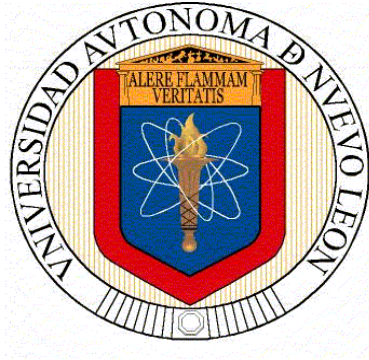


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“CONDUCTA ALIMENTARIA Y VARIABLES PSICOSOCIALES:  
DIFERENCIAS ENTRE ESTUDIANTES Y TRABAJADORAS”**

**Tesis que presenta:**

**CECILIA DENISSE PÉREZ TIJERINA**

**Como requisito parcial para obtener el grado de:**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS  
CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**

**MONTERREY, N. L., MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2020**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA  
SALUD**



**CONDUCTA ALIMENTARIA Y VARIABLES PSICOSOCIALES: DIFERENCIAS  
ENTRE ESTUDIANTES Y TRABAJADORAS**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:**

**CECILIA DENISSE PÉREZ TIJERINA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. CECILIA MEZA PEÑA**

**MONTERREY, N. L., MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2020**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA  
SALUD**

La presente tesis titulada “Conducta alimentaria y variables psicosociales: diferencias entre estudiantes y trabajadoras” presentada por Cecilia Denisse Pérez Tijerina ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dra. Cecilia Meza Peña  
Directora de tesis

---

Dra. Edith Gerardina Pompa Guajardo  
Revisora de tesis

---

Dra. Fuensanta López Rosales  
Revisora de tesis

Monterrey, N. L., México, SEPTIEMBRE de 2020

# DEDICATORIA

Dedico con todo mi cariño este documento de tesis a mis padres Felipe Pérez y Julia Tijerina por siempre guiarme y brindarme el apoyo necesario para cumplir cada uno de mis objetivos, por el amor infinito que me han brindado y la paciencia que me han tenido, así como también por cada sacrificio que han tenido que realizar ellos para que a mi jamás me faltara nada, de igual manera se la dedico a mi hermana Julissa Pérez que desde siempre ha sido uno de mis principales modelos a seguir.

Los amo familia.

Cecy

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico brindado para que pudiera lograr este grado académico, sin el cual este proyecto no hubiera sido posible.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, en especial a la Facultad de Salud Pública y Nutrición en la cual concluí mis estudios de licenciatura y a la Facultad de Psicología por abrirme las puertas y creer en mí para poder realizar este posgrado con ellos, aun sabiendo que mi formación no es en psicología.

A la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica por abrirme las puertas a su institución para que pudiera yo realizar este estudio, así como también al Ing. Agustín Cortés Coss docente de esta misma facultad por brindarme el apoyo y la facilitación de la muestra de este proyecto.

De corazón quiero agradecer a mis padres, que son los principales promotores de mis sueños, mis pilares y a quienes sé que me faltara vida para demostrarles lo inmensamente agradecida que estoy por brindarme las oportunidades que me dieron, gracias por guiarme y hacerme una persona de bien, agradezco infinitamente que gracias a ellos soy quien soy.

Muchas gracias a mi hermana por siempre estar para mi incluso cuando ya no quería seguir, por alentarme y siempre recordarme que lo bueno tarda, pero siempre llega, gracias por ser un ejemplo de mujer y sobre todo gracias por ser mi mejor amiga.

Quiero agradecer a Giselle Chávez que sin saberlo se volvió una parte primordial no solo de mi día a día desde la facultad, sino de mi vida, has sabido darme los mejores consejos que, aunque a veces no son los que quiero oír siempre son honestos y viendo por mi bien, gracias por seguirme en cada locura y gracias por permitir que yo te siga en cada una de las tuyas.

A mi novio Carlos González que ha estado apoyándome en cada uno de mis sueños, gracias por todo el amor que me has dado a lo largo de todos estos años, por las palabras y la motivación que solamente tú sabes cuando las necesito, gracias por ser parte del camino y llegar conmigo a la meta.

Gracias infinitas a mi director de tesis la Dra. Cecilia Meza Peña por tanto apoyo, cariño y por las sabias palabras que me brindó a lo largo de mi estancia en la facultad y aun después de terminar.

A mis revisores de tesis la Dra. Edith Gerardina Pompa Guajardo y la Dra. Fuensanta López Rosales por el tiempo que me brindaron y los consejos para mejorar el proyecto.

A mis compañeros de maestría Shadia Mroue, Elena González, Sebastián Adame e Israel Silva que supieron aceptarme aun y cuando nuestras personalidades eran tan distintas me brindaron su amistad y apoyo.

## RESUMEN

La conducta alimentaria define la frecuencia con la que se consume algún alimento, pueden ser afectados por el estilo de vida, por la sensibilidad a la ansiedad y la depresión, pero no existen estudios en los que se comparen los patrones alimentarios y variables psicosociales de sujetos expuestos a diferentes estilos de vida. Para analizar la relación entre el patrón alimentario predominante y diversas variables psicosociales de estudiantes y trabajadores, se realizó un estudio correlacional-comparativo en el cual participaron 174 mujeres divididas en dos grupos (estudiantes y empleadas), se utilizaron los instrumentos de ASI-3 para medir el índice de sensibilidad a la ansiedad, el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el Cuestionario de comportamiento alimentario. Se encontró que los problemas de la conducta alimentaria están presentes en mayor medida en la población estudiantil (45%) en contraste con la población de empleadas (34.9%), las estudiantes son más propensas a presentar ansiedad, así como también presentan en mayor medida depresión, aunque gran porcentaje presenta sintomatología depresiva mínima. En conclusión, la población estudiantil se encuentra más propensa a padecer problemas de la conducta alimentaria, ansiedad y sintomatología depresiva en mayor medida que la población de empleadas.

**Palabras clave:** Sensibilidad a la Ansiedad, depresión, obesidad, alimentación, patrón alimentario

## **ABSTRACT**

Food behavior defines how often food is consumed, they can be affected by lifestyle, sensitivity to anxiety and depression, but there are no studies comparing the food patterns and psychosocial variables of subjects exposed to different lifestyles. To analyze the relationship between the predominant dietary pattern and various psychosocial variables of students and workers, a correlational-comparative study was conducted involving 174 women divided into two groups (students and employees), ASI-3 instruments were used to measure the anxiety sensitivity rate, the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Food Behavior Questionnaire. Food behavior problems were found to be present to a greater extent in the student population (45%) in contrast to the employed population (34.9%), students are more likely to develop anxiety, as well as have a greater depression, although a large percentage have minimal depressive symptomatology. In conclusion, the student population is more likely to suffer from problems of dietary behavior, anxiety and depressive symptomatology to a greater extent than the population of female employees.

**Keywords:** Sensitivity to Anxiety, Depression, Obesity, Diet, Food Pattern



# ÍNDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
<u>CAPÍTULO I</u>	11
<u>INTRODUCCIÓN</u>	11
<u>Definición del Problema</u>	17
<u>Justificación de la Investigación</u>	18
<u>Objetivo General</u>	20
<u>Preguntas de investigación</u>	20
<u>Limitaciones y Delimitaciones</u>	21
<u>CAPÍTULO II</u>	22
<u>MARCO TEÓRICO</u>	22
<u>Modelo Ecológico de Bronfenbrenner</u>	22
<u>Microsistema</u>	22
<u>Mesosistema</u>	23
<u>Exosistema</u>	23
<u>Macrosistema</u>	23
<u>Cronosistema</u>	24
<u>Conducta Alimentaria</u>	24
<u>Definición</u>	24
<u>Hábito alimentario</u>	25
<u>Definición</u>	25
<u>Historia de la alimentación</u>	26
<u>Teorías sobre la alimentación</u>	28
<u>Tiempo de comida</u>	29
<u>Prevalencia</u>	30
<u>Recomendación</u>	30
<u>Anomalías alimentarias</u>	30
<u>Sobrepeso / Obesidad</u>	31
<u>Definición</u>	31
<u>Explicación a nivel biológico, psicológico y social de la obesidad</u>	34
<u>Nivel biológico</u>	34
<u>Nivel psicológico</u>	36
<u>Nivel social</u>	38
<u>Factores de riesgo a nivel individual, familiares y sociales</u>	39
<u>Factor de riesgo individual</u>	40
<u>Factores de riesgo familiares</u>	42
<u>Factores de riesgo sociales</u>	43
<u>Diagnóstico</u>	44
<u>Clasificación</u>	45
<u>Prevalencia</u>	46
<u>Teorías sobre la obesidad</u>	50
<u>Investigaciones sobre obesidad</u>	51

<u>Modelos explicativos de la obesidad</u>	53
<u>Factores psicosociales</u>	54
<u>Ansiedad</u>	54
<u>Definición</u>	54
<u>Clasificación</u>	56
<u>Prevalencia</u>	58
<u>Investigaciones sobre alimentación y ansiedad</u>	59
<u>Sensibilidad a la Ansiedad</u>	61
<u>Definición</u>	61
<u>Clasificación</u>	62
<u>Depresión</u>	63
<u>Definición</u>	63
<u>Clasificación</u>	64
<u>Prevalencia</u>	65
<u>Investigaciones sobre alimentación y depresión</u>	66
<u>CAPÍTULO III</u>	69
<u>MÉTODO</u>	69
<u>PARTICIPANTES</u>	69
<u>APARATOS E INSTRUMENTOS</u>	70
<u>Anxiety Sensitivity Index—3 (ASI-3)</u>	70
<u>Inventario de depresión de Beck (BDI-II)</u>	71
<u>Cuestionario de comportamiento alimentario</u>	72
<u>Aspectos éticos</u>	72
<u>Procedimiento</u>	73
<u>Diseño utilizado:</u>	73
<u>Recolección de Datos:</u>	74
<u>Análisis de Datos:</u>	74
<u>CAPÍTULO IV</u>	75
<u>RESULTADOS</u>	75
<u>CAPÍTULO V</u>	76
<u>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	76
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	77
<u>ANEXOS</u>	93
<u>ANEXO 1</u>	94
<u>ANEXO 2</u>	95
<u>ANEXO 3</u>	96
<u>ANEXO 4</u>	99

### **Índice de Tablas y Figuras**

<u>Tabla 1. Factores epidemiológicos asociados al exceso de peso</u>	44
<u>Tabla 2. Clasificación de la obesidad según la OMS</u>	46
<u>Tabla 3. Teorías de la obesidad</u>	50
<u>Tabla 4. Enfoques multidisciplinarios de la obesidad</u>	53



# **CAPÍTULO I**

## ***INTRODUCCIÓN***

Se le conoce como conducta alimentaria al conjunto de acciones que realiza un individuo como respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, referimos básicamente al conjunto de conductas, que engloban a los hábitos alimenticios, el patrón alimentario, la selección de un alimento que es ingerido, preparación culinaria, cantidades ingeridas del alimento, pero también a el tiempo de comida que es consumido (Loyola & Pauta, 2017; Radilla et al., 2015).

