornos de ansiedad. Estas perturbaciones afectivas y ansiosas con frecuencia remiten luego de un tratamiento efectivo de bulimia nerviosa. La prevalencia de una vida con uso de sustancia, particularmente alcohol o otros estimulantes, es por lo menos de un 30% entre individuos con bulimia nerviosa. Uso de estimulantes por lo general empieza en el intento de control sobre el apetito y el peso. Un porcentaje substancial en individuos con bulimia nerviosa también tienen rasgos de personalidad que coinciden con el criterio de uno o más trastornos de personalidad, el más frecuente siendo el trastorno de personalidad límite (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.8 Trastorno por atracones

El trastorno por atracones se define por episodios donde recurren los atracones y no existe alguna conducta compensatoria como en la bulimia en donde existe el vómito. Un atracón se caracteriza por las grandes cantidades de comida que se ingiere en un periodo discreto y que se acompaña de la sensación de pérdida de control sobre el consumo o la ingesta de alimentos. Estos episodios deberían de ser asociados con tres o más de los síntomas que se indican en los criterios diagnósticos, entre estos están: comer más rápido de lo habitual, comer hasta sentirse demasiado lleno, continuar comiendo a pesar de no tener hambre, comer a solas por sentir vergüenza de lo que se come, sentir disgusto con uno mismo, culpabilidad o depresión después de los atracones y un marcado malestar por la conducta (Benjet, Méndez, Borges y Medina-Mora, 2012).

1.2.8.a Criterios Diagnósticos

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para trastorno por atracones encontrados en el DSM-5:

F50.8 Trastorno por Atracones

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio por atracón se caracteriza por los hechos siguientes.
 - 1. Ingestión en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios por atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

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.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

1.2.8.b Comorbilidad

El trastorno por atracón está asociado con una comorbilidad psiquiátrica significativa la cual es comparable a aquella de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Los trastornos más comúnmente en comorbilidad son el trastorno afectivo bipolar, trastornos de depresión, trastornos de ansiedad y en un nivel más bajo, trastornos de uso de sustancias (American Psychiatric Association, 2013).

1.3 Como Influyen los Factores Psicológicos

1.3.1 Ingesta emocional

Ingesta emocional para Blackman y Kvaska (2011), significa comer por razones ajenas al tener hambre, esto quiere decir que al contrario de ingerir alimentos por síntomas físicos, es la emoción la que lo dispara. Naturalmente, la comida y las emociones están relacionadas. Desde el nacimiento, se asocia la comida con el placer y el afecto que se recibe. Una variedad de teorías psicológicas que hacen referencia a la ingesta emocional han sido desarrolladas por medio de los años. Una teoría presenta que la ingesta emocional es un reflejo del fracaso al intentar cubrir las necesidades básicas de la vida. Sumatoriamente, estos estudios aciertan que cuando un individuo percibe en la vida situaciones estresantes, utiliza recursos internos y externos para disminuir el estrés; sin embargo, al no conseguirlo, llega a consumir comida como un recurso adicional para complementar el déficit. También existe una teoría relacionada con el escape mental, los autores proponen que se come para lograr escapar de uno mismo. Estos autores crean una hipótesis la cual dice que cualquier angustia que amenaza a la autoimagen actúa como un instigador a desinhibirse. Al no sentirse inhibido, un individuo es motivado a escaparse de sus pensamientos desagradables de sí mismos y redirige su atención a señales de comida en el ambiente, lo cual es aversivo cuando se encuentra información negativa de sí mismo. Todos los estudios conducidos al área de la ingesta emocional parecen unánimemente concluir que la ingesta emocional falla en producir cualquier beneficio psicológico verdadero y

duradero; incluso, mientras se incrementa esta acción o se repita, probablemente lleve a fomentar una disforia (Blackman & Kvaska, 2011).

Los autores del Libro “La etiología de la Bulimia Nerviosa”, Crowther, Tennenbaum, Stevan y Parris (2013), mencionan de igual forma teorías sobre desinhibirse al comer. Según Herman y Polivy (citados por Stevan & Parris, 2013), mencionan que originalmente se propuso que la angustia interfiere con el control cognitivo del consumo de la comida, esto dado a que hay solo una cierta cantidad de lo que una persona se puede preocupar en un tiempo a la vez. Cuando otras angustias se convierten en la preocupación principal, hacer una dieta es relegada a una importancia secundaria y la preocupación del comer restringidamente es liberada. Actualmente, existe muy poca evidencia de una explicación completa sobre esta teoría, además no se explica porque solo en ciertas circunstancias ocurre el desinhibirse al comer.

1.3.2 Pica

La explicación de Young (2013), de la pica es que es el resultado de una gama de angustia mental, desde calamidades menores a una psicosis. Se ha sugerido que una de las funciones de la pica es una conducta calmante para la ansiedad asociado con memorias de la infancia. Pica es ocasionalmente una característica en otros trastornos mentales, incluyendo el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno del espectro autismo, esquizofrenia y discapacidades intelectuales.

Escobosa (2012), menciona que abordando disparadores psicológicos de la pica, distintos autores afirman que esta puede ser exacerbada por ansiedad y/o depresión, al igual parece estar relacionada a trastornos de la conducta, abuso y negligencia de parte de los padres en el caso de los niños. En el ámbito psiquiátrico, coincide que puede ser causada a partir del espectro autista, esquizofrenia y discapacidades intelectuales. El autor menciona que en el sentido psiquiátrico también puede ser una respuesta frente a la ansiedad del producto de estos trastornos.

Cuando se decide abordar comorbilidad de trastorno de pica con síntomas de ansiedad, se observa que la conducta generada por la pica da un apetito persistente hacia ciertas sustancias que pueden ser no nutritivas, estas permiten al individuo experimentar una sensación de alivio frente a las circunstancias que le generan ansiedad. Esto puede suceder dado a que la sensación de tener algo en la boca por lo general suele calmar la tensión y esto permite que la ansiedad se descargue (Escobosa, 2012).

1.3.3 Rumiación

Morís y Accarino (2013), comentan que se han encontrado que eventos estresantes o que causen excesiva ansiedad pueden desencadenar el inicio de los síntomas. Sin embargo, la rumiación ocurre en la mayor parte de los casos en ausencia de estos factores predisponentes.

Al igual se ha descrito una relación entre la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones. Cabe recordar que una diferencia esencial entre los individuos con rumiación y con bulimia y aquellos que solamente son diagnosticados con rumiación, es que en la bulimia se tiende a expulsar el contenido que fue regurgitado en vez de volverlo a tragar y varios de ellos cuando se auto inducen el vómito es mediante a una estimulación digital a la hipo faringe (Morís & Accarino, 2013).

1.3.4 Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

Según Fisher, et al. (2014), pacientes con el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos tienen más probabilidad de tener una condición o síntomas médicos que pacientes con anorexia o bulimia. De la misma manera, es más probable que los individuos con este trastorno posean un trastorno de ansiedad que pacientes con anorexia o bulimia, sin embargo, se disminuyen las probabilidades de que tengan un diagnóstico de depresión.

1.3.5 Obesidad

1.3.5.a Aspectos Psicológicos

Para Lopera y Restrepo, (2015), la impulsividad o la compulsión se han convertido en uno de los más fuertes predictores del sobrepeso. Para lograr mantener un peso saludable se necesita seguir una dieta balanceada y actividad física constante, lo cual implica moderación y compromiso, esto es algo sumamente difícil para los individuos altamente compulsivos. Otro factor importante en la etiología de la obesidad es la ansiedad. Una situación de estrés agudo inhibe el apetito, sin embargo, si ese estado se mantiene hasta convertirse en un estado ansioso crónico, las glándulas adrenales liberan la hormona llamada cortisol, la cual incrementa el apetito en particular hacia los alimentos altos en azúcar o grasa, puede ser ambos y aparentemente se inhibe la reacción del sistema límbico. De igual manera, no solamente la sobre-ingesta es la que contribuye a ganar peso, también se pierde el sueño, disminuye el ejercicio y aumenta la ingesta de alcohol.

La antes mencionada ingesta emocional, es considerada por Lopera y Restrepo (2015), como otro factor etiológico, el cual se suele caracterizar por el que un individuo come como una manera de atenuar emociones negativas tales como aburrimiento, ira y miedo. Finalmente, se encuentra la depresión, dado a que la obesidad es un desorden que genera ridiculización y condena a estos mismos individuos. Durante la niñez y la adolescencia, la actitud social negativa hacia gente con sobrepeso u obesidad, genera baja autoestima, así como una depresión reactiva. Las estadísticas parecen indicar que un diagnóstico previo de depresión mayor incrementa la probabilidad de sobrepeso u obesidad.

Individuos con sobrepeso han sido víctimas de burlas desde su niñez, son discriminados por sus compañeros, empleadores o incluso por doctores, además de que a lo largo de su vida experimentan el nunca estar satisfechos con su cuerpo. Es entonces que precisa la asociación que tiene la actividad física con el peso corporal y la depresión es de suma importancia, con la meta de conocer no solo los efectos físicos

sino también los que se encuentran relacionados con los aspectos psicológicos (Rojano, et al., 2014).

1.3.5.b Personalidad

Los rasgos de personalidad contribuyen a como uno resulta en su salud, tal como en la obesidad. El peso corporal refleja la conducta y el estilo de vida y contribuye a la autopercepción. Los autores Sutin, Ferrucci, Zonderma y Terracciano (2011), describen que existen asociaciones entre rasgos de personalidad y múltiples medidas de adiposidad, con fluctuaciones del índice de masa corporal. Entre los rasgos de personalidad se pueden encontrar neuroticismo, extroversión y baja conciencia, personas con estos rasgos suelen tener un índice de masa corporal más alto. La asociación más fuerte usualmente es la compulsión o impulsividad: Longitudinalmente, alto neuroticismo y baja conciencia, y las facetas encontrados en estos rasgos se relacionan a una dificultad con el control de impulsos, y son asociados con fluctuaciones de peso. Finalmente, rasgos asociados con la compulsión y rasgos relacionados predicen un crecimiento en el índice de masa corporal a través de la vida adulta. El índice de masa corporal no se relaciona por la mayor parte a cambios en los rasgos de personalidad. Los rasgos de personalidad son definidos por patrones cognitivos, emocionales y conductuales, los cuales probablemente contribuyeron a un peso no saludable y a dificultades con el control de peso.

1.3.5.c.a Asociaciones con síntomas depresivos, autoeficacia, estilos alimenticios, ejercicio e índice de masa corporal

La carga alimenticia y la carga económica según Clum, Rice, Broussard, Johnson y Webber (2014) han sido asociadas con depresión y obesidad convirtiéndolas en un tema de suma importancia en la salud pública. Ambas, la depresión y la obesidad son relacionadas con deterioro funcional y una salud deficiente a largo plazo. Se han encontrado en estudios longitudinales previos que existe una asociación significativa entre la depresión y la obesidad, siendo la depresión con un riesgo de 58% de aumento

en obesidad. Factores conductuales tales como comer y ejercitarse exhortan un fuerte influencia en el índice de masa corporal. Factores psicológicos también han sido una de las influencias más importantes en conducta alimenticia, principalmente en los problemas alimenticios. Síntomas asociados con depresión tienen enlaces con estas conductas vía los síntomas mismos. Por ejemplo, síntomas de depresión incluyen incremento o disminución del apetito. La depresión incluye asociaciones con un incremento de consumo de dulces y comida rápida, al igual que disminución de frutas y vegetales. La ingesta emocional es comer en respuesta a la emoción negativa. Es posible que un consumo mayor de energía densa y comida dulce puede ser el resultado de regular el afecto negativo relacionado con depresión.

Adicionalmente, relacionado a la ingesta emocional, Clum, et al. (2014), comentan que algunas investigaciones han estado concentradas en el concepto de la restricción dietética como un factor psicológico importante en el sobrepeso y la obesidad. Dichas investigaciones sugieren que la restricción cognitiva tiene asociaciones complicadas con la conducta alimenticia dependiendo de una amplia gama de factores tales como la medición de la construcción de la restricción dietética y ya sea si uno tiene sobrepeso o un peso normal. Investigaciones de auto regulación han demostrado que la impulsividad, en particular, urgencia negativa o la probabilidad de actuar temerariamente en angustia, está asociado con un anfitrión de conductas no saludables riesgosas, incluyendo comer en exceso, atracones y consumo de alcohol. Restricción cognitiva ha demostrado estar relacionado con pérdida de peso exitosa y lograr mantener el peso deseado y síntomas positivos pueden impactar la restricción cognitiva, sugiriendo su relevancia para investigaciones en depresión y sobrepeso/obesidad.

De igual manera, Clum, et al. (2014), hablan que en la actualidad, se ha empezado a relacionar la actividad física con el bienestar psicológico del ser humano y con aspectos como descensos en niveles de ansiedad y depresión, estados emocionales, reducción de ansiedad y calidad de vida. Los estilos de vida y el

comportamiento son una de las determinantes más importantes de riesgo de la enfermedad crónica.

Actividad física es otro componente importante en el mantenimiento del peso y en el sobrepeso y la obesidad, y dicha actividad física es disminuida en personas con depresión. La depresión está directamente asociada con una conducta sedentaria incrementada y una actividad física disminuida. A la inversa, una literatura floreciente ha demostrado que el ejercicio es una intervención efectiva para reducir y prevenir síntomas depresivos. El fracaso en comprometerse en un ejercicio regular puede ser una influencia importante en el sobrepeso y la obesidad identificada en personas con depresión (Clum, et al., 2014).

1.3.6 Sobrepeso

Blackman y Kvaska (2011), han encontrado que la opción número uno en cuanto a preferencia alimenticia está relacionada a la variedad de estados de ánimo, como individuos que prefieren comida chatarra o comida que no tiene valor nutricional cuando experimentan estados de ánimo negativos. Del otro lado, cuando individuos experimentan estados de humor positivos, revelan una preferencia por comida saludable. Los autores comentan que la comida placentera o “comfort food” es la comida que una persona consume para obtener o mantener un sentimiento. La comida placentera es normalmente asociada con humores negativos; la gente que come esta comida cuando se llega a sentir triste. Sin embargo, la comida placentera también es consumida para mantener humores positivos o placenteros. Es normal para la mayoría de personas comer a veces por razones emocionales. Es en el momento que el comer se convierte en la principal estrategia que la persona usa para manejar sus emociones, que este comportamiento se vuelve disfuncional. Uno de los problemas que pueden ocurrir por comer cuando uno no tiene hambre es ganancia de peso. Ya que el cuerpo no necesita las calorías, las calorías extra se almacenan como grasa; exceso de grasa guardada es una de las causas del sobrepeso.

Alimentar a los sentimientos de uno relacionados con ansiedad con comida es otro tipo de asociación alimenticia. Blackman y Kvaska (2011), indican que el comer asociado con ansiedad es más prevalente en aquellos que se encuentran con sobrepeso pero la dirección de la asociación no es totalmente clara. La observación sugiere que la ganancia de peso por la ingesta emocional puede exacerbar estados de humor negativos, los cuales luego se disparan en un ciclo vicioso en donde siguen comiendo emocionalmente y siguen ganando peso. Se encuentra que individuos con sobrepeso se les incrementa la necesidad de comer en respuesta a emociones negativas y situaciones comparadas a individuos con un peso normal. Interesantemente, la respuesta natural instintiva durante el estrés es el disminuir el consumo de comida, el cual refleja la activación del sistema nervioso simpático.