Debido a estas conductas en algunos casos es posible ver alteraciones nutricionales y sus principales causas pueden ser de tipo genético y ambiental; cabe resaltar que estas últimas son las que más hacen resonancia en la sociedad ya que en estas se encuentran los malos hábitos alimenticios caracterizados principalmente por el consumo alto de carbohidratos (Morquecho, 2017).

Estudios realizados en animales mencionan que la alimentación tardía o la alimentación nocturna favorece a la adquisición de diversas enfermedades, entre ellas el sobrepeso y la obesidad, esto después de estudio en humanos, dando los mismos resultados (Allison, Goel & Ahima, 2013; Asher & Sassone-Corsi, 2015).

Algunos autores mencionan que las personas que por lo regular se alimentan más tarde o fuera de su horario normal llegan a presentar un consumo menos saludable de comida, así como también se reporta una mayor ingesta de grasa en aperitivos nocturnos, sustituyendo los tiempos de comida normalmente recomendados (Gallant, Lundgren & Drapeau, 2014; Walker, Christopher, Wieth & Buchanan, 2015).

Estudios realizados muestran que la privación de algún tiempo de comida, aumenta los sentimientos de hambre y para satisfacer esa necesidad de alimento las personas tienden a aumentar la cantidad que van a consumir, esto causa un aumento en los niveles de ansiedad y depresión que presentan las personas (Hogenkamp et al., 2013; Sawyer, Fisher, Llewellyn & Gregory, 2015; Valladares, Obregón & Chaput, 2015).

Este consumo menos saludable puede traer diversas consecuencias, entre las más conocidas se encuentra la obesidad, la cual es uno de los desafíos de salud pública más importantes de la actualidad, ya que la asociación entre la alimentación emocional, la externa (rasgos psicológicos que se han asociado con el aumento de peso de los adultos) y la arquitectura de la alimentación podría poner de relieve posibles objetivos para intervención (Magklis, Howe, Frayling & Johnson, 2017).

Un estudio realizado en personas obesas asegura que la conducta de alimenticia se asocia con las emociones de ira, aburrimiento y depresión, además personas que tienen este padecimiento tienden a ocultar su forma de comer en comparación con individuos de peso normal, lo que trae como resultado que las personas se aíslen a la hora de ingerir sus alimentos (Hudson & Williams, 1981).

Las personas con obesidad presentan una sobrealimentación emocional ocasionada principalmente por trastornos por atracón y una sintomatología depresiva (Masheb & Grilo, 2006), el hecho de tener una restricción recurrente de la hora de dormir puede modificar la cantidad, composición y distribución de la ingesta de alimentos humanos, dormir pocas horas en un ambiente que promueve la obesidad puede facilitar el consumo excesivo de energía de los refrigerios, pero no de las comidas reales (Koski & Naukkarinen, 2017).

Las personas que padecen algún tipo de obesidad y/o sobrepeso no están exentas de factores psicopatológicos, estudios realizados han demostrado que tiene un alto

índice de ansiedad y depresión, así como también existe cierto porcentaje de población que al padecer depresión favorece el aumento de su ingesta alimentaria y por ende a un mayor consumo calórico, por su parte la ansiedad se encuentra relacionada a personas con exceso de peso ya que cuando la ansiedad se manifiesta comienza a verse una tendencia repetitiva de comer a destiempo (Godoy, 2014; Pompa & Meza, 2017; Santana-Cárdenas, 2016).

Se han estudiado tres tipos de estilos de ingesta; *restrictivo* el cual su principal característica es que como su nombre lo dice, las personas restringen o limitan la ingesta de alimento con el fin de buscar la disminución de peso, el *extremo* que se debe al aumento de la ingesta en respuesta a claves externas como lo puede ser el olfato o la vista, y por último tenemos la *emocional* que se asocia principalmente al incremento de la ingesta debido a una emoción intensa y/o negativa (López & Cebolla, 2016).

La importancia de diferentes tipos de patrones de alimentación tiene una relación en la patogénesis y el tratamiento de la obesidad, lo cual es ampliamente reconocido por estudiosos del tema, se proponen 4 tipos de patrones de alimentación:

1) *Gorging* el cual se define como comer una gran cantidad de comida tres veces al día, este tipo de patrón de alimentación determina un menor aumento del índice de masa corporal (IMC) y es un índice más positivo para el resultado terapéutico (Micanti et al., 2017).

2) *Snacking* que se caracteriza por tener un frecuente consumo de bocadillos entre cada comida, las personas que se encuentran en este grupo acostumbran a consumir comidas rápidas (Micanti et al., 2017).

3) *Grazing* se refiere a un consumo de cantidades pequeñas durante un período prolongado de tiempo, es acompañada con un pobre control de que se está consumiendo en realidad (Micanti et al., 2017).

4) *Bringe* o *atración* es caracterizada principalmente por la falta de control que tienen las personas en su ingesta de alimentos, la desregulación del estado de ánimo (Micanti et al., 2017).

Por otro lado, algunos autores mencionan que la alimentación emocional y los atracones se consideran difícilmente observables a la preocupación por la forma y el peso, pero generalmente se presentan en las personas con algún tipo de sobrepeso y obesidad (Goldschmidt et al., 2014; Tao, Wu & Wang, 2016).

Se ha comprobado que los hábitos y consumo alimentario se desarrolla principalmente en la infancia y se afianzan en la adolescencia, es en esta misma etapa en la que las personas imitan los hábitos de consumo de la familia y amigos (Alvarado & Luyando, 2013; Cervera, Serrano, Vico, Milla & García, 2013).

Una de las poblaciones más vulnerables en este tema son los estudiantes universitarios ya que estos presentan un alto porcentaje de insatisfacción entre sus hábitos alimenticios en relación con la evaluación de su alimentación en la actualidad, asociadas principalmente a falta de tiempo, debido a que esto impacta negativamente en la selección, organización, preparación e ingesta de alimentos (Denegri, García, González, Orellana & Maldonado, 2014; Radilla et al., 2015).

Ellos pueden tener cambios importantes en su estilo de vida en la que los factores emocionales y fisiológicos se ven alterados también en este periodo, ya que suele ser el momento en el que se asume un rol de responsabilidad, estos aspectos junto a factores sociales, económicos, culturales y las preferencias alimentarias configuran un nuevo patrón de alimentación que en muchos casos es mantenido a lo largo de la vida (Cervera et al., 2013; Radilla et al., 2015).

El consumo alimentario cambia con rapidez en los episodios de crecimiento acelerado; omisión de comidas; dietas para perder peso; ayuno; alimentación desordenada; abuso de drogas, alcohol, diuréticos, fármacos por prescripción, laxantes, y debido a todo esto los jóvenes universitarios observan cambios en su peso corporal, sin embargo, actualmente se sabe poco sobre las razones de este

aumento de peso (Escott-Stump, 2012; Grabowski & Barker, 2015; Sprake, Lavin, Russell, 2015).

Existen algunos hábitos alimenticios que son llamados negativos y esto se debe a que la población solo practica menos de dos comidas al día y por lo regular no desayunan, prefieren los alimentos precocinados, de bollería industrial, zumos envasados, golosinas y refrescos azucarados, se presenta un muy bajo consumo de alimentos considerados saludables, tales como la verdura fresca, fruta, legumbres, y pescado su consumo es deficitario (Iglesias, Santa & Sáez, 2015; Martins, 2017).

Debido a los cortos tiempos en los cuales se dispone la sociedad a consumir los alimentos existe una diferencia en cuanto a la población estudiantil y la trabajadora, ya que estos últimos acostumbran consumir los alimentos en su mismo entorno donde laboran, en comparación con los estudiantes que muchas veces tienen la facilidad de realizar los tres tiempos principales de comida en su hogar, o también se da el caso extremo de que no consuman ningún tiempo de comida en sus hogares debido a las grandes cargas académicas (Cervera et al., 2013; Radilla et al., 2015; Sominsky & Spencer, 2014).

Por otro lado, algo que también se debe de considerar es que la población que presente sobrepeso/obesidad por lo regular es muy apegada a la tecnología, esta misma favorece a la interacción entre el autocontrol y la ansiedad causada por condiciones de vida de alta densidad (Tao, Wu & Wang, 2016).

La relación de comportamiento alimenticio perturbado y los síntomas de salud mental presentan una asociación con el favorecimiento de padecer sobrepeso y obesidad, es de vital importancia enfatizar en los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de obesidad, debido a que este componente es la normalmente limitada o excluida, la evaluación de la personalidad se vuelve



esencial para todos los individuos obesos (Lazarevich, Irigoyen-Camacho & Velázquez-Alva, 2013; Martins, 2017).

La ansiedad, al igual que llega a suceder con la depresión, es un trastorno psicológico altamente registrado en centros de salud y con mayor prevalencia en el ámbito universitario, este periodo de estudios universitarios suele ser el momento en el que los estudiantes por primera vez se ven en la necesidad de asumir una responsabilidad respecto a su alimentación, por lo cual se sobreentiende que es una etapa crítica para el desarrollo de hábitos alimentarios que repercutirán en su futura salud (Schnettler et al., 2013).

Estudios demuestran que, a mayores niveles de ansiedad y depresión, mayores serán las probabilidades de presentar obesidad o sobrepeso, en el caso de los trabajadores, esto se ve alterado debido tanto al estrés y emociones negativas que se presentan en el ambiente laboral, como también al horario variado de trabajo, aunado a esto el corto tiempo para el consumo del alimento también se ve afectado, por lo que las personas trabajadoras prefieren alimentos prácticos y rápidos, sin importar si son nutritivos o no (Esmaily et al., 2015; Sominsky & Spencer, 2014).