1.3.7 Trastorno por atracones

Gearhardt, et al. (2011), hablan sobre el consumo excesivo de comida y su relación con la obesidad y el comer por atracones representa una preocupación actual, en el ámbito clínico y público. Una revisión literaria ha encontrado un número de similitudes uniendo al excesivo consumo de comida con la adicción. En humanos, la obesidad y la dependencia de sustancias han sido relacionadas a similares respuestas neuronales, la comida y necesidad sobre las drogas también han sido asociadas con patrones similares a la activación neuronal de dopamina. Finalmente, muchos indicadores conductuales de adicción parecen ser comunes en la problemática en la conducta alimenticia, tales como pérdida de control, uso continuo a pesar de las consecuencias negativas y la inhabilidad de disminuir su uso problemático.

El concepto de “adicción de comida” representa un conflicto controversial, por varias razones incluyendo el simple hecho de que las drogas, a diferencia de la comida, no son necesarias para sobrevivir. Esta controversia es ejemplificada por la falta de una definición aceptable de la adicción de comida, a pesar de muchas definiciones aceptadas en procesos de desórdenes alimenticios en literaturas clínicas y varios estudios

El trastorno por atracones es caracterizado por atracones recurrentes sin ninguna conducta compensatoria sobre el control del peso, tal como purgar. Se demostraron características asociadas con el trastorno de atracones, tales como una pérdida periódica de control sobre el consumo de alimentos; el comer por depresión o aburrición; el sentirse asqueado, deprimido o culpable después del atracón; comer hasta sentirse físicamente incomodo dado a la cantidad de comida consumida, parecen ser características similares asociadas con la dependencia de sustancias.

En una población clínica en pacientes obesos con una alimentación desordenada y en una examinación de la asociación entre el concepto de adicción a la comida y la patología específica y psicopatología asociada; se ha considerado signos y síntomas patológicos, tales como afecto negativo, dificultades en regulación emocional y autoestima, los cuales se han implicado clínica y empíricamente en problemas de uso de sustancia al igual que problemas alimenticios y problemas de peso (Gearhardt, et al., 2011).

1.3.8 Anorexia Nerviosa

El concepto de perfeccionismo para Halmi, et al. (2000), que parece ser el más apto para aquellos con anorexia nerviosa, es una definición unidimensional de perfeccionismo, es la creencia de que el estado perfecto existe y uno debería de tratar de obtenerlo. Hace un siglo, Louis-Victor Marcé, comentó del rechazo obstinado hacia la comida de parte de las personas con anorexia nervosa. Una década más tarde, en cuanto se dio cuenta de la enfermedad, el médico francés Charles Lasegué realizó referencias a una demanda incesante aparente a los más altos estándares posibles sobre la conducta y la aprobación externa desde que se encontró en estudios psicométricos una gran inflexibilidad, restricción y perfeccionismo en las personalidades de individuos con anorexia nerviosa en comparación a sujetos sanos. El presente estudio examinó los aspectos multidimensionales del perfeccionismo en una cohorte de miembros de familia afectada por presencia de anorexia nerviosa. Estos relativos

afectos en pares fueron reclutados para participar en un análisis de genoma multinacional de desórdenes alimenticios, dicha meta era lograr plasmar en un mapa la influencia de la susceptibilidad hacia la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa y lograr identificar fenotipos conductuales con genes hereditarios en estos síndromes. La data del perfeccionismo se obtuvo de un total de 322 mujeres con historial de anorexia nerviosa, además se obtuvo resultados de data con conducta obsesiva y conductas alimenticias patológicas (Halmi, et al., 2000).

1.3.9 Bulimia Nerviosa

1.3.9.a El modelo espiral

De acuerdo a Crowther, Tennenbaum, Stevan y Parris (2013), una percepción sin desviación de lo ideal produce un individuo sin restricción alimenticia. Sin embargo, muchos adolescentes, ya sea con sobrepeso o sin él, no están satisfechos con sus cuerpos y intentan una dieta. Adolescentes con baja autoestima pueden ser especialmente vulnerables a la influencia de sus compañeros y entonces se convierten susceptibles a conllevar una dieta a diferencia de sus compañeros con alta autoestima. Si un primerizo en una dieta es exitoso, es más probable que resuma un estilo de comer sin restricciones. Pero, una dieta raramente resulta en una significativa pérdida de peso y muchos individuos que empiezan dieta experimentaran fracaso.

Un fracaso inicial al realizar un esfuerzo en una dieta fuerza a los individuos a reconsiderar la viabilidad de su decisión y algunos se rinden al intento de perder peso. Desafortunadamente, algunos otros individuos le atribuirán el fracaso a sus déficits internos e incrementarán sus esfuerzos a convertirse en exitosos. La dieta toma una cuota psicológica y fisiológica en aquellos que restringen su ingreso de alimentos. Un estrés orgánico y una emocionalidad alta llevan a un fracaso más probable sobre la dieta. De la misma forma, un incremento eficaz en una respuesta metabólica hace que la pérdida de peso tenga una mayor dificultad en lograrse al igual que en mantenerse. Entonces, la mayoría de gente fracasa en lograr o mantener un peso bajo.

Conforme el tiempo pasa, fracasos sobre las dietas sucesivos llevan a una menor autoestima y un incremento en el afecto negativo. Por otra parte, un aumento en la dependencia sobre guías cognitivas dietéticas convierte a la persona más vulnerable a las señales sobre comida. Cuando el individuo empieza este ciclo de dieta y comer en exceso, entra a una dieta espiral en donde cada fracaso incrementa la necesidad de adicionar disciplina sobre la dieta pero reduce la posibilidad de éxito en el futuro. Eso es, afecto negativo y baja autoestima crea un fracaso en la dieta más probable y cada fracaso aumenta un afecto negativo y disminuye la autoestima. Mientras más profunda sea la dieta espiral, es más viable que los individuos experimenten disforia y cada vez una menor autoestima debido a su fracaso. Entonces, la dieta produce un efecto psicológico el cual fuerza al individuo a abordar esfuerzos extremos con el objetivo de perder peso, tales como incrementar la restricción, aumentar el ejercicio o empezar de cierta forma de regurgitar o vomitar (Crowther, et al., 2013).

1.3.9.b El camino a la bulimia

El modelo espiral de Crowther, et al. (2013), propone un camino casual liderando de una dieta restringida a bulimia nerviosa. De acuerdo a este modelo, individuos que conllevan una dieta crónica entran a una espiral en donde la autoestima es maltratado con cada fracaso dietético, llevando a disforia y otros afectos negativos. Conforme pasa el tiempo, la autoestima se daña cada vez más, el afecto negativo, la inadaptación se arraigan y problemas clínicos alimenticios pueden surgir.

Crowther, et al. (2013), explica que esto no quiere decir que personas con bulimia o anorexia simplemente son individuos sumamente restringidos, tampoco se está discutiendo un continuum entre la dieta y los trastornos alimenticios. Existen muchas diferencias importantes entre la bulimia y el comer restringidamente, las diferencias esenciales entre quienes tienen genuinamente problemas alimenticios y gente que simplemente realiza una dieta, parecen estar relacionados a los niveles de psicopatología los cuales son independientes de la ingesta de alimentos. Esto es, la bulimia exhiben un número de déficits psicológicos que los demás no poseen, tales

como desordenes afectivos, niveles incrementados de desconfianza interpersonal y la presencia del déficit de ego.

Sin embargo, según Crowther, et al. (2013), un número de similitudes entre gente que lleva una dieta e individuos con desordenes alimenticios, no deben de verse ignorados. Tanto los dietistas como gente con bulimia experimentan una baja autoestima y un afecto negativo y ambos abordan atracones aparentes. De acuerdo a la estricta interpretación del modelo espiral, individuos con bulimia se han convertido de esta manera ya que se encuentran en el nivel más bajo de la espiral. La espiral es primordialmente una espiral afectiva y puede estar no relacionada al comer en si. Entonces, el modelo predice una psicopatología incrementada mientras más tiempo se mantenga en la espiral. Esto explica de cierta forma porque la bulimia tiene comorbilidad con desórdenes afectivos y por qué dichos desordenes son más severos entre gente con bulimia que entre otros con distintos problemas alimenticios y otros que hacen dieta.

El camino desde restricción hacia anorexia nerviosa es menos clara. Para estos individuos, los atracones son raros, por lo que el atracón no es el fracaso en la dieta. Mejor explicado, es la inhabilidad de realizar metas extremas lo que ven como un fracaso. La persona anoréxica que pesa 80 libras parece verse a si mismo como un perdedor, ya que lo que en realidad quiere es perder una 10 libras adicionales pero no lo logra realizar. Además, los individuos con anorexia pueden bajar en la espiral sin tener que comer en exceso. Ellos también se deprimen, tienen una baja autoestima y son propensos a cogniciones irracionales, pero no experimentan los mismos fracasos que las personas con bulimia. Aunque parecen haber logrado sus objetivos según los observadores, todavía se sienten como si hubieran fracasado (Crowther, et al., 2013).

1.3.10 Anorexia y Bulimia

Estudios clínicos y epidemiológicos de Kaye, Bulik, Thornton, Babarich, Masters y The Price Foundation Collaborative Group (2004), han demostrado consistentemente

que la mayoría de individuos con anorexia nerviosa o bulimia experimentan uno o más trastornos de ansiedad. Estudios realizados con entrevistadores entrenados e instrumentos estandarizados para diagnosticar en poblaciones clínicas han encontrado que el trastorno obsesivo compulsivo, fobia social y fobia específica son los trastornos de ansiedad más comunes en personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Otros trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático y ansiedad generalizada, son menos comunes.

Los autores, Kaye, et al. (2004), hablan sobre un estudio en donde usaron sujetos que fueran gemelos, e identificaron factores genéticos comunes que influyen en la ansiedad, depresión y síntomas de desórdenes alimenticios. Este patrón probablemente solo refleja el curso natural de estos dos desórdenes alimenticios, pero también indican que la ansiedad infantil representa un camino genéticamente importante hacia el desarrollo de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

A pesar de esta data enriquecedora, muchas preguntas respecto hacia la naturaleza de la relación de comorbilidad entre los desórdenes alimenticios y los trastornos de ansiedad se mantienen sin respuesta alguna. La mayoría de los estudios clínicos han investigado grupos relativamente pequeños con sujetos que poseen trastornos alimenticios y han decaído, data estadística suficiente para poder caracterizar los patrones de comorbilidad sobre los trastornos de ansiedad menos comunes. Adicionalmente, pocos estudios han sido lo suficientemente largos para subcategorizar a los sujetos con desórdenes alimenticios y delimitar grupos con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o ambos (Kaye, et al., 2004).

1.4 Licenciatura en Nutrición en Guatemala

La situación alimentaria y nutricional de Guatemala, según la Universidad del Valle de Guatemala (2015), se ha ido deteriorando dado a que varios factores influyen en el estado nutricional de la población guatemalteca. En la actualidad se vive una etapa de transición epidemiológica donde un mismo grupo familiar se puede observar

niños desnutridos y adultos con obesidad. Para poder modificar esta situación, es importante que se creen profesionales que tengan una amplia visión que se encuentre apoyada en conocimientos teóricos y prácticos en los distintos campos de acción que tiene un nutricionista.

Para la Universidad Francisco Marroquín (2015), la nutrición es una rama de las ciencias de la salud, en donde el enfoque principal es el estudio de los alimentos y el impacto que estos tienen en el ser humano, ya sea sano o enfermo. Por lo que la Nutrición Clínica tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas a través de tratamientos dietotérapéuticos (tratamientos con alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales) y educación alimentaria nutricional. Por lo que una licenciatura en nutrición tiene como objetivo crear una formación integral a los estudiantes, donde estos sean aptos para diagnosticar, interpretar estudios y dar tratamientos nutricionales, buscando el bienestar del paciente.

En la Universidad Rafael Landívar (2015), se explica cual es el campo de trabajo para un licenciado en nutrición. Este desarrolla acciones en las áreas asistencial, administrativas, educativas y de investigación a través de su trabajo en:

- Empresas industriales en alimentos, productos farmacéuticos nutricionales.
- Organismos de cooperación internacional, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
- Clínicas privadas, hospitales privados y públicos a través de la elaboración del plan del plan de atención nutricional para individuos sanos o enfermos.
- Gimnasios o clínicas estéticas, asesorías nutricionales, administración de servicios de alimentación y nutrición.
- Proyectos en el campo de la nutrición pública y seguridad alimentaria.

La Universidad del Valle de Guatemala (2015), explica que un licenciado en nutrición tiene diferentes caminos en especializaciones, posgrados o maestrías en áreas como: seguridad alimentaria y nutricional, educación y comunicación, nutrición y

metabolismo, investigación en nutrición, dietoterapia, análisis sensorial de alimentos, gerencia de servicios de alimentación, tecnología en alimentos, entre otros.

1.4.1 Psicología en Nutrición

Los nutricionistas, como expertos en Nutrición Clínica, deben enfocarse en la evaluación integral del paciente. Esto significa que deben conocer más allá de la problemática nutricional y comprender el estilo de vida del paciente, incluyendo sus rutinas, sus hábitos y sus emociones. Esta empatía crea un tratamiento nutricional personalizado, apoyado por el contexto de vida de cada persona (Universidad Francisco Marroquín, 2015).

Por lo que la psicología es esencial para estos profesionales y debe incluirse en su pensum de estudios. En cada universidad se dan cursos de psicología, tal y como puede observarse en la siguiente tabla:

Universidad	Curso	Ciclo	Año
Universidad Rafael Landívar	Psicología y Nutrición	Segundo Ciclo	Primer año de estudios
Universidad Francisco Marroquín	Psicología Aplicada	Primer Ciclo	Primer año de estudios
	Psicología Industrial	Segundo Ciclo	Primer año de estudios
Universidad San Carlos de Guatemala	Psicología I	Primer Ciclo	Segundo año de estudios
	Psicología II	Segundo Ciclo	Segundo año de estudios
Universidad Mariano Gálvez	Salud Mental y Nutrición	Primer Ciclo	Primer año de estudios
Universidad del Valle de Guatemala	Curso Electivo de Psicología	Segundo Ciclo	Cuarto año de estudios

1.4.2 Perfil de Egresado

Para la Universidad Rafael Landívar (2015), una licenciatura en nutrición debe formar a los profesionales con calidad humana y académica, para lograr desempeñarse

todas las áreas: nutrición clínica asistencial, desarrollo de proyectos de nutrición pública y seguridad alimentaria, gerencia de servicios en nutrición y alimentación e industria alimentaria.

Esta formación permite a un egresado de la carrera, varios campos de acción. Un egresado de la licenciatura en nutrición en Guatemala es capaz de:

- Área de nutrición clínica:
 - Elevar la calidad de atención en los servicios hospitalarios de nutrición clínica.
 - Diagnosticar y monitorear el estado nutricional de los pacientes a nivel clínico y hospitalario.
 - Prescribir, manejar y monitorear la elaboración de fórmulas y alimentos a nivel hospitalario.
 - Brindar atención nutricional integral a pacientes y poblaciones sanas o enfermas.
 - Prescribir, manejar y monitorear el soporte nutricional oral, enteral y parental.
 - Planificar, implementar y evaluar tratamientos dietoterapéuticos según las diversas patologías.