### **1.1. Definición del Problema**

Los hábitos alimentarios como anteriormente se ha mencionado engloban una serie de elementos y factores que se van aprendiendo más no son heredados, esto quiere decir que el ser humano no nace con la capacidad de saber que está bien o mal, sino que por circunstancias de la vida y del entorno en el que nos desarrollamos se van creando (Loyola & Pauta, 2017).

En esta investigación indagaremos más sobre los hábitos alimenticios, como su nombre lo dice son hábitos que se forman a lo largo de toda la vida, principalmente derivados de prácticas en nuestra familia, los hábitos alimenticios van desde el

tiempo de comida que se tiene, hasta la hora en la que se realiza este acto (Loyola & Pauta, 2017; Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002).

Estudios demuestran que la obesidad y el sobrepeso actualmente afectan a un 30% de la población mundial y para el 2030 esta cifra se espera que crezca a 50%, las alteraciones en el peso pueden traer consecuencias graves para la salud, así como también para el sistema de salud pública, que como resultado traería consigo una importante carga social en el sistema (Dobbs et al., 2014; Tremmel, Gerdtham, Nilsson & Saha, 2017).

Investigaciones sobre los hábitos alimenticios y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios (Schnettler et al., 2013) muestran que la frecuencia de comidas a deshora se presentó en un 47.7% de los estudiantes que indicó realizar esta práctica “a veces”, en un 22.4% esta práctica resultó ser “casi siempre” y un 17.2% casi nunca la llevaba a cabo. Los alimentos consumidos a deshora con mayor frecuencia fueron las golosinas (galletas, chocolates), yogurt y frutas.

La relación que se tuvo de la alimentación como un dominio específico del bienestar subjetivo, fue que los participantes reportaron no sentirse satisfechos con su alimentación, debido a la sobrecarga académica que impide la correcta preparación de los alimentos y genera la desorganización de horarios para la ingesta de alimentos, antecedentes similares son evidenciados por Troncoso y Amaya (2009), quienes identificaron las conductas alimentarias como inadecuadas por falta de tiempo. (Cruz-Sáez et al., 2016; Denegri et al., 2014).

Se considera de vital importancia que se tengan establecidos horarios de consumo alimentario en el cual se respete cada comida a lo largo del día, ya que esto beneficiara a que se podrán establecer hábitos de alimentación, para así en un futuro prevenir problemas derivados de algún desorden alimentario (Doepking, Zúñiga & Troncoso, 2013).

Debido a que no se encontraron investigaciones que engloben la relación de la sensibilidad a la ansiedad y la depresión con los hábitos alimenticios en cuanto a las estudiantes universitarias y trabajadoras, nos llevara a detectar un hueco en la literatura, es de nuestro interés estudiar la relación entre estados emocionales que llevan a comer (distinguiendo también la depresión que estimula el apetito, de aquella que lo inhibe).

Lo que lleva a la pregunta **¿Cuál es la relación entre la conducta alimentaria y las variables psicosociales y qué diferencias hay entre estudiantes y trabajadoras?** más allá de ello, se busca analizar si existen diferentes hábitos alimenticios en diversos grupos de población que nos pueden parecer más vulnerables, como pueden ser la población femenina laboralmente activa y las estudiantes.

## **1.2. Justificación de la Investigación**

El cerebro se alimenta principalmente de glucosa, para tener un buen rendimiento tanto físico como mental en el día, una persona adulta debe contar con una buena alimentación que de acuerdo con la Food and Drug Administration (FDA) se eligió la dieta de 2000 calorías como referencia para calcular los valores diarios requeridos para consumir los nutrientes que nos proporcionan energía (carbohidratos, proteínas y lípidos) (Bender, 2008).

Las situaciones laborales o responsabilidades académicas, muchas veces no posibilitan el llevar un patrón alimentario adecuado (Byrd-Bredbenner, Beshgetoor, Moe & Berning, 2014). Por consiguiente, se tiene una predisposición a la obesidad afecta a un tercio de la población general y se encuentra relacionada con la adquisición de comorbilidades médicas graves, tal puede ser el caso de la diabetes, enfermedades cardiacas, cáncer y la apnea obstructiva del sueño (Allison, Goel & Ahima, 2013).

Existen muchas investigaciones que se han encargado de estudiar los hábitos alimentarios, pero pocos que le den un enfoque psicosocial en su investigación y los factores de riesgo que estarían afectando a este grupo de población, son pocos los estudios que han analizado el impacto del tiempo de comida y sus consecuencias psicológicas, algo necesario para formular estrategias e intervenciones más eficaces en materia de salud pública (Schnettler et al., 2013).

Realizar este tipo de estudio es importante ya que a lo largo del tiempo, diversos científicos se han dado a la tarea de investigar y recopilar información sobre la conducta alimentaria que favorece o afectan a un individuo, pero no se han asociado al tiempo de comida ni a las actividades que realiza, tanto si es empleado o estudiante, estos dos aspectos son importantes ya que cada uno tiene un enfoque y un tiempo tanto para laborar como para alimentarse diferente, y dependiendo de esto puede o no estar perjudicando a su salud, así como también cómo este se encuentra relacionado con la sensibilidad a la ansiedad y la depresión que pueda presentar una persona.

### **1.3. Objetivo General**

Actualmente por el ajetreado nivel de vida por el que pasa la sociedad, se descuida la salud, tanto mental como física, es necesario que se tenga en cuenta que, a mayor descuido de la salud, mayor será la incidencia de enfermedades, es por eso que se tiene como objetivo general él;

Analizar la relación entre la conducta alimentaria y las variables psicosociales, así como las diferencias entre estudiantes y trabajadoras.

#### *Objetivos específicos*

1. Evaluar la prevalencia de problemas de alimentación como la obesidad en estudiantes universitarias y trabajadoras.

2. Evaluar la prevalencia de variables psicosociales como la sensibilidad a la ansiedad y depresión en estudiantes universitarias y trabajadoras.
3. Evaluar la relación entre los problemas de alimentación como la obesidad y las variables psicosociales como la sensibilidad a la ansiedad y depresión en estudiantes universitarias y trabajadoras.
4. Analizar si existen diferencias entre grupos de estudiantes femeninas y trabajadoras en función de los problemas de alimentación como la obesidad que presentan y las variables psicosociales elegidas para el estudio.
5. Analizar los modelos de predicción de problemas de alimentación a partir de las variables psicosociales estudiadas en estudiantes universitarias y trabajadoras.

#### **1.4. Preguntas de investigación**

1. ¿Cuál es la prevalencia de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias y trabajadoras?
2. ¿Cuál es la prevalencia de las variables psicosociales como la sensibilidad a la ansiedad y depresión en estudiantes universitarias y trabajadoras?
3. ¿Cuál es la relación entre anomalías en la conducta alimentaria y variables psicosociales como la sensibilidad a la ansiedad y depresión en estudiantes universitarias y trabajadoras?
4. ¿Cuáles son las diferencias entre grupos de estudiantes universitarias y trabajadoras en función de las anomalías en la conducta alimentaria y las variables psicosociales elegidas para el estudio?

5. ¿Qué modelo de predicción de anomalías en la conducta alimentaria a partir de las variables psicosociales estudiadas tendrá mayor poder explicativo?

### **1.5. Hipótesis**

En función de los objetivos y las preguntas de investigación, se hipotetiza lo siguiente

1. De acuerdo con el objetivo 1, y en base a la literatura revisada se espera una mayor prevalencia de anomalías de la conducta alimentaria en las estudiantes en contraste con las empleadas, aunque se espera una mayor prevalencia de problema de sobrepeso/obesidad en las trabajadoras.

2. Se espera encontrar una mayor prevalencia de sensibilidad a la ansiedad y depresión en las estudiantes, en comparación con la población de empleadas.

3. En base al objetivo 3, se espera establecer una relación mayor en empleadas entre las anomalías en la conducta alimentaria y la sensibilidad a la ansiedad, por otro lado, se espera encontrar una mayor relación entre la depresión y las anomalías en la conducta alimentaria en estudiantes.

4. Sobre el objetivo 4 se espera que ambos grupos muestran diferencias en conducta alimentaria y variables psicosociales estadísticamente significativas

5. En base a la literatura, se espera encontrar un modelo en donde la conducta alimentaria problemática es predicha por una sensibilidad a la ansiedad tanto física, como cognitiva y social, así como por la depresión y la ocupación de los participantes.

## **1.6. Limitaciones y Delimitaciones**

El presente estudio se ha desarrollado con la participación voluntaria de las alumnas y trabajadoras de la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la U.A.N.L., con la intención de analizar la relación entre la conducta alimentaria y las variables psicosociales, así como las diferencias entre estudiantes femeninas y empleadas; por lo que no se ha podido contar con la igualdad de los grupos los cuales participaron, los resultados de este estudio solamente se puede generalizar a la población femenina estudiantil y trabajadora de dicha dependencia. Debido a los variados horarios de clases de las estudiantes, los resultados podrían cambiar, ya que no todas las alumnas encuestadas comparten las mismas clases ni los mismos compañeros, la disposición con la que cuente el plantel, tanto para la participación de sus trabajadoras como de sus estudiantes es muy importante, así como también el día de la semana en el que se lleven a cabo las encuestas podría inferir en que a futuras investigaciones los lleven a resultados diferentes.

# CAPÍTULO II

## *MARCO TEÓRICO*

### **2.1. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner**

El principal modelo por el que se basará esta investigación será el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, este modelo se encuentra desarrollado en los diferentes ambientes en el que se mueve un individuo, lo que propone Bronfenbrenner es exponer el desarrollo de la conducta humana, en este modelo se identifican cinco sistemas ambientales los cuales son el microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema (Pérez, 2004). Este modelo se enfoca también en el entorno y rol social a lo largo de la vida de los individuos (Bronfenbrenner, 1976).

#### ***Microsistema***

Es el nivel más cercano a los individuos, en este se incluyen los comportamientos, roles y relaciones características de los contextos cotidianos en los que el individuo pasa sus días, en este sistema se puede encontrar la familia, amigos, trabajo, escuela, entre otros, estos influyen en la persona directamente (Bronfenbrenner, 1976).

Aplicando este contexto a lo que nos compete podemos decir que la forma de ser de un individuo, así como sus conductas alimentarias se encuentran en primera instancia aprendidas por el entorno en el que se desenvuelve.

#### ***Mesosistema***

Según Bronfenbrenner (1979) “comprende las interacciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, este se forma o amplía



cuando la persona entra en un entorno completamente nuevo para él, en este bloque entran las conductas que se aprenden o el apoyo social que tienen los individuos”, si relacionamos esto con nuestro tema de interés podemos suponer y entender que las conductas alimentarias así como la sensibilidad a la ansiedad y la depresión se puede ver modificada dependiendo del entorno en el que las personas se están desarrollando.

### ***Exosistema***

Hace referencia a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno, puede ser lugar de trabajo, escuela, pareja con la que se encuentre actualmente, amigos, entre otros (Bronfenbrenner, 1979).

Aterrizando este concepto al tema que nos compete se puede decir que las personas modifican sus conductas alimentarias las diversas variables psicosociales debido a los acontecimientos de su entorno y esto por ende repercute en el individuo.

### ***Macrosistema***

Este es un plano más distante que los anteriores, pero igual de importante, en este bloque se observan las características de la cultura y momento histórico-social en el que nos encontramos, Bronfenbrenner (1979) menciona que “en una sociedad o grupo social en particular, la estructura y sustancia del microsistema, mesosistema y el exosistema tienden a ser similares, como si estuvieran contruidos a partir del mismo modelo maestro, y los sistemas funcionan de manera similar. Por el contrario, entre grupos sociales diferentes, los sistemas constitutivos pueden presentar notables diferencias. Por lo tanto, analizando y comparando los microsistemas, mesosistemas y los exosistemas que caracterizan a distintas clases

sociales, grupos étnicos y religiosos es posible distinguir las propiedades ecológicas de estos contextos sociales”.

Cuando aplicamos este concepto a las conductas alimentarias y variables psicosociales se podrían resaltar aspectos en los que se desenvuelve el individuo, dependiendo de la región en la que se desenvuelve laboralmente o realice sus estudios existe un nivel de exigencia diferente, las actitudes que el sujeto percibe en sus entornos cotidianos también se ve influenciada.

### ***Cronosistema***

En este bloque se abarca la dimensión del tiempo en el que se refiere a los entornos de los individuos, los elementos de este entorno pueden ser externos (muerte de algún familiar cercano, envejecimiento), a medida que un individuo va creciendo, puede reaccionar de diferente manera a los cambios ambientales y consecuentemente, ser más capaces de determinar cómo ese cambio influirá en su persona (Bronfenbrenner, 1992).

## **2.2. Conducta Alimentaria**

### ***Definición***

Conducta alimentaria es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas éstas vinculadas a la ingestión de alimentos, esta conducta se ve influida por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el valor nutricional del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo (Radilla et al. 2015).

El estudio de la conducta alimentaria engloba el comportamiento relacionado con la ingesta de alimentos, los hábitos alimentarios, la búsqueda y selección de alimentos, es fundamental para comprender mejor los factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de diversos problemas de salud relacionados con la alimentación (González-Torres, Esqueda & Vacio, 2018; Sánchez & Aguilar, 2015).

Pueden existir trastornos de la conducta alimentaria y estos constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico, en México se estima que casi el 1% de púberes y adolescentes manifiestan un elevado riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (Bojorquez, Saucedo, Juárez & Unikle, 2013; Méndez, Vázquez-Velázquez & García-García, 2008; Radilla et al. 2015).

Los modelos estéticos que se tienen en la sociedad aunado a las relaciones sociales dan lugar a que las conductas alimentarias se vean modificadas en un orden negativo, existe una prevalencia mayor en mujeres de que suceda esto (Ruiz, Vázquez, Mancilla & Trujillo, 2010; Unikel-Santoncini, Díaz de León-Vázquez, González-Forteza, Wagner-Echeagaray & Rivera-Márquez, 2015).

## **Conducta alimentaria problemática**

### ***Definición***

La conducta problemática se refiere a toda aquella conducta que por su intensidad, duración o frecuencia suponen un riesgo para la integridad de una persona, para sintetizar esta idea son acciones que repercuten en la calidad de vida de quien las padece. Estas conductas se caracterizan por dos razones; 1) el impacto que la conducta produce en el contexto que rodea al individuo, y 2) consecuencias negativas sociales (Universidad de Salamanca, 2010).

Cuando estas conductas involucran cualquier aspecto referente a la alimentación se les puede definir como *conducta alimentaria problemática*, estas son manifestaciones o síntomas aislados que pueden aparecer en menor magnitud en la población pero que de igual manera afectan a la calidad de vida de los seres humanos, el deseo de algunas personas por sobrellevar algunas situaciones de su vida o el deseo de tener el cuerpo que la sociedad le exige, pone en peligro latente a los individuos, mayormente de sexo femenino (León, Gómez-Peresmitré & Platas, 2008).

Las alteraciones que pueden traer como consecuencia este tipo de conductas la mayoría de los casos terminan en trastornos de la conducta alimentaria, problemas físicos y del funcionamiento psicosocial, es importante recordar que los principales representantes de este tipo de trastornos son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, en donde se incluye el trastorno por atracón (Vargas, 2013).

## **Hábito alimentario**

### ***Definición***

Son el conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres (Secretaría de Salud, 2013).

Entendemos por hábito alimentario a todo aquello cuyo objetivo sea beneficiar o perjudicar nuestra alimentación, va desde la hora en la que se va a llevar a cabo la alimentación, el contenido energético de la misma, y el tiempo establecido, este mismo tiempo se verá regulado por las prácticas familiares y el tiempo de trabajo de la persona (Cervera et al., 2013; Loyola & Pauta, 2017; Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002).

Son principalmente desarrollados gracias a la ayuda de nuestros tutores o padres, ya que ellos son el primer modelo que tenemos para aprender, conforme vamos creciendo esto puede modificarse dependiendo del entorno en el que nos desenvolvamos (Cervera et al., 2013; Vio et al., 2015).

Los hábitos también se encuentran fuertemente determinados por variables psicosociales, como lo son la ansiedad, la depresión, estos son también factores

relevantes en la obesidad de la persona debido a su impacto sobre los hábitos alimenticios (García-Falconi et al. 2016).

### ***Historia de la alimentación***

La alimentación humana habla principalmente del medio ambiente y la tecnología extractiva con las instituciones sociales y los sistemas políticos, en la historia podemos observar cómo se condicionan la nutrición, la salud y la política, de tal manera que no es sorpresa saber que los líderes políticos del pasado eran los que controlaban la alimentación, a la par que se controlaban la salud de los cuerpos y de las instituciones, esto era importante ya que (por factores naturales o sociales) (Aguirre, 2016).

La mayoría de las sociedades vivieron en contextos de restricción calórica, entonces la salud y la organización social dependían de cuánta comida se pudiera conseguir, y los líderes políticos del pasado tenían bien en claro que su poder dependía de la manera más o menos ingeniosa en que lograran redistribuir los recursos alimentarios, a *nivel micro* se buscaba comer para vivir, a *nivel macro* para controlar la alimentación de la población (Aguirre, 2016).

La complejidad de la alimentación actual supera en mucho todas las problemáticas acumuladas en milenios y ha dado lugar a un número creciente de investigaciones y publicaciones en todo el mundo (Aguirre, 2016).

Las características del consumo de alimentos por parte de la población representan un riesgo para su estado nutricional y, por ende, para su estado de salud, cada vez más, las conductas alimentarias y por ende los hábitos alimentarios, se alejan de las recomendaciones, esta problemática es aún más alarmante en la infancia, dado que la alimentación en ese grupo etario es esencial para el crecimiento normal y para la prevención de enfermedades en etapas posteriores de la vida (Díaz-Beltrán, 2014).

Una la alimentación adecuada es de vital importancia, estudios demuestran que los cambios en la dieta producidos en los últimos años en los países más desarrollados han provocado un alarmante aumento del número de personas con problemas alimenticios, los determinantes sociales de la salud como los factores personales, sociales, económicos y ambientales influyen en los estilos de vida de las personas (Pérez & Bencomo, 2015).

Una mala alimentación en el trabajo en el ámbito académico o profesional puede provocar que las personas no pueden enfrentarse adecuadamente a todas las exigencias académicas y laborales; debido a no complementar sus aportes energéticos, también se puede tener un factor de poca concentración en lo que se realiza, decaimiento y descontento, si la alimentación no es equilibrada y balanceada se expone a las personas a padecer de enfermedades nutricionales por exceso o déficit (Pérez & Bencomo, 2015).

El estilo de vida de determinados grupos de población, especialmente de jóvenes, puede conducir a los hábitos alimentarios, modelos dietéticos y de actividad física a que se comporten como factores de riesgo en enfermedades habituales, la presencia de obesidad se asocia con el desarrollo de enfermedades endocrinas, también son el resultado de un balance positivo de energía, dado un desequilibrio entre el consumo, el gasto energético total y el periodo en el que se realiza dicho consumo (Monroy-Torres, Aguilera & Naves-Sánchez, 2018).

Aunado ello a mayor sedentarismo, incremento en el tamaño y número de porciones, consumo de alimentos con alta densidad energética y de bebidas con azúcares añadidos (Monroy-Torres, Aguilera & Naves-Sánchez, 2018; Pérez & Bencomo, 2015).

El estudio de la conducta alimentaria (CA), del comportamiento relacionado con la ingesta de alimentos, de los hábitos alimentarios, de la búsqueda y selección de alimentos, es fundamental para comprender mejor los factores que contribuyen al

desarrollo y mantenimiento de diversos problemas de salud relacionados con la alimentación (González-Torres et al., 2018).

### ***Teorías sobre la alimentación***

Abraham Maslow en 1943 propone la teoría de las necesidades humanas, en la cual dice que la alimentación se encuentra en la base de la pirámide de necesidades, en la cual también se encuentran; a) respirar, b) descansar, c) tener relaciones sexuales, d) mantener el equilibrio de nuestro organismo, estas son necesidades fisiológicas imprescindibles para la supervivencia, a partir de estas el ser humano aspira a alcanzar otras necesidades más elaboradas individual y colectivamente (Elizalde, Martí & Martínez, 2006).