- Área de nutrición pública y seguridad alimentaria:
 - Coordinar los programas de suplementación con micronutrientes y alimentación complementaria.
 - Promover estilos de vida saludables través de distintas intervenciones grupales o individuales.
 - Monitorear el crecimiento físico en niños menores de cinco años.
 - Diseñar, implementar y evaluar programas de seguridad alimentaria y nutricional.
 - Diagnosticar y evaluar el estado nutricional de grupos de población.
 - Promover la producción de alimentos de consumo básico, alimentos nativos y el procesamiento de alimentos vegetales y de origen animal para la generación de ingresos a grupos, cooperativos y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

- Planificar, implementar y evaluar programas para la recuperación nutricional de grupo de población.
- Participar en equipos multidisciplinarios desarrollando programas de atención de acuerdo a las necesidades de la población guatemalteca.
- Área de industria de alimentos:
 - Evaluar, actualizar y diseñar intervenciones de capacitación dirigidas a personal de la institución.
 - Realizar análisis sensorial para la evaluación de la aceptabilidad de los alimentos producidos.
 - Generar y actualizar el etiquetado nutricional de los productos que las industrias elaboran.
 - Aplicar técnicas de control de calidad para los alimentos que ingresan a bodegas en especificaciones, apariencia física, fechas de vencimiento.
 - Reformular y formular productos nuevos en industrias alimenticias que contribuyen al tratamiento de distintas patologías y a la promoción de la salud.
 - Administrar servicios de alimentación y nutrición con alta calidad procurando la satisfacción del comensal o paciente.
- Área de investigación:
 - Generar información científica basada en evidencias contribuyendo a la producción del conocimiento científico y tecnológico aplicable a la promoción y recuperación del estado nutricional de la población.
 - Desarrollar investigaciones que generan información para la toma de decisiones interdisciplinarias que inciden en la seguridad alimentaria y nutricional.

En resumen, un egresado de licenciatura de nutrición es capaz de:

- Planificar, implementar y evaluar el cuidado nutricional de individuos sanos y enfermos.
- Participar en la docencia e investigación.

- Laborar en industrias dedicadas a la producción de alimentos.
- Desarrollar proyectos de nutrición pública y seguridad alimentaria.
- Administrar servicios de alimentación y nutrición (restaurantes, hospitales, hoteles y empresas).

Dada esta información que se ha descrito en el marco teórico se puede inferir que en efecto, distintos factores psicológicos, tales como la ansiedad, la impulsividad, la obsesión, la depresión, el estrés y la falta de autoestima, llega a afectar a influir distintos problemas alimenticios en una gama mayor de lo que se espera. El origen de muchos de estos problemas alimenticios está relacionados con los problemas emocionales, la baja autoestima y otros factores psicológicos relevantes. Es por eso de suma importancia que los nutricionistas de hoy en día, estén informados sobre dichos factores y cómo estos influyen en distintos desórdenes alimenticios, ya que esto les beneficiaría a ellos y a sus pacientes. La licenciatura en nutrición existe en las universidades más importantes de Guatemala y en cada una de ellas tiene cursos de psicología que complementan un tratamiento integral para ofrecer a sus pacientes.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud, el rendimiento, el comportamiento, la actitud y otros aspectos de la vida diaria, se encuentran afectados por agentes psicológicos, los cuales pasan inadvertidos por la mayoría de seres humanos. Esto ayuda a comprender que hay una similitud entre el encontrarse enfermo por factores biológicos, a encontrarse enfermos por factores psicológicos. Entre estos factores psicológicos que las personas experimentan, se encuentran la ansiedad, estrés, obsesión, impulsividad, depresión y autoestima, entre otros. Éstos con frecuencia provocan problemas alimenticios, lo que lleva a alteraciones en la salud física, y si no se controlan, conforme pasa el tiempo; pueden conducir a enfermedades médicas irreversibles, tales como cardíacas o diabéticas.

Conforme la persona toma consciencia del riesgo y se preocupa por éste, de inmediato consulta a un experto en nutrición. Este profesional empieza su tratamiento preguntando sobre los hábitos alimenticios del paciente, pesa al sujeto, obtiene mediciones como el contenido de grasa corporal, procede a proveer una dieta balanceada, recomendando porciones de alimentos en cantidades precisas, todo para lograr el peso que se desea como meta. A pesar de que este protocolo esté muy bien estructurado, muchos pacientes tienen dificultades para seguir paso a paso la dieta, e incluso cuando perciben que no está funcionando, deciden dejar de hacer el intento. El fallo terapéutico de algunos nutricionistas es que no tienen en sus protocolos los factores psicológicos que coadyuvan a los desórdenes alimenticios de sus pacientes, y es ahí precisamente en donde se encuentra la causa de los problemas alimenticios.

El DSM-5 define trastornos alimenticios como desórdenes caracterizados por una molestia persistente de la acción de comer o relacionado al hábito de comer, que resulta en una absorción de comida alterada que deteriora significativamente la salud física y/o el bienestar psicosocial. Los criterios diagnósticos son proporcionados para los trastornos de pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastorno por atracones.

Estar con unas libras de más del peso acostumbrado, no suele considerarse como un trastorno alimenticio. Pero el estar con obesidad y sobrepeso se encuentran clasificados como problemas de incumplimiento de tratamiento médico y a pesar de que no se encuentren clasificados como trastornos mentales, si constituyen un estado nutricional problemático para el ser humano.

De ello se puede deducir que recibir una educación apropiada de psicología durante la formación de un nutricionista, es esencial para proporcionar al paciente un tratamiento integral que conduzca a un mayor índice de éxito con sus pacientes.

La carrera universitaria, Licenciatura en Nutrición, existe en cinco de las universidades más conocidas en la Ciudad de Guatemala. Entre estas universidades se encuentran Universidad Mariano Gálvez, Universidad Francisco Marroquín, Universidad del Valle de Guatemala, Universidad San Carlos de Guatemala y la Universidad Rafael Landívar. En el pensum de nutrición de las distintas universidades, solamente hay de uno a dos cursos de psicología básica o general en su primer año de la carrera y, en una de estas universidades, uno de los dos cursos es de psicología industrial. Por lo tanto, pareciera ser que el aprendizaje relacionado con un área vital, según se explicó en los párrafos anteriores, es particularmente débil en las universidades nacionales, incluyendo la Universidad Rafael Landívar.

Con todo lo anterior, surge la pregunta básica y angular de esta investigación:
¿Cuáles son los factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios según los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

- Determinar los factores psicológicos que más influyen en los problemas alimenticios según los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar si los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar, consideran a la autoestima como un factor que influye en los problemas alimenticios.
- Identificar si los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar, consideran a la ansiedad como un factor que influye en los problemas alimenticios.
- Identificar si los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar, consideran a la depresión como un factor que influye en los problemas alimenticios.
- Identificar si los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar, consideran a la impulsividad como un factor que influye en los problemas alimenticios.
- Identificar si los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar, consideran a la obsesión como un factor que influye en los problemas alimenticios.
- Identificar si los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar, consideran el estrés como un factor que influye en los problemas alimenticios.
- Proporcionar boletines informativos sobre autoestima, ansiedad, depresión, impulsividad, obsesión y estrés como factores que influyen en los problemas alimenticios.

2.2 Variables

- Factores Psicológicos

2.3 Definición de Variables

2.3.1 Definición Conceptual de las Variables

- Factores Psicológicos: son aquellos que influyen a otras afecciones médicas como presencia de un síntoma o afección medica siendo esta no un trastorno mental. (American Psychiatric Association, 2013, p.322).

2.3.2 Definición Operacional de las Variables

- Los factores psicológicos son aquellos que resulten de la presente investigación. Estos se midieron con una escala Likert de actitudes la cual incluye los siguientes indicadores: autoestima, ansiedad, depresión, impulsividad, obsesión y estrés.

2.4 Alcances y Límites

El alcance de la presente investigación se extiende únicamente a los participantes del estudio. En este sentido los resultados solo aplicaron a los sujetos con quienes se realizó el estudio y solo se podría suponer que los resultados son extrapolables a otros estudiantes que cursan nutrición en otras universidades o incluso en otros países, siempre y cuando tengan las mismas características.

Los factores psicológicos que se midieron, se limitaron a los conocimientos más relevantes de los problemas alimenticios encontrados en la investigación y algunos aspectos generales, quedaron por fuera de la evaluación. Por otro lado, aunque la escala fue validada, se aplicó un instrumento que no tenía experiencia previa en el campo. Otra limitación, puede ser, que aunque el diseño es un diseño científicamente

válido, no puede proporcionar datos cuantificables, objetivos, en relación a los conocimientos de los estudiantes, sino que sólo representa una primera aproximación a un aspecto que deberá ser más evaluado y evaluado en varias formas diferentes. Sin embargo, esta primera aproximación, sin duda será de interés y valor, tanto para psicólogos como nutricionistas y para las facultades involucradas en la formación de ambos.

2.5 Aporte

La investigación aporta información relevante para las dos disciplinas académicas involucradas: psicología y nutrición. El aporte directo beneficiará a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar. Es vital que Licenciados en Nutrición conozcan en detalle el papel de los factores psicológicos en los trastornos alimenticios.

Para los psicólogos conocer el nivel esperado de conocimientos de los nutricionistas puede permitir una mejor intervención multidisciplinaria a pacientes con trastornos que, muchas veces, son de manejo complejo. De igual manera, se proporcionó boletines informativos, los cuales brindan información sobre los factores psicológicos y como estos influencias a los problemas alimenticios, con consejos que ayudaran a los pacientes.

III. METODO

3.1 Sujetos

La muestra consistió en 45 estudiantes de ambos sexos de cuarto año de la carrera de nutrición en la Universidad Rafael Landívar que respondieron a la pregunta de investigación sobre sus conocimientos en factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios. El tipo de muestreo que se utilizaron en este estudio es no probabilístico por conveniencia, este proceso consiste en elegir los sujetos más convenientes para la investigación o autorizar que la participación de los sujetos sea voluntaria (Fernández, 2004).

Tabla 3.1

Descripción de la muestra de acuerdo al género

	Mujeres	Hombres	Total
Sujetos	43	2	45
Porcentaje	95.6%	4.4%	100%

De acuerdo a la tabla, de los 45 estudiantes, 43 son del sexo femenino y 2 del sexo masculino, siendo el 95.6% mujeres y un 4.4% hombres.

Tabla 3.2

Descripción del rango de edades

Edades	Cantidad de sujetos
20	2
21	12
22	13
23	7
24	3
25	3
26	5
Promedio de edad	22.58

La edad promedio de los estudiantes encuestados es de 22 años, con un rango de 6 años, se encuentran entre un máximo de 26 años y un mínimo de 20.

3.2 Instrumento

Para esta investigación se utilizó una escala tipo Likert. La escala se define como un instrumento formado de un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones, ante las cuales se pide la reacción de los sujetos eligiendo uno de las cinco categorías o puntos de la escala. A cada categoría se le asigna un valor numérico, de esta manera el sujeto obtiene una puntuación respecto de la afirmación. Al final se realiza una sumatoria de las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones para obtener la puntuación final (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Los indicadores de la escala incluyen estrés, ansiedad, depresión, impulsividad, obsesión y autoestima. Estas variables, son los factores psicológicos, que se usaron para medir la influencia de estos en problemas alimenticios, tales como trastornos de pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, obesidad y sobrepeso. La escala llamada: Factores Psicológicos que Influyen en los Problemas Alimenticios, estuvo conformada por 33 ítems y la puntuación fue en orden ascendente en los ítems (el menor valor para 1 en “muy en desacuerdo” y mayor para 5 en “muy de acuerdo”). Los ítems fueron clasificados de acuerdo a los indicadores de la siguiente manera:

- Estrés: ítems 7, 17, 19 y 21.
- Ansiedad: ítems 6, 8, 11, 14, 16, 18, 20, 24 y 28.
- Depresión: ítems 4, 5, 9, 10, 12, 23, 25 y 30.
- Impulsividad: ítems 3, 26 y 31.
- Obsesión: ítems 2 y 32.
- Autoestima: ítems 1, 13, 15, 22, 27, 29 y 33.

El instrumento fue elaborado por la investigadora, quien redactó cada uno de las afirmaciones planteadas en la escala de Likert de acuerdo a los objetivos de la presente investigación. La aplicación dura aproximadamente 15 minutos y es individual.

La escala fue evaluada y validada por cuatro expertos en el tema de estudio, antes de su aplicación con la muestra.

Como se indico anteriormente, cada ítem fue medido de acuerdo a la siguiente escala:

- Muy de acuerdo (5)
- De acuerdo (4)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- En desacuerdo (2)
- Muy en desacuerdo (1)

A cada respuesta que marcó el estudiante se el asignó un valor con puntaje de acuerdo a la escala anterior. La suma de las respuestas de cada indicador dio un resultado de la opinión o actitud del estudiante hacia la influencia de cada factor psicológico en los problemas alimenticios. Aunque en las tablas incluidas en la sección de resultados, se puede diferenciar cuántos de los participantes seleccionaron las respuestas específicas para cada pregunta, para fines prácticos, las respuestas “muy de acuerdo” y “de acuerdo” fueron agrupadas en una sola categoría, y las respuestas “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo” fueron de igual manera integradas en una sola categoría. Esta integración de respuestas será notada en parte de la sección de resultados, y muy importantemente, en la sección de discusión y conclusiones.

3.3 Procedimiento

- Aprobación del tema a investigar por parte de la facultad.
- Definición de objetivo principal y objetivos específicos del estudio.
- Solicitud de permiso a Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar, para llevar a cabo la investigación en la carrera de nutrición, a través de una carta a la directora de la carrera.

- Consulta de estudios, o antecedentes, nacionales e internacionales, que estén relacionados al tema de estudio.
- Elaboración del marco teórico investigando material bibliográfico relacionado al tema de investigación.
- Realización el planteamiento del problema y el método.
- Se creó una escala tipo Likert basado en los indicadores propuestos.
- Se validó la escala por profesionales en el área a investigar.
- Se recolectaron los datos, a través de escala tipo Likert, por medio de aplicación a estudiantes de cuarto año de nutrición.
- Se tabularon los datos obtenidos.
- Se analizaron los resultados obtenidos.
- Se redactó la discusión, conclusión y recomendaciones de la investigación.
- Finalmente se hizo el informe final.

3.4 Tipo de Investigación, Diseño y Metodología Estadística

La investigación es de tipo cuantitativo descriptivo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), un enfoque cuantitativo es uno que usa la recolección de datos con el objetivo de probar una hipótesis, con una base de medición numérica y un análisis de tipo estadístico, para afirmar teorías y determinar patrones de comportamiento.

Así mismo, este estudio es de diseño transaccional descriptivo, definido como aquel que indaga la prevalencia de los niveles, las modalidades o categorías de una o más variables en una población. El procedimiento de este diseño se desarrolla por medio de localizar una o más variables de un grupo de sujetos u otros seres vivos, fenómenos, contextos, situaciones, comunidades; y de esta manera proporcionar su descripción (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva o análisis exploratorio de datos, que Orellana (2001), describe como la que ayuda a presentar los

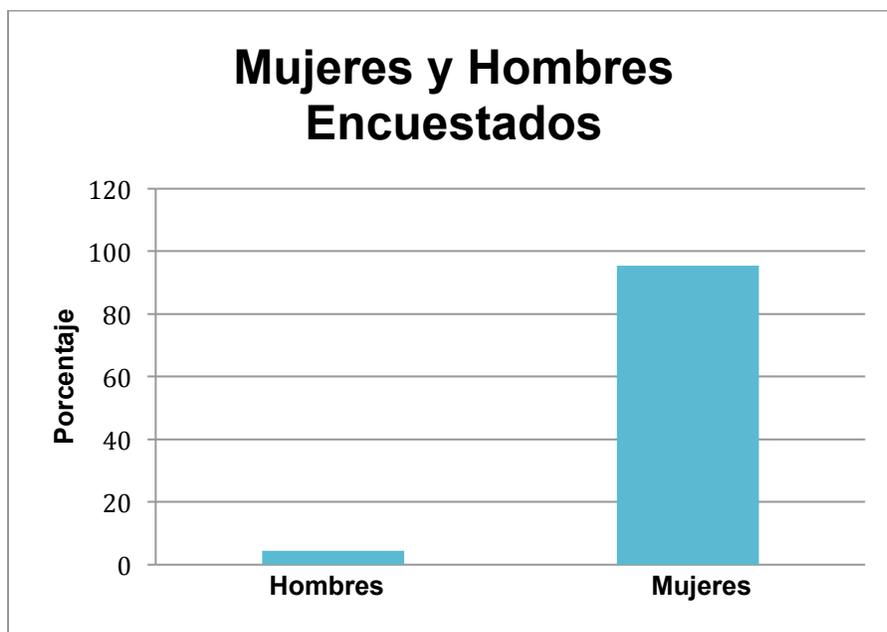
datos de tal forma que sobresalga la estructura. Existen varias maneras interesantes de presentar los datos en este tipo de estadística, como en gráficas que permiten detectar algunas características sobresalientes así como aquellas características que no se esperan. Hernández, Fernández y Baptista (2010), describen como primera tarea en el proceso, la distribución de frecuencias, las cuales son un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías; seguido por obtener las medidas de tendencia central, media, mediana y moda; y las medidas de variabilidad; rango, desviación estándar y varianza; finalizando por la elaboración de las gráficas. Para estos fines, se utilizó el programa MegaStat 2007, con el apoyo del programa Excel de Office para Mac 2011.

IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en este estudio. Las tablas y gráficas muestran los cuadros descriptivos de la Escala: Factores Psicológicos que Influyen en los Problemas Alimenticios. Se consideran las variables de edad, sexo y los indicadores de: estrés, ansiedad, depresión, impulsividad, obsesión y autoestima.

Gráfica 4.1

Mujeres y Hombres Encuestados



- Hombres: 4.4%
- Mujeres: 95.6 %

Tabla 4.1

Descripción de la muestra de acuerdo al sexo de los sujetos encuestados.

	Mujeres	Hombres	Total
Sujetos	43	2	45
Porcentaje	95.6%	4.4%	100%

En la tabla 4.1 se puede observar la cantidad de mujeres y hombres que han sido encuestados, siendo el 95.6% mujeres y un 4.4% hombres.

Tabla 4.2

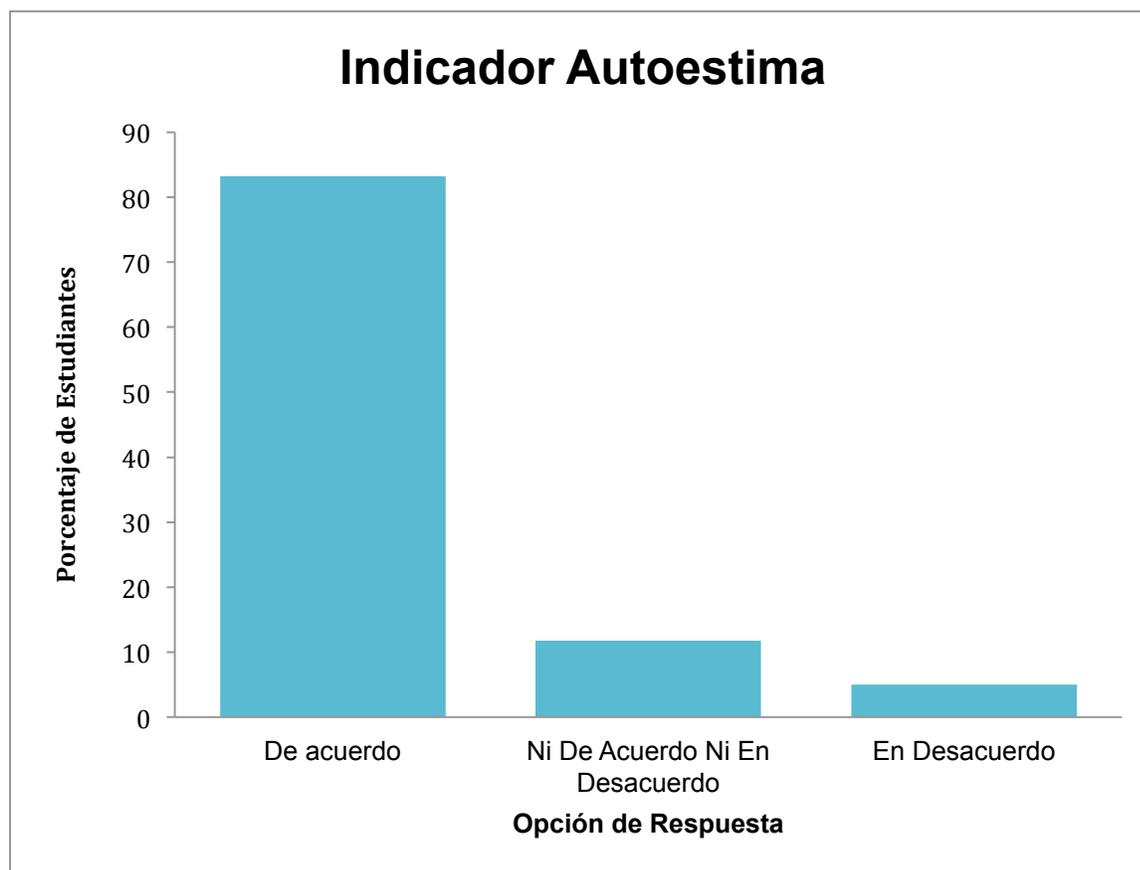
Descripción de la muestra de acuerdo a la edad de los sujetos encuestados.

Estadísticas Descriptivas	Edad
Total de estudiantes	45
Media	22.58
Mediana	22.00
Moda	22.00
Desviación estándar	1.73
Rango	6.00
Máxima	26.00
Mínima	20.00

En la tabla, 4.2, muestra las edades de los estudiantes de nutrición que fueron encuestados, que comprende de 45 estudiantes con un promedio de edad de 22 años, un rango de 6 años, con una edad máxima de 26 y una edad mínima de 20.

Gráfica 4.2

Resultados del indicador autoestima



- De acuerdo: 83.3%
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 11.8%
- En desacuerdo: 5.0%

Tabla 4.3

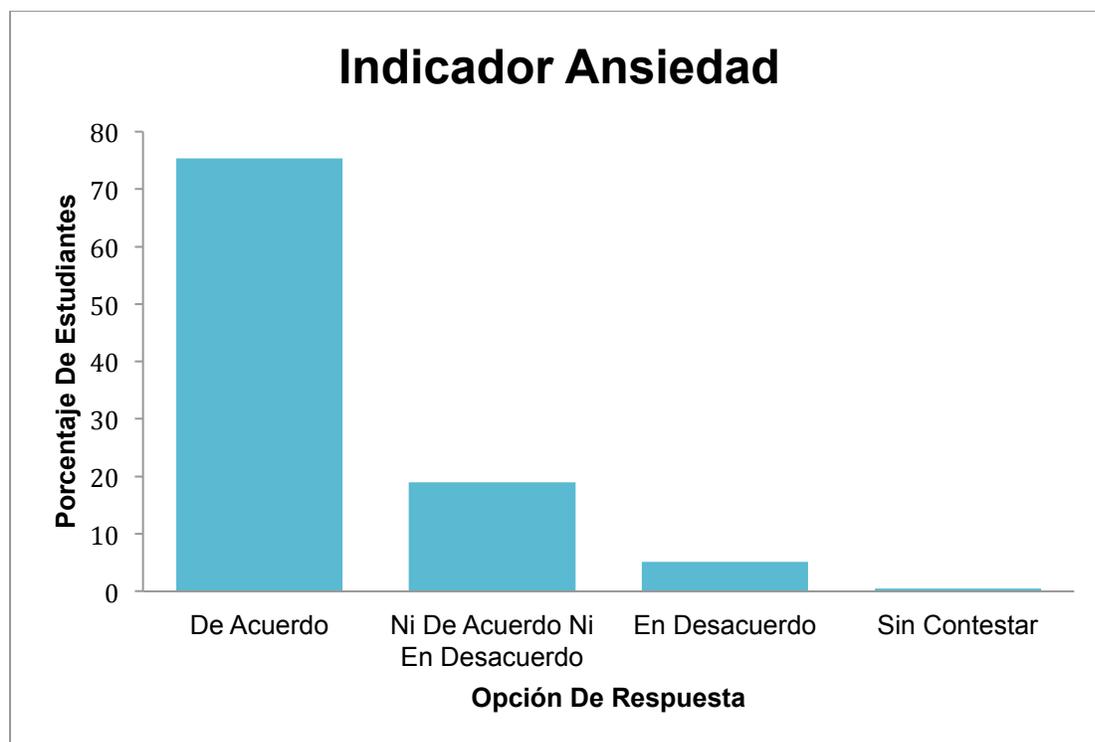
Descripción de la muestra sobre los resultados en el indicador de autoestima.

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	143	45.4%
De acuerdo	119	37.8%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	37	11.7%
En desacuerdo	14	4.4%
Muy en desacuerdo	2	0.6%
Total	315	100%

Como se puede ver en la gráfica 4.2, de los 45 estudiantes, respondieron que se encuentran de acuerdo sobre la influencia de la autoestima en los problemas alimenticios en un 83.3% y solamente un 5.0% se encuentra en desacuerdo.

Gráfica 4.3

Resultados del Indicador de ansiedad



- De acuerdo: 75.3%
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 19%
- En desacuerdo: 5.2%
- No contestaron: 0.5%

Tabla 4.4

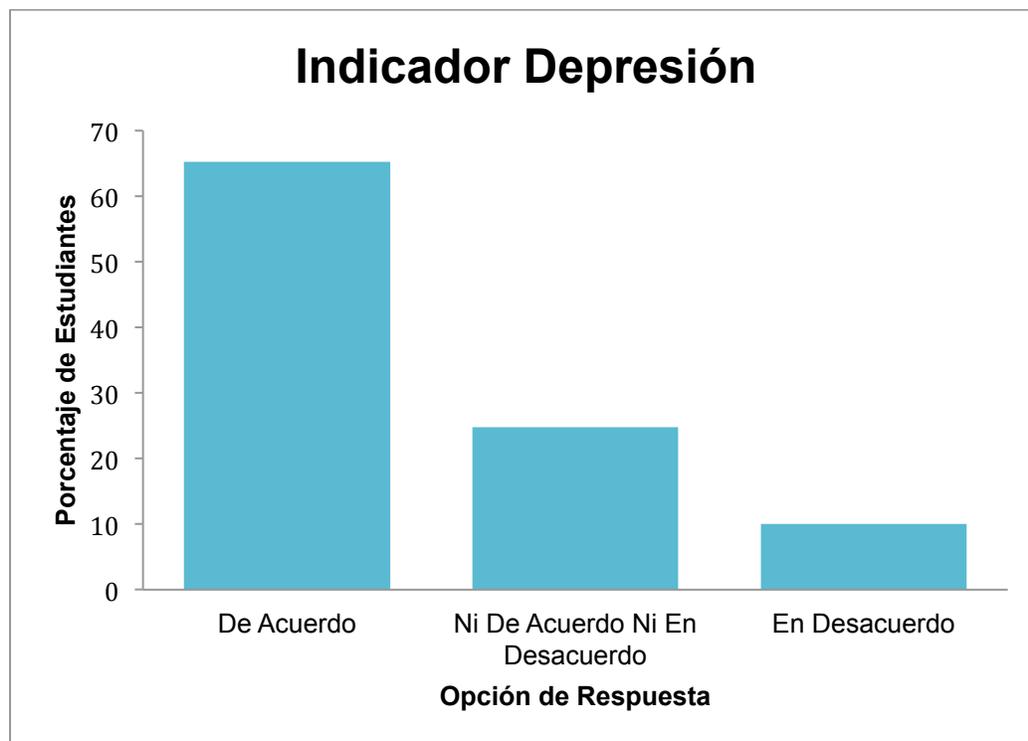
Descripción de la muestra sobre los resultados en el indicador de ansiedad.

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	145	35.8%
De acuerdo	160	39.5%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	77	19%
En desacuerdo	18	4.4%
Muy en desacuerdo	3	0.7%
Sin contestar	2	0.5%
Total	405	100%

Los estudiantes de nutrición de cuarto año, respondieron con una frecuencia de 75.3% que está de acuerdo que la ansiedad influye a los problemas alimenticios, mientras un 5.2% opinan que se encuentran en desacuerdo. Un 0.5% no respondió

Gráfica 4.4

Resultados al indicador de depresión



- De acuerdo: 65.2%
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 24.7%

- En desacuerdo: 10.0%

Tabla 4.5

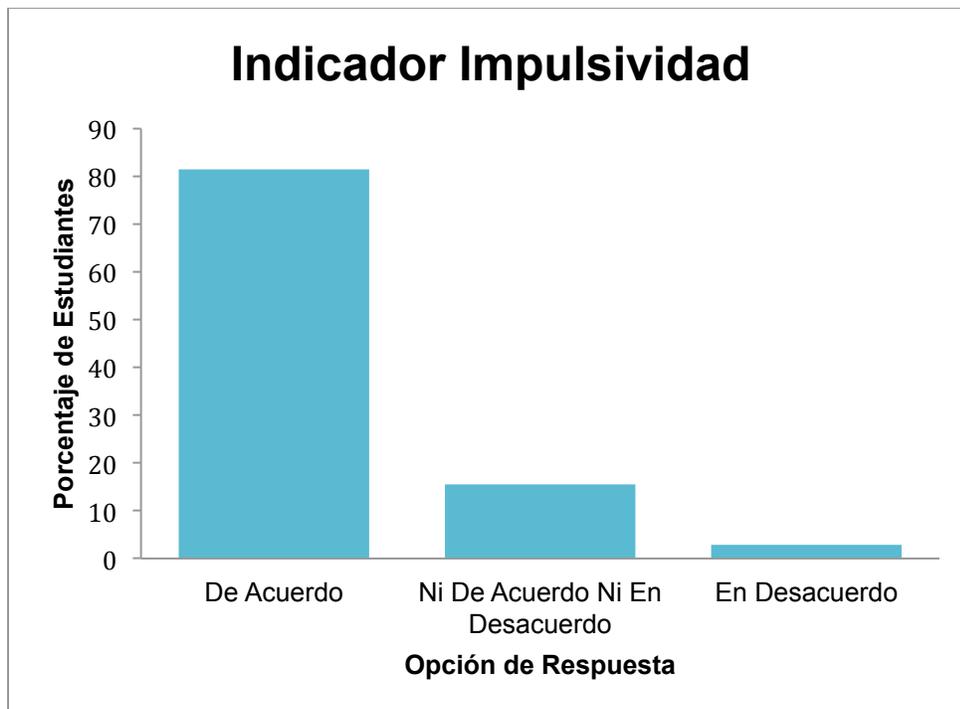
Descripción de la muestra sobre los resultados en el indicador de depresión.

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	106	29.4%
De acuerdo	129	35.8%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	89	24.7%
En desacuerdo	33	9.2%
Muy en desacuerdo	3	0.8%
Total	360	100%

Se determina que entre los estudiantes se encuentran de acuerdo hacia la influencia de la depresión en los problemas alimenticios en un 65.2%, mientras un 10% opinan lo contrario al estar en desacuerdo.