Harris (1985) propone *la teoría sobre la alimentación balanceada* en la cual menciona que el ser humano se alimenta de forma balanceada para poder mantener una buena salud, este tipo de alimentación se refiere a que se ingieren todos los alimentos necesarios para estar sano y bien nutrido, pero de forma adecuada y equilibrada, lo cual implica comer porciones adecuadas a la estatura y contextura propia.

La teoría poblacional de Malthus que algunos científicos concuerdan en que está por cumplirse, nos habla sobre el cómo la población crece geométrica o exponencialmente y los alimentos aritmética o linealmente, aquí se habla sobre la superpoblación y el cómo los seres humanos sobrepasaremos las proporciones de alimento que se encuentra en nuestro planeta (Schoijet, 2005).

### ***Tiempo de comida***

Tiempo: Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, espacio de tiempo disponible para la realización de algo (Diccionario de la Lengua Española [DEL], s.f.).

Comida: Lo que se come y bebe para nutrirse (DEL, s.f.). Se entiende por tiempo de comida, que es el tiempo que le dedicamos a la hora de consumir nuestros alimentos de mayor balance energético (Sámano, Flores-Quijano & Casanueva, 2005).

Existen dos factores que predisponen a que las personas realicen o no los tiempos de comida establecidos, factores de su personalidad y la preferencia por el momento del día, es decir el momento del día en el que se sienten con mayor energía para llevar a cabo esa acción (Walker & Cristopher, 2016).

Por lo regular los estudiantes que se han encuestado en estudios recientes reportan por lo menos realizar tres tiempos de comida entre los cuales se encuentran el desayuno, la comida y la cena, aunque existen algunos casos en los que estos tiempos de comida se ven influenciados negativamente debido a las actividades académicas (Salazar et al. 2016; Sánchez & Aguilar, 2015).

### ***Prevalencia***

En México, entre 1989 y 2012, la prevalencia de exceso de peso creció y con ellos los cambios en la alimentación proponiéndole el concepto “excedente nutrimental” entendido como: la cantidad nutricionalmente innecesaria de kilocalorías ingeridas en un periodo estipulado y cuyo aporte constante se relaciona potencialmente con la acumulación de tejido adiposo (Hernández & Ortega, 2016).

Se propuso que tal concepto es útil para articular explicaciones más precisas respecto al exceso de peso en las poblaciones y su relación con las tendencias y cambios coyunturales en el ambiente alimentario, es decir, qué tipo de comida está disponible, dónde y a qué precio (Hernández & Ortega, 2016).



Lamentablemente México es un país en el cual la economía no está bien y esto dificulta que se pueda tener una alimentación adecuada, en el año 2012 aproximadamente 27.4 millones de personas presentaban carencia por acceso a la alimentación, debido a que se reducían la cantidad de alimento que se acostumbraba a consumir, omitían algún tiempo de comida o bien no se consumía ningún tipo alimento en todo el día debido a la falta de dinero o recursos (Mundo-Rosas, Méndez-Gómez & Shamah-Levy, 2013).

### ***Recomendación***

Los tiempos que se recomienda que hagan las personas son las tres principales comidas del día desayuno, comida y cena; y de preferencia con una colación entre cada comida (Secretaría de Salud, 2013).

### **Anomalías alimentarias**

La conducta alimentaria incluye componentes psicológicos, componentes sociales y la propia regulación corporal. Tanto la alimentación como el estilo de vida influyen directamente en el estado de salud, y por tanto en el riesgo de enfermarse, la elección de alimentos determina la dieta y por tanto el estado nutricional y de salud (Bolaños, 2011).

Derivadas de una errónea alimentación se puede dar lugar a diversas patologías tales como; anemias nutricionales, alteraciones por falta de vitaminas, Alteraciones del metabolismo del calcio, estreñimiento crónico, obesidad, entre otras (Bolaños, 2011).

### **Sobrepeso / Obesidad**

#### ***Definición***

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial caracterizada por

una acumulación de masa grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo, desarrollada a partir de las interacciones de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares (Mohamed, 2015; Secretaría de Salud, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define al sobrepeso y la obesidad como la acumulación anormal de grasa derivado del desequilibrio energético entre calorías consumida y calorías gastadas, así como resaltan el hecho de ser una enfermedad que no respeta edad.

Perea-Martínez et al. (2014) por su parte menciona que la obesidad es una enfermedad inflamatoria, sistémica, crónica y recurrente, caracterizada por un sinnúmero de complicaciones en todo el organismo, está se encuentra directamente relacionada con el desarrollo y evolución de enfermedades como diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, hipertensión arterial sistémica y otras.

La Norma Oficial Mexicana (NOM) 043-SSA2-2012 y la OMS (2017) determinan la existencia de sobrepeso y obesidad en adultos gracias al Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC es un parámetro útil para juzgar la composición corporal de las personas, corresponde al peso en kilogramos (kg) que tiene un individuo dividido por el cuadrado de la talla en metros (m):  $IMC = \text{Peso(kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}$ . El punto de corte para definir la obesidad en personas adultas es un  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ , pero cuando las personas son de estatura baja para su edad es un  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$  (Secretaría de Salud, 2013).

La OMS (2018) señala que el punto de corte para definir al sobrepeso es un IMC mayor de 25 – 29.9 en el caso de sobrepeso y 30 a 34.9 en obesidad grado I o moderada, 35-39.9 para obesidad grado II o severa y  $\geq 40$  para la obesidad grado III o mórbida. Las ventajas de utilizar el IMC se basan en la buena correlación poblacional (0.7–0.8) con el contenido de grasa corporal, y se ha demostrado una

correlación positiva con el riesgo relativo de mortalidad, independiente del sexo (Moreno, 2012).

Por otro lado, aunque el IMC es un elemento importante para diagnosticar obesidad, no en todas las personas se puede utilizar, ya que este indicador no siempre es exacto en cuanto a la composición corporal, debido a que no distingue la proporción de masa magra y masa grasa del cuerpo, gracias a esto se puede ver alterado el peso del músculo más desarrollado o los huesos densos, lo cual se ve muy presente en atletas de alto rendimiento (Canda, 2017).

Otra manera de definir la obesidad, es gracias a la circunferencia de cintura, según las recomendaciones de las Guías Clínicas para la Obesidad del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU. son considerados como valores alterados cuando la circunferencia de cintura sea  $\geq 102$ cm en hombres y  $\geq 88$ cm en mujeres, ya que esto se ve asociado con alteraciones metabólicas, riesgo de enfermedades cardiovasculares (Cedeño et al., 2016; Hernández & Duchi, 2015).

La obesidad se puede clasificar según diversos parámetros; por su etiología puede ser obesidad monogénica gracias a las fallas genéticas con efectos en el sistema nervioso central (SNC), sindrómica por las anomalías tanto genéticas como cromosómicas, o poligénica por el exceso de energía almacenada en el tejido adiposo, esta última viene a ser la más común de todas ya que el 95% de la obesidad se presenta gracias a esto, y solo el 5% restante son monogénicas o sindrómicas (Martos-Moreno, Serra-Juhé, Pérez-Jurado & Argente, 2017). Por su distribución del tejido adiposo (androide, ginecoide y visceral) y por su origen ya sea exógeno (por ingesta excesiva de alimentos) o endógeno (por hormonas) (Pérez, Cabrera, Varela & Garaulet, 2010).

El sobrepeso y la obesidad son uno de los problemas de salud más importantes en la actualidad, ya que afectan a millones de personas en todo el mundo, esto puede perjudicar a la salud o bien llevar a la población que la padece a la muerte (Baile &

González, 2011).

Se tiene indicios de esta enfermedad desde la prehistoria, ya que el ser humano al tener que resistir los frecuentes periodos de carencia de alimentos, tenían un predominio en el genoma humano de aquellos “genes ahorradores” que favorecen el depósito de energía y permitían que estos individuos tuvieran una mayor supervivencia, en el Imperio Medio egipcio (siglos XXI-XVII a.C.), en las enseñanzas del Kagemni, puede leerse por primera vez en la historia una asociación de la glotonería con la obesidad y una condena y estigmatización del comer con exceso (Bray, 1990).

La primera visión lógica y racional sobre esta enfermedad se produjo en Grecia ya que Hipócrates (siglo V a.C.) mencionó que *“Los que son excesivamente gordos por naturaleza están más expuestos que los delgados a una muerte repentina”*, posteriormente también señala que *“Las que no conciben por estar excesivamente gordas tienen un redaño que comprime la boca de la matriz, y no quedan embarazadas antes de haber adelgazado”* (Bray, 1990).

El gran filósofo Platón (siglo V-IV a.C.) observaba que una dieta equilibrada es la aquella que contenía todos los nutrientes en cantidades moderadas y que la obesidad se asociaba con una disminución de la esperanza de vida. Por su parte Galeno (siglo II a.C.) identificó dos tipos de obesidad: la moderada e inmoderada, la primera la consideraba natural y la segunda como mórbida (Bray, 1990).

Esta patología se ha considerado de importancia debido a su asociación con las principales enfermedades crónicas no transmisibles, tales como las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades osteoarticulares y algunos cánceres (Atalah, 2012). La obesidad es un importante problema de salud pública, debido al aumento de individuos de todas las edades que la padecen, las consecuencias no son solo físicas sino también de implicación psicológica (Mohamed, 2015; Pompa & Meza, 2017).

## ***Explicación a nivel biológico, psicológico y social de la obesidad***

Como ya se mencionó anteriormente, la obesidad es una enfermedad crónica multifactorial desarrollada a partir de factores genéticos, psicológicos, y sociales (Mohamed, 2015). A continuación, se explicará la obesidad desde un enfoque biológico, psicológico y social.

### *Nivel biológico*

El origen de la obesidad es principalmente una cuestión de desequilibrio del metabolismo energético. En ausencia del crecimiento, el peso corporal se da por un balance entre la entrada de energía útil al organismo (medido en calorías) y el gasto de dicha energía, si este balance es positivo el organismo dispone de un sistema de almacenaje de la energía extra conocido como “tejido adiposo blanco”. Cuando este desequilibrio se mantiene por tiempo indefinido, las calorías ingeridas serán más que las utilizadas en el cuerpo y esto llevara a un exceso de grasa, lo que desarrollara obesidad (MacLean, Higgins, Giles, Sherk & Jackman, 2015).