Gráfica 4.5

Resultados del Indicador de Impulsividad



- De acuerdo: 81.5%

- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 15.6%
- En desacuerdo: 2.9%

Tabla 4.6

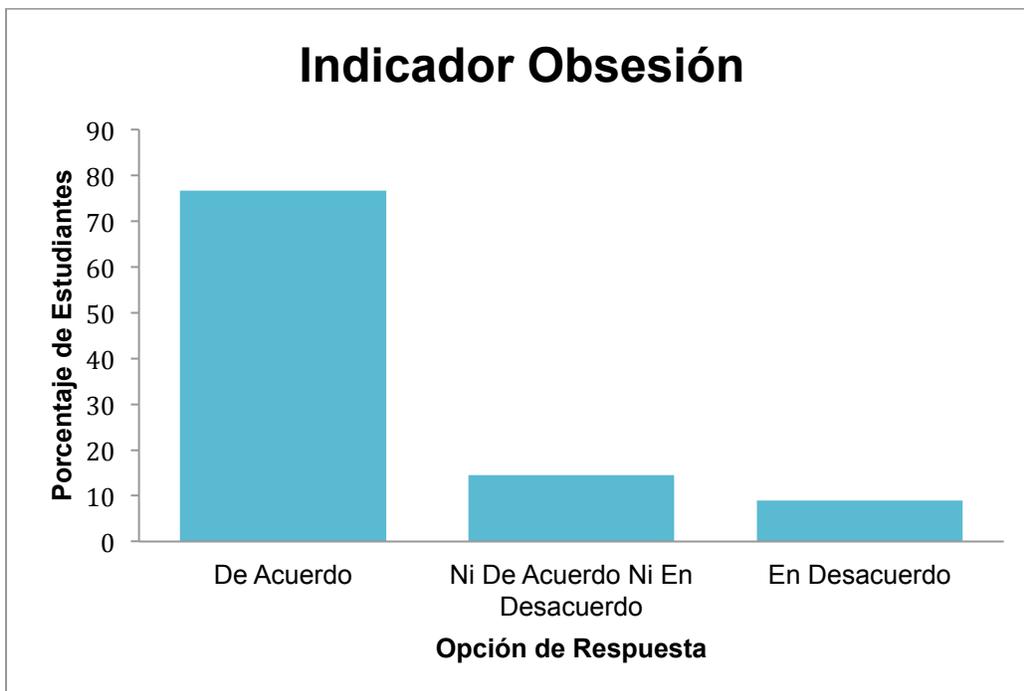
Descripción de la muestra sobre los resultados en el indicador de impulsividad.

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	52	38.5%
De acuerdo	58	43%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	21	15.6%
En desacuerdo	3	2.2%
Muy en desacuerdo	1	0.7%
Total	135	100%

De acuerdo con la tabla 4.6 y la gráfica, 4.5, se puede observar que el 81.5% se encuentra de acuerdo en la influencia de impulsividad en los problemas alimenticios, mientras un 2.9% se encuentra en desacuerdo.

Gráfica 4.6

Resultados del Indicador de obsesión.



- De acuerdo: 76.6%
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 14.4%
- En desacuerdo: 8.9%

Tabla 4.7

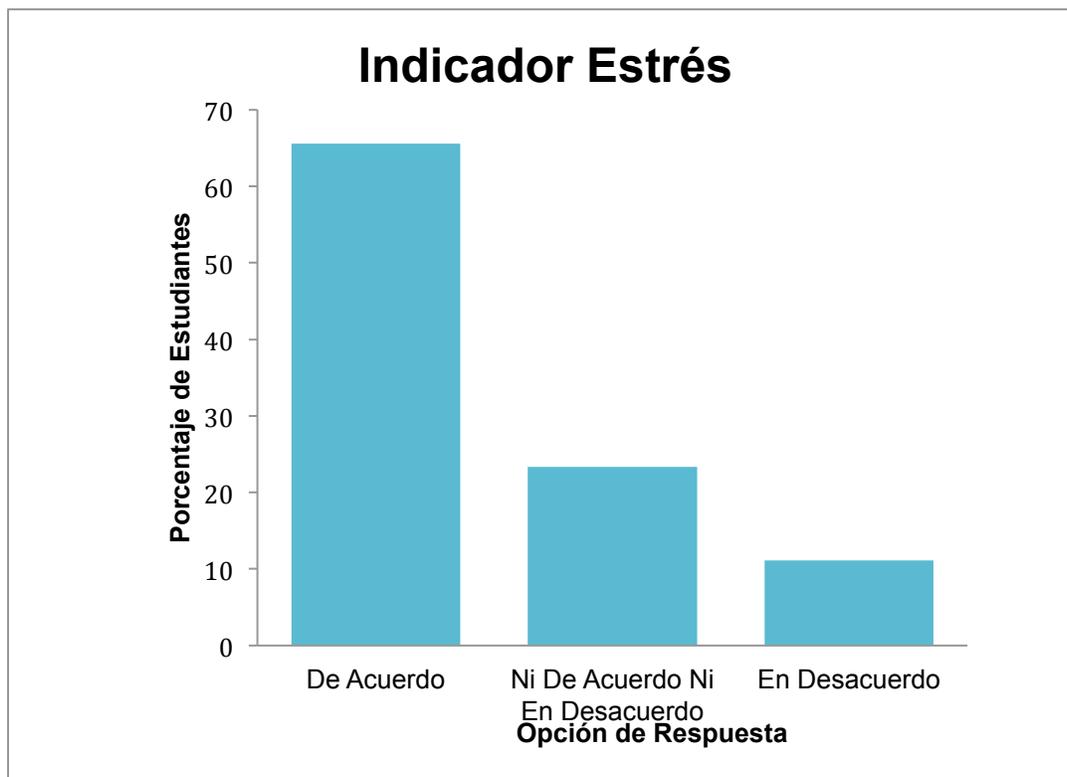
Descripción de la muestra sobre los resultados en el indicador de obsesión.

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	38	42.2%
De acuerdo	31	34.4%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	13	14.4%
En desacuerdo	7	7.8%
Muy en desacuerdo	1	1.1%
Total	90	100%

Se puede apreciar en la tabla 4.7, que 76.6% de los estudiantes de nutrición se encuentra de acuerdo en que la obsesión es un factor psicológico que influye en los problemas alimenticios. Se puede observar que 8.9% opina lo contrario encontrándose en desacuerdo.

Gráfica 4.7

Resultados del Indicador de estrés



- De acuerdo: 65.6%
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 23.2%
- En desacuerdo: 11.1%

Tabla 4.8

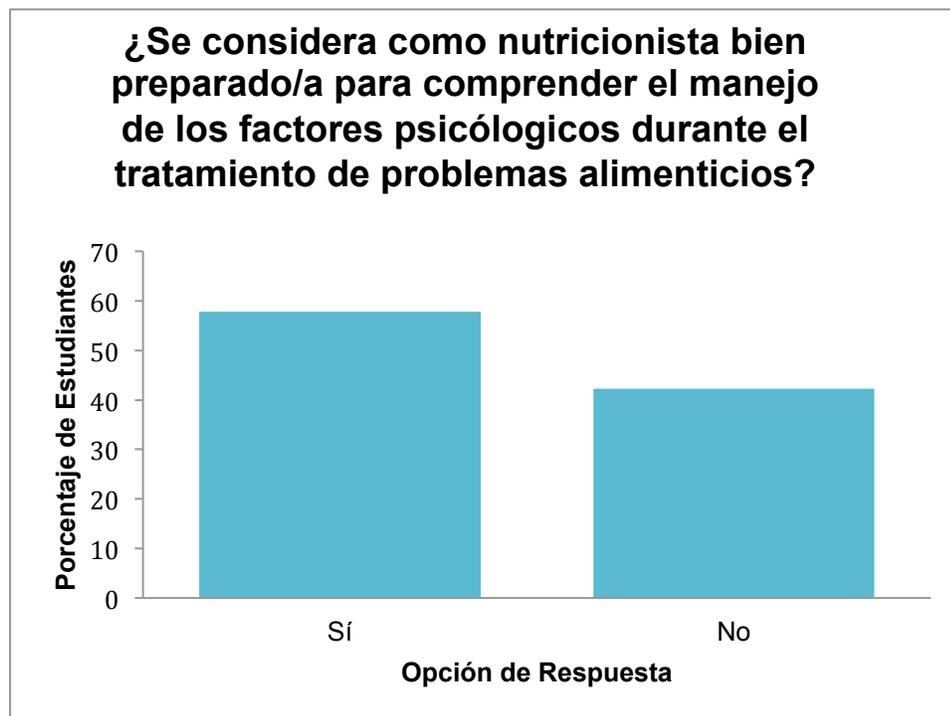
Descripción de la muestra sobre los resultados en el indicador de estrés.

Opción de Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	45	25%
De acuerdo	73	40.6%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	42	23.3%
En desacuerdo	16	8.9%
Muy en desacuerdo	4	2.2%
Total	180	100%

En cuanto la influencia del estrés en los problemas alimenticios, un 65.6% se encuentra de acuerdo y 11.1% respondieron estar muy en desacuerdo.

Gráfica 4.8

Resultados de la pregunta: ¿Se considera como nutricionista bien preparado/a para comprender el manejo de los factores psicológicos durante el tratamiento de problemas alimenticios?



- Sí: 57.8%
- No: 42.2%

Tabla 4.9

Descripción de la muestra sobre los resultados de la pregunta: ¿Se considera como nutricionista bien preparado/a para comprender el manejo de los factores psicológicos durante el tratamiento de problemas alimenticios?

Opción de respuesta	Cantidad de Estudiantes	Porcentaje
Sí	26	57.8%
No	19	42.2%
Total	45	100%

De acuerdo a las respuestas de los estudiantes de la carrera de nutrición, un 57.8% de ellos se consideran que se encuentran preparados para comprender el manejo de los factores psicológicos durante el tratamiento de problemas alimenticios, mientras un 42.2% parece no sentirse preparado ante este cuestionamiento.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las tablas iniciales presentadas en resultados, muestran que la mayor parte de la población encuestada pertenece al sexo femenino (95.6%). Este dato inmediatamente condiciona a que los resultados obtenidos no se consideran representativos de ambos sexos, sino únicamente de estudiantes de sexo femenino. Muy probablemente reflejan una tendencia relacionada con que la carrera de Licenciatura en Nutrición atraiga más estudiantes de un sexo que de otro. Los resultados podrían ser considerados representativos del/de la típico/a estudiante de nutrición con la limitación de no ser representativos para el sexo masculino.

La muestra encuestada representa una población joven con una media un poco mayor de los 22 años. Pese a que el rango es de 6 años, se nota que la desviación estándar para la edad es menor de 2, esto es debido a que el grupo estudiado está situado en una edad cronológica relativamente baja para estudiantes que pronto serán profesionales.

Las gráficas y tablas presentadas en los resultados se refieren al criterio de los/las estudiantes en relación a los indicadores o factores psicológicos que pudieran influir en problemas alimenticios. Dichas gráficas y tablas representan la respuesta dada por la muestra para las diferentes preguntas agrupadas según el indicador estudiado. Como ha sido descrito en la ficha técnica del presente trabajo de tesis, el número de preguntas de la escala validada por indicador, es variable. Dado que, al conocimiento que se tiene, este proyecto es original y no existen antecedentes de estudios similares, el análisis se relacionará más con lo descrito en la literatura que con una comparación directa a estudios similares hechos previamente.

Para el primer indicador investigado, “autoestima” (refiriéndose como baja autoestima en la escala), más del 80% estuvo de acuerdo en su influencia. El papel de una autoestima baja se hizo más obvio entonces para la muestra evaluada. Se ha dicho que la autoestima baja inicialmente pudiera no tener un efecto significativo, sin

embargo y típicamente, conforme el tiempo transcurre se daña cada vez más, con una inadaptación creciente y el surgimiento de problemas clínicos alimenticios significativos (Crowther et al., 2013).

El indicador “ansiedad” y está muy relacionado con “estrés”. Sin embargo, académicos han diferenciado ambos términos como puede ser revisado en el marco teórico de esta tesis. Pese a ser indicadores relacionados, en este caso pareciera haber una tendencia a mayor reconocimiento de la influencia de ansiedad en trastornos alimenticios. 75.3% lo reconoce y sólo el 5.2% está en desacuerdo. Múltiples autores, como por ejemplo Blackman y Kvaska (2011), coinciden en que la ansiedad es un factor que casi inequívocamente influye en la patología alimenticia. Dada la discrepancia de criterio de los estudiantes en relación a la influencia de estrés y ansiedad, sería útil en un momento dado, valorar la percepción que tienen al respecto de estos términos.

La depresión es un indicador reconocido como determinante en problemas alimenticios, sobre todo con obesidad, conduciendo a una salud deficiente (Clum et al., 2014) y acompañándose de un consumo aumentado de dulces y comida rápida. Como un factor agravante, la depresión se asocia a una conducta sedentaria incrementada (Clum et al., 2014). Pese a la evidencia, una tercera parte de los encuestados está en desacuerdo en el papel de la depresión o no tiene una postura definida al respecto (gráfica 4.4).

En cuanto el indicador “impulsividad”, los estudiantes mostraron una tendencia más definida, ya que un poco más del 80% están de acuerdo en su relevancia. Esto es congruente con lo reportado en la literatura, donde autores como Lopera y Restrepo (2015) han insistido en el papel de la impulsividad como predictora de sobrepeso. La impulsividad o compulsión predice un crecimiento un aumento en el índice de masa corporal a través de la vida adulta (Sutin et al., 2011).

En la gráfica 4.6 se señalan los resultados para el indicador “obsesión”. Tres cuartas partes de los estudiantes están de acuerdo en la influencia que genera. Ha sido descrito que este indicador es uno de los factores más comunes que contribuye al desarrollo de anorexia nerviosa (Kaye et al., 2004). De nuevo, aunque la respuesta de los encuestados son congruentes con lo descrito, llama la atención que para un indicador donde pareciera ser de sentido común su asociación con problemas alimenticios, alrededor de un 25% no lo reconoce así.

Para el último indicador evaluado, la influencia del estrés en problemas alimenticios, se nota en la gráfica 4.7 que, aunque el 65.6% de los estudiantes están de acuerdo en que el estrés juega un papel preponderante, una tercera parte de la muestra está en desacuerdo o no reconoce en forma clara el impacto que este indicador pudiera implicar. Sin duda los datos contrastan con lo que varios investigadores han descrito de cómo situaciones angustiantes inducen un estado de desinhibición y escape mental que genera un aumento en la ingesta de alimentos (Blackman & Kvaska, 2011 & Crowther et al., 2013).

Con base a los análisis mostrados y pese a que este proyecto evalúa opiniones o criterios de la muestra y su escala no está diseñada para calificar las respuestas como correctas o no, llama la atención que para los 6 indicadores, la respuesta máxima de aceptación de su influencia es de alrededor del 80%. Este hecho pudiera ser relevante, dado que en la revisión de la literatura, los 6 indicadores son asociados a problemas alimenticios de una forma casi invariable. Esta situación abre la puerta a futuras investigaciones en que este proyecto sea complementado con evaluaciones académicas de conocimientos en el área.

La última pregunta de la escala no correspondía a ningún indicador, sino que más bien, a la percepción que el grupo tenía sobre su capacidad técnica/académica para el manejo de los factores psicológicos durante el tratamiento de problemas alimenticios. Más de la mitad se perciben como bien preparados/as. Aunque nuevamente esto es un asunto de percepción y pudiera o no corresponder a la

realidad, es importante mencionar que el manejo de factores psicológicos es considerado usualmente como complejo y pareciera una visión optimista de la realidad. Sobre todo, si se toma en consideración el último comentario hecho arriba de los indicadores evaluados.

Esta investigación tiene una serie de aportaciones y fortalezas inherentes. Evalúa por primera vez, la percepción que próximos nutricionistas poseen sobre el tema. Aporta datos, por lo tanto, que no habían sido descritos y que pueden hacer un impacto potencial en los pensum de estudios de esta carrera.

VI. CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones del presente estudio:

- A criterio de los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar, los factores psicológicos que más comúnmente influyen en los problemas alimenticios son autoestima e impulsividad.
- En general, los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar están de acuerdo en que los indicadores psicológicos influyen en problemas alimenticios en un rango entre 65.2% y 83.3% para los indicadores evaluados en el estudio.
- 83.3% por ciento de los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar está de acuerdo en que la autoestima es un factor influyente en los problemas alimenticios
- De igual manera, 75.3% está de acuerdo en que la ansiedad es influyente en problemas alimenticios.
- En cuanto depresión, 65.2% señaló estar de acuerdo en su papel de influencia en problemas alimenticios.
- En el caso de impulsividad, 81.5% acordó su participación en problemas alimenticios.
- 76.6% por ciento de los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar están de acuerdo en que la obsesión es un factor influyente en los problemas alimenticios.
- Finalmente, 65.6% señaló estar de acuerdo en que el estrés es influyente en los problemas alimenticios.
- Se puede concluir que más de la mitad de los estudiantes de nutrición, que cursan cuarto año, en la Universidad Rafael Landívar se consideran preparados para comprender el manejo de los factores psicológicos durante el tratamiento de problemas alimenticios.
- 95% de las encuestadas pertenecen al sexo femenino sugiriendo una preferencia de las estudiantes de este género para estudiar la carrera de nutrición.

- La literatura revisada sugiere que todos los factores estudiados influyen en el curso de los problemas alimenticios, por lo que el criterio de los estudiantes reflejaría porcentajes menores a lo esperado según publicaciones científicas en el tema.

VII. RECOMENDACIONES

A continuación se presentan algunas recomendaciones a futuros profesionales, autoridades universitarias y a otros académicos interesados en la investigación:

- Profundizar en el entendimiento de conceptos y términos científicos que los estudiantes tienen sobre este tema, dado que sus respuestas para los indicadores “ansiedad” y “estrés” –estrechamente relacionados- discreparon en aproximadamente 10%. Esto es congruente con que en la carrera de Nutrición, no se tiene ningún curso de psicología clínica.
- Realizar una investigación de naturaleza estrictamente académica y conceptual sobre los factores psicológicos que influyen en problemas alimenticios, que complemente esta evaluación basada en opiniones.
- Evaluar las razones por las que más del 40% de los estudiantes de cuarto año de la carrera de nutrición no se considera profesionalmente preparado para comprender el manejo de los factores psicológicos durante el tratamiento de los problemas alimenticios.
- Programar talleres sobre el papel de la psicología en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de problemas y trastornos alimenticios y como ésta puede ayudar a mejorar el pronóstico de los mismos.
- Evaluar la potencial necesidad de incluir más carga académica en el pensum de estudios de nutrición de la Universidad Rafael Landívar, relacionada con los factores psicológicos en la etiología, tratamiento y prevención de problemas alimenticios.
- Evaluar programas colaborativos entre la Facultad de Humanidades y la Facultad de Ciencias de la Salud donde ambos grupos se beneficien de conocimientos y estrategias para el mejor manejo de problemas alimenticios, obteniendo una sinergia de las fortalezas de ambos grupos que conduzcan al beneficio del paciente.
- Insistir en los estudiantes sobre la necesidad de un manejo integral y multidisciplinario de este tipo de patología que representa con frecuencia un importante reto terapéutico.
- Utilizar los boletines informativos aportados en esta investigación.

VIII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *El Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. y Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 35(6), 483-490.
- Blackman, M. C. y Kvaska, C. A. (2011). *Nutrition Psychology Improving Dietary Adherence*. (1era ed.). Canada. Jones and Barletts Publishers, LLC: p. 119-121.
- Cabrera, A. C. (2014). *Identificación de las conductas alimentarias según el ingreso económico y su relación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Estudio realizado en un edificio corporativo de la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala, 2014. Tesis de Grado*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Campuzano, M. D. L. R., y Martínez, L. F. (2014). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15(2), 169-185.
- Cano, D. (2015) *5 consejos para no caer en un desorden alimentario*. Recuperado en noviembre del 2015 de: <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/5-consejos-para-no-caer-en-un-desorden-alimentario>
- Clum, G. A., Rice, J. C., Broussard, M., Johnson, C. C. y Webber, L. S. (2014). Associations between depressive symptoms, self-efficacy, eating styles, exercise and body mass index in women. *Journal of Behavioral Medicine* 4 (37) 577-586. De: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10865-013-9526-5>

- Contreras, A. L., Mayo, G. V. A., Romaní, D. A., Tejada, G. S., Yeh, M., Ortiz, P. J. y Tello, T. (2013). Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. *Revista Medica Herediana*, 24(3), 186-191.
- Contreras, G. R. (2013). Psicoterapia psicodramática: una forma de diagnóstico y tratamiento para la depresión. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(2), 53-64.
- Crowther, J. H., Tennenbaum, D. L., Stevan, E. H. y Parris, M. A. (2013). *The Etiology of Bulimia Nervosa: The individual and familial Context*. (1era ed.) Estados Unidos. Hemisphere Publishing Corporation: p. 142-145.
- Cuyás, E. B. y Campanella, M. I. (2013). Eneagrama: definición y fundamentos. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 67(131), 549-560.
- Escobosa, R. N. (2012). *Trastorno de Pica: Abordaje de caso único, Terapia Cognitiva Conductual*. Tesis Inédita, Universidad de Palermo, Argentina.
- Fernández Nogales, A. (2004). *Investigación y Técnicas de Mercadeo*. (2ª ed.) España: ESIC Editorial: p. 154.
- Fernández Rodríguez, J. C.; Herrera Mera, M. (2013). Rinitis y factores psicológicos: estado de su relación. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, Enero-Abril, 14-19.
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S. y Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52.

- Fuentes, D. (2012). *Índice de Masa Corporal IMC o Índice de Quetelet*. Recuperado en abril del 2015 de: <http://comeconsalud.com/alimentacion-nutricion/imc-indice-de-masa-corporal/>
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Mashed, R., Morgan, P. T., Crosby, R. D. y Grilo, C. M. (2011). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (45) 657-663. De: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20957/full>
- González Aparicio, R. M. (2014). *Conocer el estrés: repercusión del estrés en la infancia*. Tesis Inédita, Universidad de Cantabria, España.
- Gratacos, M. (2015) *10 pasos para controlar la impulsividad* Recuperado en noviembre del 2015 de: <http://www.lifeder.com/impulsividad/>
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H. y Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 11 (157) 1799-1805. De: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.157.11.1799>
- Hernández, C. (2015). *6 consejos vs los trastornos alimentarios*. Recuperado en noviembre del 2015 de: <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/6-consejos-vs-los-trastornos-alimentarios>
- Hernández, R. , Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª ed.). Perú. MacGraw-Hill: p. 4, 152-153, 245, 278 Y 287.
- Iniesta, A., Martínez, A. y Mañas, C. (2014). Autoestima y diversidad funcional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*.

- Janet, T. (2015) *5 tips para evitar atracones por estrés*. Recuperado en noviembre del 2015 de: <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/5-tips-para-evitar-atracones-por-estres>
- Katzman, D. K., Stevens, K. y Norris, M. (2014). Redefining feeding and eating disorders: What is avoidant/restrictive food intake disorder?. *Paediatrics & child health*, 19(8), 445-446.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Babarich, N., Masters, K. y The Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 12 (161), 2215-2221. De: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>
- Lamardo, R. (2011) *Consejos Dietéticos para Combatir la Ansiedad*. Recuperado en noviembre del 2015 de: <http://www.sanasana.com/latinohealthmagazine/8-consejos-dieteticos-para-combatir-la-ansiedad/>
- Lopera, D. T. y Restrepo, M. (2015). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
- López, C. M. (2012). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis Inédita, Universidad de la Frontera, Chile.
- Mellado, J. E., Rodríguez, J. P., Ortuño, F. D. C., Jorroto, S. D. A. e Ibáñez, M. L. (2008). Manejo y control del síndrome de abstinencia. *Enfermería Global*, 7(1).
- Morales, B. I. , Loarca, F. J. y Pinzón, S. P. (2010). *Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares*. Tesis inédita, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

- Morís, M. y Accarino, A. (2013). *Mecanismos fisiopatológicos en la rumiación*. Tesis inédita, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Muñoz, L. A. (2013). *Incidencia de problemas alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en estudiantes de segundo básico de dos instituciones educativas*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Orellana, L. (2001). *ESTADISTICA DESCRIPTIVA*. Recuperado en octubre del 2015 de: http://www.hacienda.go.cr/cifh/sidovih/cursos/material_de_apoyo-f-c-cifh/1materialdeapoyocursoscifh/4estad%C3%ADsticabasica/estadisticadescriptiva-lillianaorellana.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado en abril del 2015 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortín, F. J.; Garcés, E. J.; Olmedilla, A. (2010). INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN LAS LESIONES DEPORTIVAS. *Papeles del Psicólogo*, Septiembre-Diciembre, 281-288.
- Pereira, M. L. N. (2011). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades investigativas en Educación*, 7(3).
- Pérez, M. I. (2012). *Factores sociales y psicológicos que afectan el rendimiento escolar en los alumnos del primer grado de la Escuela Oficial Urbana Mixta Jorge Arturo Ceballos, lotificación Los Llanos Cuyotenango, Suchitepéquez*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

- Peterson, R. E., Latendresse, S. J., Bartholome, L. T., Warren, C. S. y Raymond, N. C. (2012). Binge eating disorder mediates links between symptoms of depression, anxiety, and caloric intake in overweight and obese women. *Journal of obesity*, 2012.
- Pezzarossi, A. G. (2012). *Problemas de alimentación (anorexia y bulimia) y su efecto en las relaciones interpersonales en alumnos de 1° a 3° básico de un colegio privado*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Piñera, M. J., Arrieta, F. J., Alcaraz-Cebrián, F., Botella-Carretero, J. I., Calañas, A., Balsa, J. A. y Vázquez, C. (2012). Influencia de la pérdida de peso en la evolución clínica, metabólica y psicológica de los pacientes con sobrepeso u obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 27(5), 1480-1488.
- Rey, A. (2013). *Obsesiones: revisión de los síntomas obsesivos en las principales taxonomías del TOC*. Tesis Inédita, Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Reyes, J. M. (2015) *5 tips vs comer emocionalmente*. Recuperado en noviembre del 2015 de: <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/5-tips-vs-comer-emocionalmente>
- Rojano, P. G. M., Russell, M. E. R., Alvarado, K. S., Cervantes, M. L., Santos, Á. A. y Alarcón, L. F. (2014). Relación de la actividad física y el peso corporal con sintomatología depresiva en personas con sobrepeso u obesidad. *Psicología y Salud*, 24(2), 187-197.
- Rovira, B. L. y Chandler, E. (2011). *Anorexia Mental o Nerviosa Curioso no comer para vivir*. (1ª ed.) Argentina. Centro AB: p. 21-35.

- Ruiz, A.O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., López, X., Álvarez, G. L. y Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9, 447-455. Recuperado en marzo de 2015 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64716832012#>
- Rutzstein, G., Scappatura, M. L. y & Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(1), 39-49.
- Salamanca, A. y Hewitt, N. (2011). Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica. *Psychologia. Avances de la disciplina*, Enero-Junio, 47-58.
- Sáenz, S., González, F. y Díaz, S. (2011). Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores Socio-demográficos, Físicos y Conductuales en Universitarios de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4, 193-204. Recuperado en febrero del 2015 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169622220003#>
- Sánchez, P., Giraldo, J. J., & Quiroz, M. F. (2013). Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 241-251.
- Santana, M. P., Junior, H. D. C. R., Giral, M. M. y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*, 27(2), 391-401.
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.

Squillace, M. R., Janeiro, J. P. y Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1).

Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderma, A. B. y Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *American Psychological Association*, 3 (11) 579-592. De: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2011-14323-001>

Tello, S. L. (2012). *Incidencia en la tendencia a padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en Estudiantes de la Carrera de Nutrición*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Universidad de San Carlos de Guatemala (2015). *Facultad de ciencias químicas y farmacia. Pensum de Estudios de la carrera de nutricionista*. Recuperado febrero del 2015 de: <http://www.usac.edu.gt/archivos/ccqgnutriPENSUMDEESTUDIOSNUTRICION%28actualizado%29.pdf>

Universidad Francisco Marroquín (2015). *Licenciatura en Nutrición Clínica*. Recuperado febrero del 2015 de: <http://nutricion.ufm.edu/wp-content/uploads/PensumNC.jpg>

Universidad Mariano Gálvez de Guatemala (2015). *Facultad de Ciencias Medicas y de La Salud. Licenciatura en Nutrición Clínica*. Recuperado febrero del 2015 de: <http://apps.umg.edu.gt/pensa>

Universidad Rafael Landívar (2015). *Licenciatura en Nutrición*. Recuperado febrero del 2015 de: <http://www.url.edu.gt/WebPensumCarrera/Default.aspx?id=203&sm=c8&sm=c9>

Young, S. L. (2013). *Craving Earth: Understanding Pica--the Urge to Eat Clay, Starch, Ice, and Chalk*. Columbia University Press.



ANEXOS



ANEXO 1

FICHA TECNICA Y ESCALA:

**FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LOS PROBLEMAS
ALIMENTICIOS**

FICHA TECNICA

Nombre	Escala: Factores Psicológicos que Influyen en los Problemas Alimenticios
Objetivo	Determinar los factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios según los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar.
Descripción	Escala tipo Likert conformada por 33 ítems. Los ítems han sido clasificados en orden de acuerdo a los siguientes indicadores: <ul style="list-style-type: none">• Estrés: 7, 17, 19 y 21.• Ansiedad: 6, 8, 11, 14, 16, 18, 20, 24 y 28.• Depresión: 4, 5, 9, 10, 12, 23, 25 y 30.• Impulsividad: 3, 26 y 31.• Obsesión: 2 y 32.• Autoestima: 1, 13, 15, 22, 27, 29 y 33.
Tiempo de Aplicación	15 minutos aprox.
Administración	Individual.
Calificación	Cada ítem se califica de acuerdo a la siguiente valoración de la escala <ul style="list-style-type: none">• 5 = Muy de acuerdo.• 4 = De acuerdo.• 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo.• 2 = En desacuerdo.• 1 = Muy en desacuerdo.
Autor	María Inés Prado Rodríguez
Validez	Esta escala fue validada por 4 profesionales: <ul style="list-style-type: none">• Dr. Julián Sinibaldi• Mgtr. Cesar López• Lcda. Scarlette Muñoz• Dr. H. David Prado

Escala:

Factores Psicológicos que Influyen en los Problemas Alimenticios

A continuación se presenta una serie de enunciados, como parte de una evaluación de conocimientos sobre los factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios, dirigida a estudiantes de cuarto año de la carrera de Nutrición en la Universidad Rafael Landívar.

Toda la información que proporcione es confidencial y se utilizará únicamente con fines de un trabajo de tesis. Se le pide que marque con una "X" la respuesta que más aplique a su forma de pensar.

Edad: _____

Género: F M

Muy de acuerdo
De acuerdo
Ni de acuerdo ni en desacuerdo
En desacuerdo
Muy en desacuerdo

1. La baja autoestima conduce con alta probabilidad a un fracaso en las dietas, y a su vez, cada fracaso en una dieta contribuye a disminuir la autoestima, creando un círculo vicioso.					
2. Personas con anorexia nerviosa han demostrado conductas obsesivas.					
3. Las personas con bulimia tienen problema controlando su impulsividad.					
4. La comida que conforta o "comfort food" (casi siempre comida chatarra) es normalmente asociada con humores negativos relacionados con la depresión.					
5. La depresión se asocia con un incremento de consumo de dulces y comida rápida, al igual que la disminución de frutas y vegetales.					
6. La ansiedad infantil representa un camino genéticamente importante hacia el desarrollo de anorexia y bulimia.					
7. El estrés conduce a probables fracasos de las dietas para adelgazar.					
8. Un estado ansioso crónico incrementa el apetito en particular hacia los alimentos altos en azúcar o grasa.					
9. Un diagnóstico previo de depresión mayor incrementa la posibilidad de sobrepeso u obesidad.					
10. El fracaso en comprometerse a efectuar ejercicio de forma regular, puede contribuir al sobrepeso y obesidad, identificadas en las personas con depresión.					
11. Cuando se está a dieta y surgen situaciones que generan ansiedad, el cumplimiento de la dieta se relega a un segundo plano y la preocupación por restringir el consumo de alimentos suele suprimirse.					
12. Una característica asociada con el comer por atracones es el comer por depresión o aburrición.					