Fisiológicamente en la obesidad existe un incremento de lipólisis que da como resultados una liberación excesiva de ácidos grasos no esterificados. El incremento intracelular de estos ácidos grasos activa a la proteína quinasa C (PKC) que se encuentra involucrada en la inhibición de las señales intracelulares de la insulina, además al existir estos fallos se ven afectados los centros reguladores del hambre, apetito y saciedad -regulados por los sistemas neuroendocrinos y metabólicos-, los cuales producirán una alteración en el peso corporal (Irecta & Álvarez, 2016).

Como se puede observar, el control biológico del peso corporal implica un complejo circuito de retroalimentación entre el cerebro y la periferia. El cerebro recibe señales de la periferia con respecto a las reservas de energía a largo plazo -triglicéridos de tejido adiposo- y la disponibilidad de nutrientes a corto plazo -disponibilidad inmediata de nutrientes circulantes- y, en función de estas señales integradas,

ajusta el equilibrio de energía para satisfacer al individuo tanto a corto como a largo plazo (MacLean et al., 2015).

Por otra parte la obesidad se puede adquirir mediante la predisposición genética, pero solamente el 5% de las personas que padecen de obesidad la adquiere mediante este medio, diversas enfermedades pueden explicar la obesidad como un síntoma, tal es el caso del hipotiroidismo en la que se presentan niveles muy bajos de hormonas tiroideas las cuales se encargan de disminuir el metabolismo, teniendo como resultado un aumento del peso corporal, el hipercortisolismo o más comúnmente conocido como Síndrome de Cushing donde existen altos niveles de cortisol en sangre, los cuales se encargan de mantener un estado crónico de estrés en el cuerpo, teniendo como consecuencia que las personas ingieren más alimento específicamente de carbohidratos y grasas, algunos tumores se encuentran en el área hipotálamo-hipofisaria, presentan como síntoma una ausencia de saciedad lo que tiene como resultado que las personas sigan consumiendo alimentos, llevándolos a una ganancia de peso (Martos-Moreno et al., 2017).

Tenemos que tener en cuenta que otra explicación importante para la adquisición y mantenimiento de la obesidad, son las horas de sueño, ya que la obesidad se asocia con menores horas de sueño en donde existen menos niveles de la hormona leptina la cual está encargada de inhibir el apetito, por lo tanto, mientras menos horas se duerma, más sensación de hambre se va a tener, si el dormir poco se vuelve crónico, puede llevar a una ganancia de peso importante (Durán-Agüero et al., 2016).

Y para finalizar este apartado pero no menos importante, la edad de los sujetos juega un papel fundamental en cuanto a la predisposición para cualquier enfermedad, en este caso nos centraremos en la obesidad, al envejecer no solamente nuestra apariencia física cambia, cambian también los procesos hormonales y metabólicos que suceden en nuestro cuerpo, el metabolismo se hace lento y al no ser tan conscientes de eso, seguimos ingiriendo la misma cantidad de

alimento aunque el cuerpo ya no lo pueda metabolizar de la misma manera, esto sin contar el uso de medicamentos hormonales o psicofarmacológicos que dan como resultado un incremento en el apetito, así como también en el peso corporal (Garaulet et al., 2008).

### *Nivel psicológico*

La obesidad amenaza con ser uno de los trastornos crónicos de mayor prevalencia en las sociedades de los países industrializados, en cuanto al punto de vista psicológico, uno de los factores etiológicos de la obesidad lo construye la personalidad, se ha señalado que las personas obesas con alto neuroticismo y baja conciencia, tienen alta probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida (Sutin, Ferrucci, Zonderman & Teracciano, 2011; Tamayo & Restrepo, 2014).

A lo largo del tiempo se ha encontrado que la prevalencia de la obesidad en nuestra sociedad se asocia principalmente al malestar psicológico y emocional, como pueden ser las emociones negativas, la baja autoestima, la baja autoconfianza, impotencia, depresión, ansiedad e inseguridad, todas estas variables causan estragos a nivel emocional en las personas, y con el fin de suprimir estas emociones, los individuos buscan bienestar en otros hábitos y regularmente se refugian en la comida, esto trae como resultado una sobre ingesta de alimentos (Hemmingsson, 2014).

La obesidad se ha estudiado desde diversos enfoques y diversos modelos que buscan darle una explicación, el Modelo de Creencias en Salud ha sido uno de los principales marcos teóricos para dar una explicación a los comportamientos de salud que se asocia a la adquisición de la obesidad, se encontró que las personas no poseen el conocimiento necesario sobre lo que es la obesidad, así como todas las consecuencias que pueden repercutir en su salud, también ha informado que las personas que si se sienten en posibilidades de adquirir la enfermedad perciben de

manera sencilla el llevar a cabo un cambio en su estilo de vida, para reducir sus posibilidades de desarrollar obesidad (Hernández, 2010).

El estrés frecuentemente se suele relacionar con personas que padecen de obesidad, ya que si bien una situación de estrés agudo inhibe el apetito, cuando se vuelve crónico hace que aumente el apetito en particular con los alimentos altos en grasa o azúcar. Por otro lado, la impulsividad y la ansiedad si bien no se han estudiado tanto como el estrés, se ha demostrado que están muy relacionadas a individuos con obesidad, debido a que para tener un buen control de peso es necesario que se siga un programa de actividad física constante o una dieta balanceada, lo cual es difícil para las personas altamente impulsivos y ansiosos (Tamayo & Restrepo, 2014).

Finalmente los efectos de la ansiedad en cuanto a la obesidad, se han buscado explicar mediante la hipótesis de la ingesta emocional esta nos dice que la sobre ingesta es una conducta utilizada por los sujetos que padecen de obesidad como un mecanismo para la reducción de la ansiedad, se indica que las personas que padecen de obesidad regularmente confunden emociones internas con sensación de hambre, teniendo como resultado una ingesta inadecuada de alimentos principalmente de carbohidratos (Cuadro & Baile, 2015).

### *Nivel social*

Gracias a los grandes cambios sociales, económicos y culturales, que han ocurrido en los últimos años, se puede observar una alteración en el equilibrio energético teniendo como resultado la obesidad, la teoría de influencia genética o familiar, nos habla que la obesidad se puede propiciar desde el núcleo familiar, debido a los malos hábitos que se tengan en este (Quiroga-de, 2017).

García (2010) por otro lado señala que el proceso de civilización se ha intensificado, lo que da como resultado cuatro fenómenos distintos estrechamente vinculados: el establecimiento del peso corporal ideal y las normas dietéticas; la construcción de



la delgadez como atributo de salud y la distinción social; el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad; y la transformación de la salud y el cuerpo en factores socioeconómicos.

Se pueden observar un cambio drástico en la transición nutricional que está experimentando nuestro país, principalmente; a) el aumento de alimentos altamente procesados a bajo costo, b) aumento en el consumo de comidas preparadas fuera del hogar, c) disminución del tiempo tanto para la preparación de los alimentos como para la ingesta de los mismos y d) disminución de la actividad física en la población (Barrera-Cruz, Rodríguez-González & Molina-Ayala, 2013).

Además de la ingesta inadecuada de alimentos, se tiene que considerar la oleada de inseguridad por la cual atraviesa México desde hace algunos años, ya que debido a esto las personas han optado por una vida menos activa, lo que trae consigo el aumento importante de grasa corporal (Pedraza, 2009).

Cuando se busca explicar socialmente la obesidad, no se puede olvidar el aspecto socioeconómico, se ha encontrado que la población con escasos recursos y bajo nivel educativo es más propensa a desarrollar obesidad (Mönckeberg & Muzzo, 2015).

### ***2.3. Factores de riesgo a nivel individual, familiares y sociales***

La causa fundamental es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas, su etiopatogenia se considera como una enfermedad multifactorial, en la cual se reconocen los factores metabólicos, endocrinos, genéticos y ambientales, aunque solo el 2 a 3% de las personas con esta patología tendría como causa una patología endocrinológica (hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo y lesiones hipotalámicas asociadas a hiperfagia) (Moreno, 2012).

Algunas investigaciones demuestran los factores que favorecen a padecer obesidad, ya que no solo se adquiere mediante el sedentarismo, también se puede

padecer gracias al historial familiar, enfermedades endocrinas, cambios en el estilo de vida relacionados con el aumento de peso, patrón de alimentación (horarios, lugar donde se hacen las comidas, numero de comidas consumidas, preparación, alergias, gustos, etc.), patrón de actividad física y ejercicio (Suverza & Haua, 2012).

### *Factor de riesgo individual*

Hábitos saludables: en cuanto a las maneras de prevenir o disminuir el incide de obesidad en la población se encuentra el cambio de hábitos negativos, por unos positivos, estos hábitos positivos son conocidos como hábitos saludables. Entre estos se encuentra una alimentación sana, descanso adecuado, activación física, no consumo de alcohol o tabaco, al realizar un cambio positivo en estos aspectos de nuestra vida, se disminuye el riesgo del desarrollo de la obesidad (Sánchez-Ojeda & Luna-Bertos, 2015).

Conductas alimentarias: la obesidad se encuentra completamente relacionada con las conductas alimentarias inadecuadas, se ha probado que el hecho de que una persona no practique sus tres comidas diarias necesarias –desayuno, comida y cena-, seguir una dieta inadecuada, comer rápido y en grandes cantidades incrementa el riesgo de desarrollar obesidad (González-Torres et al., 2018; Radilla et al., 2015; Sánchez & Aguilar, 2015).

Actividad física: El tener un estilo de vida poco saludable ya sea en la alimentación, en lo emocional o en lo físico, propicia al desarrollo de la obesidad, retomando lo que se sabe hasta ahora, la obesidad se desarrolla debido a que no gastamos las suficientes calorías y la disminución o nula actividad física, esto último es conocida como sedentarismo, esto se ve principalmente en personas que no realizan ejercicio, pasan el mayor tiempo del día sentados o acostados y se encuentra asociado con el uso de la televisión o algún otro dispositivo con pantalla de más de 5 horas (Cambizaca et al., 2016). Se recomienda realizar ejercicio aeróbico de intensidad moderada a intensa, cinco veces a la semana y con al menos 40 minutos

de duración como plan de ejercicio para personas con obesidad y así disminuir su riesgo en salud (Barrera-Cruz et al., 2013).