	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>
13. La baja autoestima se ha implicado clínica y empíricamente en problemas alimenticios y problemas de peso.					
14. La "pica" genera un apetito persistente hacia ciertas sustancias que pudieran no ser nutritivas, permitiendo al individuo experimentar una sensación de alivio, frente a las circunstancias que generan ansiedad.					
15. Mientras mayor el fracaso en dietas y menor la autoestima, más posibilidades de que el individuo adopte medidas extremas con el objetivo de perder peso.					
16. La sensación de tener algo en la boca por lo general suele calmar la tensión y esto permite que la ansiedad se descargue.					
17. La respuesta natural instintiva durante el estrés se acompaña de una disminución en el consumo de comida.					
18. Eventos estresantes o que causen excesiva ansiedad pueden desencadenar el inicio de los síntomas de la rumiación.					
19. Una situación de estrés agudo tiende a inhibir el apetito, y sólo en pocos casos lo exacerba.					
20. El compensar los sentimientos de ansiedad con comida es un tipo de asociación alimenticia.					
21. Al no conseguir aliviar el estrés en situaciones angustiantes, un individuo aumenta el consumo de comida como un recurso adicional para encontrar alivio y manejar la carga emocional.					
22. Gente con bulimia experimenta baja autoestima y episodios de atracones de comida.					
23. Ambas, la depresión y la obesidad, están relacionadas con deterioro funcional y una salud deficiente a largo plazo.					
24. Se ha sugerido que una de las funciones de la pica es actuar como una conducta tranquilizante para la ansiedad asociada con memorias de la infancia.					
25. Un consumo mayor de energía densa y comida dulce se relaciona con el intento de regular el afecto negativo relacionado con la depresión.					
26. La impulsividad está identificada como predisponente a conductas no saludables riesgosas, incluyendo comer en exceso, atracones y consumo de alcohol.					
27. Personas con baja autoestima presentan una tendencia aumentada a efectuar dietas en comparación con personas con alta autoestima.					
28. La mayoría de individuos con anorexia o bulimia, experimentan ansiedad.					
29. El peso corporal refleja la conducta y el estilo de vida, y contribuye a nuestra autoestima.					
30. La depresión está directamente asociada con una conducta sedentaria incrementada y una actividad física disminuida.					

	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>
31. La impulsividad o la compulsión se han convertido en uno de los más fuertes predictores del sobrepeso.					
32. La obsesión es más común en personas con anorexia y bulimia.					
33. Individuos con anorexia experimentan baja autoestima.					

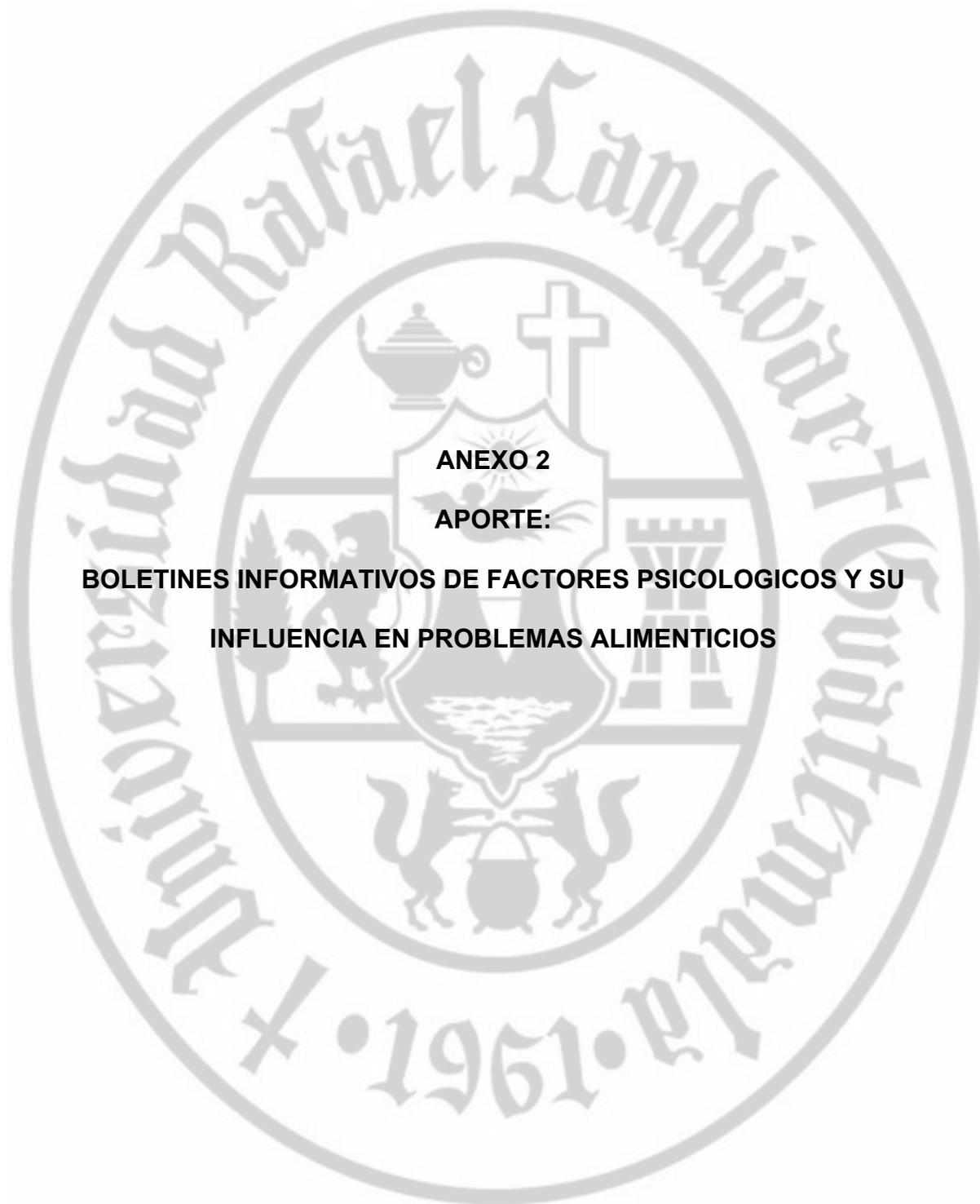
Instrucciones: Coloque una "X" en la casilla que mejor describa su opinión con respecto a la siguiente pregunta:

¿Se considera como nutricionista bien preparado/a para comprender el manejo de los factores psicológicos durante el tratamiento de problemas alimenticios?

Sí

No

Muchas gracias por su colaboración.

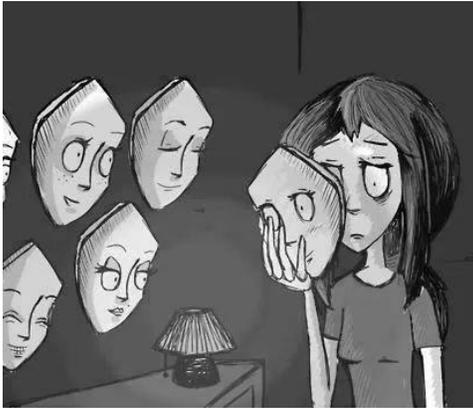


ANEXO 2

APOORTE:

**BOLETINES INFORMATIVOS DE FACTORES PSICOLÓGICOS Y SU
INFLUENCIA EN PROBLEMAS ALIMENTICIOS**

AUTOESTIMA Y LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS



La autoestima es considerada como un punto de partida para el desarrollo del auto concepto que cada persona tiene de sí mismo, las creencias que una persona tiene sobre sus propias características psicológicas, físicas, afectivas, sociales e intelectuales. Esto es una formación importante para nuestro entorno y como nos comportamos en él, incluyendo la responsabilidad personal, la salud propia, la creatividad, el aprendizaje y las relaciones humanas. El tener una autoestima baja, afecta a varias dimensiones, ya que la autoestima es esencial para la vida personal, social y profesional.

Se presenta una versión enferma de una autoestima baja

por medio de una actitud de desprecio hacia uno mismo, que se vincula con acciones conscientes e inconscientes de autodestrucción. De tal manera, la persona que se autodesprecia, aun cuando logre distintas metas que en teoría podrían hacer a la persona feliz, renunciará a la felicidad con comportamientos autodestructivos. Estos comportamientos se miran fuertemente asociados con problemas alimenticios.

En personas que padecen de obesidad con una alimentación desordenada se puede observar dificultades en regulación emocional y una baja autoestima, los cuales han implicado clínicamente y empíricamente en problemas de uso de

sustancia al igual que problemas alimenticios y problemas de peso.

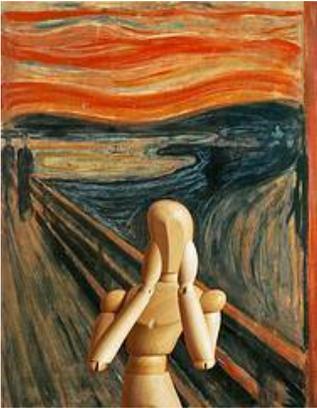
Al igual, la baja autoestima conduce una alta probabilidad a un fracaso en las dietas, y a su vez, cada fracaso en una dieta contribuye a disminuir la autoestima, creando un círculo vicioso. Esto lleva a que la persona aborde esfuerzos extremos con el objetivo de perder peso, tales como incrementar la restricción (anorexia), aumentar el ejercicios o empezar de cierta forma a regurgitar o vomitar. Tanto la gente que hace dieta regular como gente con bulimia, experimentan un baja autoestima y un afecto negativo y ambos abordan atracones aparentes.

El Instituto de Trastornos Alimentarios de Cataluña ofrece algunas recomendaciones para no caer en este tipo de problemas alimenticios:

- Nadie es igual a la otro: se necesita entender que el peso es relativo y depende de la constitución, edad y forma corporal de cada quien, esto es sumamente fundamental para no caer en un problema alimenticio. No todos los seres humanos son iguales, hay personas flacas y robustas; altas y chaparras; sin embargo, lo importante es aceptar las características del cuerpo.
- Si es necesario, hay que buscar apoyo psicológico que ayude a desvanecer creencias y pensamientos irracionales hacia el peso y el cuerpo, así como las conductas que pueden crear un problema alimenticio.
- Tan importante como cuidar la alimentación, es atender, mantener y proteger un buen estado de la autoestima.
- Evitar las quejas por defectos del cuerpo, que por cierto, varias veces pasan desapercibidas por el resto de personas con quienes se convive día a día.
- Establecer un patrón de alimentación regular: es recomendable acudir a un nutricionista o profesional en nutrición, debido a que se trata de una ayuda profesional que atenderá las características de cuerpo y del organismo para indicar una dieta adecuada.
- Recordar que la comida no es crimen ni castigo; además, los alimentos están directamente relacionados con lo emocional, por lo tanto se debe reconocer las situaciones que puedan afectar la alimentación, y por lo tanto el bienestar.

Referencia:
Hernández, C. (2015). 6 consejos vs los trastornos alimentarios.
Recuperado en noviembre del 2015 de:
<http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/6-consejos-vs-los-trastornos-alimentarios>

ANSIEDAD Y LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS



Ansiedad se define como una sensación de malestar o una amenaza la cual es acompañada de una respuesta autonómica del cual el origen por lo general se presenta desconocido por el individuo, el sentimiento es aquel de aprensión el cual es causado por el pensamiento de que existe un peligro por venir. Por lo general, la ansiedad esta presente en una situación sumamente estresante cuando la persona crea mucha activación fisiológica, en un estado como este es común las palpitaciones y la hiperventilación. La ansiedad puede tener dos efectos: permitir que se aprendan nuevas conductas para disminuir la ansiedad o

permitir que el estado negativos se mantenga, así como una activación fisiológica crónica y prolongada, donde se desarrollen trastornos fisiológicos o conductuales, entre estos se pueden encontrar los problemas alimenticios.

Por ejemplo se ha sugerido que una de las funciones de la "Pica" es una conducta asociado con memorias de la infancia. Se puede observar que la conducta generada por la "Pica" da un apetito persistente hacia ciertas sustancias que pueden ser no nutritivas, estas permiten a la persona experimentar una sensación de alivio frente a circunstancias que le generan

ansiedad. Esto puede suceder dado a que la sensación de tener algo en la boca por lo general suele calmar la tensión y esto permite que la ansiedad se descargue. De la misma manera, personas con trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, posean un trastorno de ansiedad.

De igual forma, en un estado ansioso crónico, se libera la hormona llamada cortisol, se incrementa el apetito en particular hacia los alimentos altos en azúcar o grasa, que a diferencia de una situación de estrés agudo que inhibe el apetito.

La Dra. Lamardo da consejos para combatir el comer por ansiedad, además agrega que junto a la alimentación es recomendable utilizar un plan de ejercicio para atenuar la ansiedad:

- Tratar de comer bien, es decir crear buenos hábitos alimenticios, entre ellos crear horarios para comer y una alimentación variada con los distintos grupos de alimentos de la pirámide alimenticia, además de utilizar porciones adecuadas.
- Evitar los alimentos grasos, azucarados y procesados, ya que estos pueden aumentar las patologías digestivas asociadas, además de potenciar otros trastornos de salud, que podrían estar asociados o ser consecuencia de los problemas alimenticios relacionados con la ansiedad como la obesidad.
- Incluir alimentos ricos en ácidos grasos omega-3. Estos se pueden encontrar en los pescados de aguas profundas, también las nueces, las almendras, las espinacas, coles, la lechuga, la soya y los aceites de linaza, soya y de canola. El omega-3 ayuda a controlar la ansiedad al igual contiene un efecto anti depresivo.
- Incluir en la alimentación los alimentos ricos en las vitaminas del complejo B. Este se puede encontrar el hígado, el pescado, productos lácteos, la pierna de pollo, los frijoles y las lentejas, la levadura de cerveza, los huevos, los vegetales de hojas verdes y los cereales integrales. Este grupo de vitaminas ayuda al funcionamiento adecuado del sistema nervioso.
- Eliminar o evitar el consumo de alcohol. Recuerde que el alcohol puede afectar la ansiedad en forma negativa y además interferir en el tratamiento y técnicas de relajación.
- Eliminar el café y las bebidas con cafeínas como el té y las gaseosas. Estas sustancias son estimulantes del sistema nervioso, exacerbando los problemas de ansiedad y de insomnio.
- Evitar fumar nicotina, ya que esta empeora la ansiedad. Las personas ansiosas crean el hábito de fumar después o antes de comer, creyendo que mejora la ansiedad, y no es así.
- Tener siempre a la mano alimentos para saciar el hambre. Son alimentos de consistencia dura los ideales para refrenar los ataques de ansiedad, pues además de saciar, obligan a masticar con firmeza.

Referencia:

Lamardo, R. (2011) *Consejos Dietéticos para Combatir la Ansiedad*. Recuperado en noviembre del 2015 de: <http://www.sanasana.com/latino/healthmagazine/8-consejos-dieteticos-para-combatir-la-ansiedad/>

DEPRESIÓN Y LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS



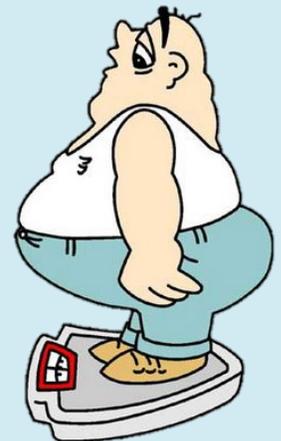
La depresión es una enfermedad en donde la sintomatología puede ser sumamente variada. Sin embargo, tiene un síntoma central, este es la alteración del ánimo. Además, suele haber sentimientos como pena, estar malhumorado, angustia o crisis de pánico, lentificación motora y caída del rendimiento en algunas funciones psíquicas y cognitivas, tendencia al aislamiento, desmotivación, apatía, abulia, dificultad para disfrutar, desesperanza, inhibición motora, hipotonía (disminución de tono muscular) y pensamientos negativos.

A pesar de ser un trastorno afectivo o una enfermedad, la depresión puede ser de igual manera un factor psicológico influyente o un efecto en diversos problemas alimenticios.

Por ejemplo, durante la niñez y a adolescencia, la actitud social negativa hacia gente con sobrepeso y obesidad, genera una depresión reactiva. Por otro lado, las estadísticas parecen indicar que un diagnóstico previo de depresión mayor incrementa la probabilidad de sobrepeso y obesidad.

Síntomas asociados con la depresión incluyen asociaciones con incremento de consumo de dulces y comida rápida, al igual que disminución de frutas y vegetales. La ingesta emocional es comer en respuesta a la emoción negativa. Es posible que un consumo mayor de energía densa y comida dulce puede ser el resultado de regular el afecto negativo relacionado con depresión.

La actividad física es otro componente importante en el mantenimiento del peso y en el sobrepeso y la obesidad. La depresión esta directamente asociada con una conducta sedentaria incrementada y una actitud física disminuida. A la inversa, una literatura floreciente ha demostrado que el ejercicio es una intervención efectiva para reducir y prevenir síntomas depresivos.



Una dieta sana tiene un efecto positivo en la reducción del riesgo de enfermedades de corazón, diabetes, obesidad y muchas condiciones médicas, al igual que para la depresión. Reyes de consejos para ayudar a una persona con depresión a cuidar sus hábitos y así no caer en un problema alimenticio:

- Llevar un diario: Anotar lo que se come, cuánto come, cuándo come, cómo se siente cuando come y cuanta hambre siente. Con el tiempo, la persona llegará a identificar algunos patrones que revelan la conexión entre el humor y la comida.
- Buscar apoyo: Es más probable que una persona ceda a comer de manera emocional, por tristeza o depresión, si carece de una buena red de apoyo. Se necesita pedirle a la familia y amigos, o considerar unirse a un grupo de apoyo.
- No privarse: Cuando una persona esta tratando de bajar de peso, lo más común es que deje de comer aquellas golosinas o comidas que suelen tener una elevada cantidad de calorías, lo cual sólo puede provocar que aumenten los antojos, especialmente en respuesta a las emociones relacionadas con la depresión. Lo recomendable es que se disfrute ocasionalmente de esos alimentos, sin excepciones, para que se comience a controlar de mejor manera los antojos.
- Dormir lo suficiente: es muy frecuente que si no se descansa adecuadamente le falte energía a uno, lo cual conlleva a comer algunos alimentos con muchas calorías que brindan energía para contrarrestarlo. Mejor tomar una siesta o acostarse más temprano para que uno duerma bien.
- Ayuda profesional: Si ya ha probado la persona varios métodos para controlar la manera de comer pero sin éxito, la terapia puede ser de ayuda a entender las motivaciones detrás de la forma de comer, así como nuevas habilidades para afrontarlo. También puede ayudar a detectar si se presenta un problema alimenticio relacionado con la forma de comer.

Referencia:

Reyes, J. M. (2015) 5 tips vs comer emocionalmente. Recuperado en noviembre del 2015 de:
<http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/5-tips-vs-comer-emocionalmente>

ESTRÉS Y LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS



El estrés se define como una situación que desencadena un desequilibrio entre demandas internas y externas, las características personales y los recursos percibidos para hacer frente a dicha situación. Los seres humanos, convivimos con el estrés como un estímulo constante, el cual se ha transmitido a posteriores generaciones, por lo que el estrés también se puede entender como un fenómeno con características adaptativas necesarias para la supervivencia.

Ante una misma situación, personas diferentes pueden percibirla como estresante o no, esto depende de las características y recursos

personales de la persona, además de los recursos del ambiente de los que se disponga a defenderse. Cuando determinados estresores se repiten con una alta frecuencia, puede conllevar a un aumento de estrés por encima del promedio, convirtiéndose entonces en un factor de riesgo para la salud del individuo. Tanto así que el estrés puede influenciar fuertemente en los problemas alimenticios.

Cuando una persona percibe en la vida situaciones estresantes, utiliza recursos internos y externos para disminuir el estrés; sin embargo, al no conseguirlo, llega a consumir comida como un recurso

adicional para complementar el déficit. Sumatoriamente, un estrés orgánico y una emocionalidad alta llevan a un fracaso más probable sobre la dieta.

Sin embargo, interesantemente, la respuesta natural instintiva durante el estrés es el disminuir el consumo de comida, el cual refleja la activación del sistema nervioso simpático.



La felicidad causada por atracones después de un día estresante, en realidad dura muy poco. Comer en exceso produce serie de reacciones psicológicas al igual que influye en el aumento de peso. Existen 5 tipos para evitar estos atracones causados por el estrés:

- Comer carbohidratos complejos: Todo tipo de carbohidratos estimula la producción de serotonina. Sin embargo, los carbohidratos complejos mantienen los niveles de azúcar estables debido a que se digieren lentamente. Entre estos carbohidratos se encuentra la avena, el cereal integral o las pastas.
- Masticar verduras: Los vegetales crudos son ideales para disminuir el estrés ya que al masticarlos liberan la tensión de la mandíbula. Las verduras tienen un bajo nivel calórico, hecho que además de relajar, ayuda a cuidar el peso.
- Incluir Omega-3 en la dieta: los alimentos con altos niveles de Omega-3 como la nuez, almendra y salmón, controlan la producción de cortisol, hormona del estrés. Al igual protege contra la depresión y mejora la función cerebral.
- Consumir Vitamina C: los cítricos reducen el cortisol y fortalecen el sistema inmune. El estrés debilita el sistema inmunológico y te hace presa fácil de enfermedades como la gripe.
- Beber té: La teanina es un aminoácido que se encuentra en el té verde, y tiene un efecto tranquilizador, por no somnoliento. Reduce además la presión arterial alta.

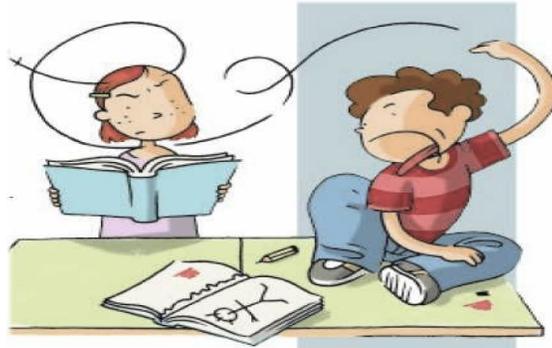
Referencia:

Janet, T. (2015) 5 tips para evitar atracones por estrés.

Recuperado en noviembre del 2015 de:

<http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/5-tips-para-evitar-atracones-por-estres>

IMPULSIVIDAD Y LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS



La impulsividad se considera como el actuar rápido de una manera que no fue premeditada debido a una conciencia deficiente de las consecuencias de las mismas. En otras palabras, al ser impulsivo no se atiende a todas las opciones disponibles al momento de la toma de decisiones. La impulsividad, la fuerza básica que conocemos como fuerza impulsora o impulso, también se conoce como compulsión. Esta se canaliza en la conducta de la persona siendo irresistible, especialmente cuando permanece inconsciente. En un nivel conductual, se puede observar una sensibilidad reducida a consecuencias aversivas que se desencadenaron por

los actos impulsivos, así como una velocidad de reacción que no deja un buen procesamiento de la información, tanto en estímulos externos como estímulos internos.

La impulsividad, como otros factores psicológicos, son sumamente influyentes en los problemas alimenticios. Por ejemplo, la impulsividad se ha convertido en uno de los más fuertes predictores del sobrepeso. Para lograr mantener un peso saludable se necesita seguir una dieta y actividad física constante, lo cual implica moderación y compromiso, esto es algo sumamente difícil para los individuos altamente impulsivos.

La impulsividad suele dar una urgencia negativa o la probabilidad de actuar temerariamente en angustia, esto se encuentra asociado con un anfitrión de conductas no saludables riesgosas, incluyendo comer en exceso, atracones y consumo de alcohol.



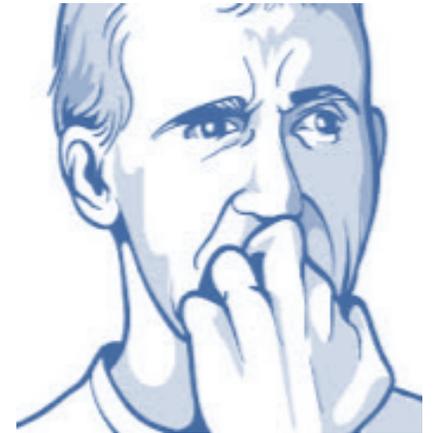
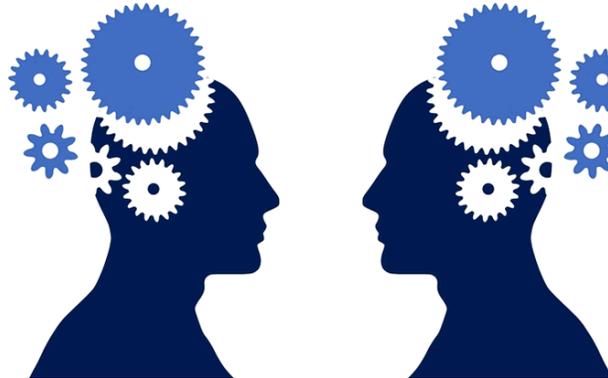
Existen 10 pasos para ayudar a controlar la impulsividad y así ayudar a evitar problemas alimenticios causados por el ser impulsivo:

- 1. Responsabilizarse:** El primer paso es darse cuenta que se debe controlar la impulsividad. Si no se es consciente de esto nunca se aprenderá a controlarla.
- 2. Detectar los estímulos:** Una vez se tenga claro que se debe mejorar la capacidad de control sobre la impulsividad, se debe aprender a detectar los estímulos. Ayuda apuntar en una hoja cada una de las acciones impulsivas y describir como ha sido.
- 3. Controlar el volcán:** El siguiente paso es controlar el volcán para que no entre en erupción, es decir, ser capaz de detener la conducta impulsiva en esas situaciones que inducen a responder de esa forma.
- 4. Demorar la respuesta:** Una vez se sea capaz de detectar los momentos en los que se reacciona de una forma impulsiva, ya se esta preparando para modificar el tipo de respuesta. Esto consiste en acostumbrarse a dejar unos segundos antes de actuar.
- 5. Utilizar autoinstrucciones:** A pesar de que se consiga contar hasta tres antes de actuar, la impulsividad puede aparecer igualmente. Se debe se capaz de utilizar ese tiempo para que aparezca la parte racional, así controlar la impulsividad.
- 6. Desarrollar comportamientos alternativos:** Conseguir desarrollar un comportamiento alternativo cada vez que se tema la aparición de la impulsividad será menos probable que aparezca.
- 7. Desarrollar pensamientos alternativos:** Las autoinstrucciones deben de servir para desarrollar una forma de pensar distinta.
- 8. Canalizar la energía:** Se recomienda realizar algún tipo de deporte, ya que es la actividad más apropiada para dar vía libre a la impulsividad de una forma controlada.
- 9. Aprender a relajarse:** Para tener una menor predisposición a la impulsividad es conveniente que se aprenda a adquirir estados de relajación de forma habitual.
- 10. Reducir el estrés:** Reservarse momentos para distraerse y relajarse, e intentar no estar realizando actividades sin parar.

Referencia:

Gratacos, M. (2015) *10 pasos para controlar la impulsividad*
Recuperado en noviembre del 2015 de:
<http://www.lifeder.com/impulsividad/>

OBSESION Y LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS



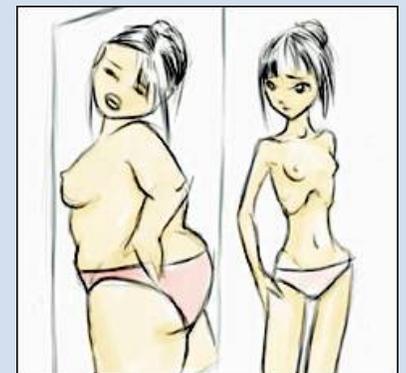
El origen etimológico del término obsesión, se deriva del vocablo latino *absessio-onis*, esto significa asedio. Asedio da a entender una lucha y resistencia contra una fuerza exterior que puede resultar en agotamiento y rendirse al final. La definición de un estado obsesivo es como un fragmento de la conducta que se caracteriza por una repetición excesiva, un contenido anómalo y una resistencia por parte de la persona que se encuentra afectada. Entonces se puede decir que estos son pensamientos sumamente repetitivos y molestos, los cuales generan en la persona un grado de malestar lo que lleva a ciertas conductas, entre estos conductas alimenticias.

A menudo la obsesión rompe y paraliza el flujo cotidiano o lo que se considera normal de la persona. El concepto obsesión esta fuertemente ligado al trastorno obsesivo compulsivo, también conocido como TOC, siendo las obsesiones, junto a las compulsiones, los síntomas principales de este trastorno.

Dos de las características importantes en las obsesiones son: (a) que sean pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento, como intrusas no deseadas y que la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante; (b) que la persona intente ignorar o suprimir estos pensamientos,

impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando la compulsión).

Muchos problemas alimenticios se miran influenciados por la obsesión, entre estos se encuentra ocasionalmente la pica, la bulimia y especialmente en la anorexia nerviosa, por lo general de tipo restrictivo.



Eating Disorders Awareness and Prevention, publicó 5 consejos para evitar desarrollar problemas alimenticios causados por la obsesión y mejorar la conducta alimentaria:

- Dejar de hablar del peso: Se puede aprender a amar y aceptar el cuerpo de uno, si se relaciona con mujeres que se aman por se como son. Recordar que cada discusión que se tiene acerca del cuerpo y grasa, deja una impresión en la gente alrededor.
- Hacer una lista de mujeres a las que se admira: Analizar ¿Cuáles se cree que son los atributos más grandes que una mujer puede tener? ¿qué le gustaría que alguien admirara de uno?
- Dejar a un lado la obsesión por pesarse: Tener presente que el énfasis de ser delgada y hermosa es algo impuesto por la sociedad. Relajarse e imaginarse pasar un día o una semana sin la báscula pensando en la autoestima de uno.
- Ejercitarse por diversión: El cuerpo necesita ejercicio y comida. Caminar, bailar en la sala, jardín, practicar golf, etc. Tratar de moverse por el corazón y no para disminuir el tamaño del estómago. Puede que se pierda peso o no, pero el cuerpo será más fuerte, se reducirá el estrés y se sentirá mejor.
- Romper las barreras. La autora Sara Tisdale afirmó: “Todos debemos escoger entre varias batallas: en contra de la cultura ideal o en contra de nosotros mismos.” Se necesita desarrollar un estilo propio y sobre todo divertirse.

Referencia:

Cano, D. (2015) *5 consejos para no caer en un desorden alimentario*. Recuperado en noviembre del 2015 de: <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/5-consejos-para-no-caer-en-un-desorden-alimentario>