Horas de sueño: el hecho de no dormir puede afectar severamente en el funcionamiento del día a día de las personas, se ha asociado que la población que padece obesidad cuenta con menos horas de sueño, ya que la restricción del sueño puede desregular el control del apetito al alterar las hormonas de la leptina y la grelina, también un estado de vigilia prolongada, favorece a que las personas promueve el ingerir una mayor proporción de alimentos durante la noche, esto como consecuencia lleva a problemas digestivos y a un aprovechamiento alterado de los nutrientes, ya que en la noche los procesos hormonales y metabólicos están ajustados para el ahorro y acumulación de energía, lo que nos trae como consecuencia un aumento importante en el peso corporal (Escobar, González, Valesco-Ramos, Salgado-Delgado & Angeles-Castellanos, 2013).

Tabaquismo: en la actualidad, el tabaquismo es una práctica lamentablemente común en la sociedad, este se encuentra asociado regularmente con un IMC bajo, pero las tasas de obesidad son mayores en fumadores compulsivos, afortunadamente el 35-65% de la población fumadora está buscando una solución para dejar el tabaquismo, se ha encontrado que la población de fumadores que planean dejarlo presentan obesidad y se ha demostrado que el 80% de ellos ganan entre 3-10 kg luego del cese del tabaquismo, esto se debe a que la nicotina acelera el metabolismo y sin el cigarrillo el cuerpo consume la energía proveniente del alimento de manera más lenta, así como también el hecho de dejar de fumar produce ansiedad en el cuerpo, la cual se busca regularizar consumiendo alimentos altos en calorías (Escaffi, Cuevas, Vergara & Alonso, 2017).

Niveles de ansiedad: se ha encontrado que la ansiedad se encuentra estrechamente relacionada al desarrollo de obesidad aunque no ha sido tan estudiado, la ansiedad se presenta cuando se tiene un pobre autocontrol, así como una limitación para contender con situaciones estresantes, siendo la ingesta alimentaria la mediadora

para estas condiciones (Esquivias-Zavala, Reséndiz-Barragán, García & Elías-López, 2016), se ha observado que las personas con niveles altos de ansiedad tienen menos preferencia por consumir verduras o frutas, en cambio se asocia con una alta ingesta de carbohidratos y grasas lo que trae consigo una pobre habilidad para regular su alimentación (Tan & Chow, 2014).

Género: otro factor de riesgo importante es el género, se ha demostrado que las mujeres son más vulnerables a desarrollar obesidad en comparación con los hombres, esto claro debido al predominio de las mujeres en las zonas (ENSANUT, 2012).

### *Factores de riesgo familiares*

Se ha comprobado que el padecer de obesidad, no es de un día para el otro, muy pocos son los casos de obesidad monogénica o sindrómica (Martos-Moreno et al., 2017), la obesidad se va desarrollando a lo largo de la vida, es por eso que es importante hablar de ella desde la niñez y no solo en la vida adulta.

Tanto el modo de alimentarse, las preferencias y el rechazo hacia algunos alimentos, hasta la manera de comportarse en la mesa se ven fuertemente condicionados durante la niñez, debido al contexto familiar, ya que es cuando se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias, si desde la niñez vemos una tendencia a hábitos no saludables, muy posiblemente en la vida adulta vaya a repercutir en problemas de salud, frecuentemente en obesidad (González et al., 2012).

Se tiene que considerar a la dinámica familiar como un factor importante de riesgo, ya que si este se torna tóxico y desarmonioso incrementa los riesgos de emociones negativas las cuales las personas las sustituirán por comida para experimentar una sensación de tranquilidad, se ha comprobado que los niños que vienen de familias disfuncionales son más vulnerables a padecer de obesidad (Vásquez-Garibay et al.,

2015).

Las costumbres familiares también son muy importantes a la hora de abordar el tema de la obesidad, ya que en las familias mexicanas se acostumbra que desde niño te dicen “si no te acabas el plato, no te levantas de la mesa” esto aunado con las grandes cantidades que se suelen servir en los platos, propicia tanto a una sobre ingesta de alimentos como a malos hábitos, esto a largo plazo favorece al desarrollo de la obesidad (Álvarez & Kuri-Morales, 2018).

### *Factores de riesgo sociales*

El problema se ve multiplicado si tomamos en cuenta que también entran en juego los determinantes sociales de la salud, como puede ser el nivel económico, la falta de información adecuada en salud y la escasa percepción de riesgo o normalización en relación con la obesidad (Álvarez & Kuri-Morales, 2018).

Existen diversos componentes del entorno social y ambiental que favorece al desarrollo de la obesidad, por un lado, se encuentra el ambiente obesogénico este se entiende como un ambiente que repercute en patrones que conducen a la acumulación de grasa corporal, para entender este tipo de ambiente es necesario saber la cultura que se tiene y el status socioeconómico (Martínez, 2017).

El riesgo aumenta inclusive más debido a la facilidad y rapidez con la que se puede adquirir comida rápida que es rica en carbohidratos y grasas, esto sin contar que en la actualidad el uso de tecnología, la modernización, los trabajos en los cuales el horario para consumir alimento se ve reducido, la inactividad física, favorece al desarrollo de obesidad (Oliva & Fragoso, 2013).

En cuanto al nivel educativo, el estatus social y los ingresos familiares se han encontrado como una asociación para desarrollar obesidad, esto nos revela que las

personas con un nivel de vida más cómodo son menos propensas de desarrollar obesidad, gracias al acceso de alimentos nutritivos y balanceados, a diferencia de quienes cuentan con bajos recursos, ya que estos últimos guían por los nutrientes, simplemente se enfocan en saciar su apetito (Álvarez-Castaño, Goez-Rueda & Carreño-Aguirre, 2012).

Estudios epidemiológicos han podido detectar una serie de factores que se encuentran asociados con la obesidad y el sobrepeso que se presenta en la población (Tabla 1) (Moreno, 2012).

**Tabla 1. Factores epidemiológicos asociados al exceso de peso**

<b>Demográficos</b>	<b>Socioculturales</b>	<b>Biológicos</b>	<b>Conductuales</b>	<b>Actividad Física</b>
>Edad	<Nivel educacional	>Paridad	>Ingesta alimentaria	Sedentarismo
Sexo femenino	<Ingreso económico		Tabaquismo	
Raza			Ingesta de alcohol	

*Nota.* Recuperado de "Definición y clasificación de la obesidad", de Moreno, M., 2012, *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la obesidad debe de ser preciso, para esto existen dos métodos, por una parte se tienen los métodos *directos* que son los más precisos, como la impedancia eléctrica o la absorciometría dual de rayos X (DEXA), que permiten cuantificar directamente la cantidad de grasa del organismo, pero son muy costosos, el segundo método es el *indirecto* que permite estimar la cantidad de grasa corporal mediante el empleo de las medidas antropométricas (peso, talla, perímetros corporales y pliegues cutáneos) (Duelo, Escribano & Muñoz, 2009; Hernández, 2016).

El IMC es la relación entre el peso en kg y la talla en metros al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) y se utiliza para valorar desnutrición, sobrepeso y obesidad (Champagne & Bray, 2010).

La presencia del IMC entre los predictores de la conducta alimentaria mantiene una congruencia teórica y lógica, ya que la tendencia hacia dicha conducta se asocia con sobrepeso y obesidad, es decir con incrementos del IMC, y también se ha documentado una asociación positiva entre desórdenes de alimentación e IMC (Gómez-Peresmitré et al., 2013).

Hay que considerar las diferencias de género en los depósitos de grasa; las mujeres tienen mayor grasa abdominal subcutánea y menos grasa intraabdominal en relación con los hombres (Secretaría de Salud, 2013; Suverza & Haua, 2012).

La *circunferencia de cintura* (CC) se utiliza para medir la adiposidad central, asociada con enfermedades cardíacas independientemente de la edad y la geografía, además de ser una medición predictiva de resistencia a la insulina, cuando presentan valores arriba de  $\geq 80\text{cm}$  en mujeres y  $\geq 90\text{cm}$  en hombres se da lugar a un diagnóstico no muy favorable para el sujeto (Del Campo, González & Gámez, 2015; Secretaría de Salud, 2013; Suverza & Haua, 2012).

### **Clasificación**

Se hace principalmente mediante el IMC, en el cual se estipula lo siguiente (Tabla 2) (Moreno, 2012; Suverza & Haua, 2012).

<b>IMC</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Riesgo para la Salud</b>
$\leq 18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$	Bajo peso	Aumentado
18.5-24.99 $\text{kg}/\text{m}^2$	Normal / Óptimo	Promedio

25.0-29.99 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso	Aumentado
30.0-34.99 kg/m <sup>2</sup>	Obesidad I	Aumentado Moderado
35.0-39.99 kg/m <sup>2</sup>	Obesidad II	Aumentado Severo
$\geq 40.0$ kg/m <sup>2</sup>	Obesidad III	Aumentado Muy Severo

*Nota.* Recuperado de "Definición y clasificación de la obesidad", de Moreno, M., 2012, *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.

La CC estipula que debe tener  $\geq 80$ cm en mujeres y  $\geq 90$ cm en hombres que se clasifica como *incremento*, así como también cuando existe  $\geq 88$ cm en mujeres y  $\geq 102$ cm en hombres se dice que hay un *incremento sustancial* (Labraña et al., 2017; Suverza & Haua, 2012).

### **Prevalencia**

Una vez que sabemos que es el sobrepeso y la obesidad es necesario observar el panorama general que gira en torno a esta enfermedad y el cómo se encuentra el mundo respecto a este tema. En 2016, constató que más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos (OMS, 2018).

En 2016, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso, en general, en este año alrededor del 13% de la población adulta mundial (11% hombres y 15% mujeres) eran obesos, entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado (OMS, 2018).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCED, 2017) estudio la prevalencia mundial de la obesidad teniendo como resultado que el país con mayor prevalencia de esta enfermedad en población adulta es Estados Unidos (38%), seguido de México (33%) (Dávila-Torres, González-Izquierdo & Barrera-Cruz, 2015).

De acuerdo con los datos de la Asociación Internacional de Estudios de la Obesidad (IASO, 2012) se estima que en la actualidad aproximadamente mil millones de



adultos tienen sobrepeso y otros 475 millones son obesos. (Dávila-Torres, González-Izquierdo & Barrera-Cruz, 2015).

Cada año mueren en el mundo 2,8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad. La OMS prevé que 7 millones de personas perderán la vida a causa de enfermedades no transmisibles en 2030, debido a factores de riesgo comportamentales y físicos como el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad (Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la OMS, 2012).

Según la Food and Agriculture Organization (FAO, 2016) y el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE, 2014), en la región de las Américas el 58 % de los habitantes vive con sobrepeso y obesidad (360 millones de personas), siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas, y las tasas más bajas son en la Región de Asia Sudoriental (14% sobrepeso en ambos sexos; 3% obesidad), cabe destacar que el aumento de la obesidad en América Latina y el Caribe impacta de manera desproporcionada a las mujeres: en más de 20 países, la tasa de obesidad femenina es 10 puntos porcentuales mayores que la de los hombres (Malo-Serrano, Castillo & Patija, 2017).

Actualmente, la obesidad es la enfermedad crónica más frecuente en todo el mundo, como ya se mencionó anteriormente, sus cifras se han triplicado desde el año 1975, ya que más de 650 millones de adultos de 18 años o más (13%) eran obesos y más de 1900 millones (39%) tenían sobrepeso, por sexos, la prevalencia de obesidad era mayor en el femenino (15%) que en el masculino (11%), mientras que la de sobrepeso era superior en hombres (27%) que en mujeres (25%) (OMS, 2017).

A nivel nacional también se han realizado estudios para medir la proporción de sobrepeso y obesidad que presenta nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) encontró que los estados que presentaron mayor prevalencia de obesidad abdominal fueron Baja California Sur (80.0%), Tabasco (79.3%), Ciudad de México (78.8%), Campeche (78.7%) y Sonora (78.3%), en cambio los estados con menor prevalencia fueron Chiapas (64.3%), Oaxaca

(66.4%), Hidalgo (68.1%), San Luis Potosí (69.3%) y Quintana Roo (70.4%) (Barquera, Campos-Nonato, Hernández-Barrera, Pedroza & Rivera-Dommarco, 2013).

México ha mostrado uno de los incrementos más rápidos en obesidad y sobrepeso, éstas representan un grave problema de salud pública, dada sus consecuencias y su asociación con las principales causas de mortalidad (Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021, 2016).

Estudios han demostrado que en nuestro país la incidencia de obesidad ha crecido de manera exponencial: en los escolares 1 de cada 4 (26%) y en los adolescentes 1 de cada 3 (36%) padecen sobrepeso u obesidad (Reyes-Sepeda, García-Jiménez, Gutiérrez-Sereno, Galeana-Hernández & Gutiérrez-Saucedo, 2016).

La prevalencia de adultos mexicanos mayores de 20 años fue de 71.3%, en cuanto a los porcentajes de sobrepeso y obesidad se manifiesta un total de 38.8% y 32.4% respectivamente dando como resultado que en la población femenina (37.5%) se encontró un mayor porcentaje de personas que padecen obesidad que en población masculina (26.9%) (Barquera et al. 2013).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC, 2016) encontró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad que pasó de 71.2% en 2012 a 72.5% en 2016; este aumento de 1.3 puntos porcentuales no fue estadísticamente significativo. Las prevalencias tanto de sobrepeso como de obesidad y de obesidad mórbida fueron más altas en el sexo femenino. Aunque las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad no son muy diferentes en zonas urbanas (72.9%) que en rurales (71.6%), la prevalencia de sobrepeso fue 4.5 puntos porcentuales más alta en las zonas rurales, mientras que la prevalencia de obesidad fue 5.8 puntos porcentuales más alta en las zonas urbanas.

En el caso del sobrepeso tuvo mayor prevalencia en varones con un 42.6% que en la población femenina (35.5%) (Barquera et al., 2013; Barrera-Cruz et al., 2013).

También se determinó que el 26% de los adolescentes con problemas de obesidad presentan una mayor probabilidad de presentar trastornos de la conducta alimentaria (Radilla et al. 2015).

Se estima que para el año 2050 la proporción de población mexicana con un peso óptimo será del 12% en mujeres y 9% en hombres, el resto de la población podría padecer de sobrepeso o algún tipo de obesidad (Rtveladze et al. 2013).

Haciendo referencia al estado de Nuevo León, este se ubica en la región noreste del país, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el estado viven alrededor de 5,157,780 habitantes de los cuales el 49.7% (2,564,417) corresponde a la población masculina y el 50.3% (2,593,363) representa a la población femenina (Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021, 2016).

Estudios realizados en el estado de Nuevo León demuestran que esta enfermedad afecta a 39.3% de los adolescentes entre 12 y 19 años; y al 71.7% de la población adulta de 20 a 59 años, así mismo, la prevalencia de obesidad abdominal en esta misma población (20-59 años) es de 66.4% para los hombres y el 76.2% para las mujeres, siendo las últimas las que presentan una mayor prevalencia con una diferencia de 9.8% en relación a los hombres (Gutiérrez et al. 2017).

### **Teorías sobre la obesidad**

A lo largo del tiempo se han establecido diversas teorías para dar una explicación válida sobre el porqué y el cómo los seres humanos adquirimos la obesidad (Tabla 3).

---

**Tabla 3. Teorías de la obesidad**

---

La teoría del “ <i>Punto establecido</i> ” o “Set Point” (Laguna, 2005; Levitsky, 2002).	Menciona que el peso corporal se establece biológicamente por un sistema homeostático que modula la alimentación y gasto energético para mantenerlo en un nivel determinado, sin embargo, diversos estudios acerca del efecto de agentes ambientales sobre la alimentación sugieren que quizá no exista un estricto control biológico de la alimentación.
--	---

---

<p>La teoría de la “Zona de establecimiento” o “Settling Zone Point” (Laguna, 2005; Levitsky, 2002).</p>	<p>Propone un nuevo paradigma que sugiere que el peso corporal es establecido por el ambiente dentro de una zona biológicamente determinada, mediante la modulación de la ingestión de alimentos y actividad física.</p>
<p>La teoría glucostática de Mayer (Mayer, 1955; González, Ambrosio &amp; Sánchez, 2006).</p>	<p>Postuló que la sensación de hambre inicia cuando el nivel sanguíneo de glucosa desciende ligeramente.</p>
<p>La teoría lipostática de Kennedy (Kennedy, 1953; González, Ambrosio &amp; Sánchez, 2006).</p>	<p>Postuló la existencia de receptores hipotalámicos que detectan elevación del nivel plasmático de ácidos grasos y en respuesta se desencadena la señal de hambre. El hipotálamo detecta la cantidad de grasa corporal, que de ser abundante genera señales de inhibición del hambre.</p>
<p>La teoría de producción de calor (Mayer, 1955; González, Ambrosio &amp; Sánchez, 2006).</p>	<p>Propone que sentimos hambre cuando baja la temperatura corporal.</p>
<p>La teoría de la infectoobesidad (Villavicencio &amp; Valladares, 2017).</p>	<p>Se refiere a la influencia de los microorganismos con el incremento de peso que alude a la teoría de que las personas obesas tienen una flora bacteriana distinta que hace que procesen los alimentos de manera diferente lo que influiría en su ganancia de peso y almacenamiento de grasa, algunas personas aumentan de peso significativamente no por comer en exceso o por su genética sino por tener una composición diferente de microbios en el intestino, un ejemplo claro podría ser el adenovirus 36, que favorece a la proliferación de adipocitos.</p>
<p>Teoría de la influencia genética y familiares (Quiroga-de, 2017).</p>	<p>Esta teoría considera tres tipos de obesidad:</p> <p><b>Obesidad común o multifactorial:</b> la cual nos habla sobre como un núcleo familiar tiende a ser obesos, unos más que otros, y comparten tanto los genes, como los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y una dieta inadecuada.</p> <p><b>Obesidad monogénica no sindrómica:</b> responsable de aproximadamente 5% de los casos de obesidad severa, esta permite identificar genes que se heredan en forma mendeliana y determinan formas extremas de obesidad.</p> <p><b>Obesidad sindrómica:</b> se han podido identificar alrededor de 25 causas para este tipo de obesidad moderada o extrema, la causa es siempre genética, puede ser una alteración cromosómica pero siempre viene acompañado de un tipo de retardo mental, como, por ejemplo;</p> <p>(1) el <i>Síndrome de Prader-Willi</i> que es el más frecuente de los síndromes de obesidad, con una frecuencia de 1 en 10,000 a 1 en 30,000 nacimientos, (2) el <i>Síndrome de Cohen</i> en el cual existe microcefalia y una facies características, con ojos levemente inclinados hacia abajo, incisivos superiores prominentes, paladar angosto, orejas grandes, y variados problemas visuales, (3) el <i>Síndrome de Bardet-Biedl</i> en el cual se presenta una distrofia de la retina y diversos problemas visuales, los cuales conllevan a la ceguera a partir de los 20 años de edad, la herencia es compleja, se conocen 8 loci independientes relacionados con este síndrome, se pueden dar casos de herencia trialélica, con más de un locus involucrado</p>

## **Investigaciones sobre obesidad**

Al momento de tocar el tema de la obesidad, se tienen que resolver ciertos clichés que se tienen hoy en día, si bien existen muchas causas por las cuales una persona puede adquirir esta enfermedad, en el que principalmente se centra la ciencia y la sociedad es en el núcleo familiar, estudios han arrojado una asociación leve, aunque estadísticamente significativas ( $p < 0.041$ ), entre el nivel de estudios de los padres y el IMC de sus hijos (González, Aguilar, García, García, Álvarez, Padilla y Ocete, 2012).

Es importante también investigar sobre las creencias de la población acerca de esta enfermedad, de acuerdo con Nuñez (2007) el 82% de las niñas y el 100% de los niños creen que el término de “salud” hace referencia a la ausencia de “dolor físico”, así como también no observan a la obesidad o al sobrepeso como una enfermedad, así como también el 73.3% las madres de estos niños creen que la obesidad es una característica física temporal que desaparecerá al cabo de un tiempo.

El padecer obesidad en cualquier periodo de nuestras vidas nos expone a las burlas de las demás personas, ya que el 64.4% de los niños en edad primaria tienen una opinión negativa de las niñas obesas, así como las niñas en menor medida (10.2%) tienen la opinión negativa sobre los niños obesos, los datos encontrados muestran una tendencia al aumento sobre las opiniones negativas sobre las personas obesas, esto quiere decir que a mayor edad existe un mayor repele por las personas que padecen esta enfermedad (Nuñez, 2007).

Por su parte Johannsen, Johannsen y Specker en el 2006 se encargaron de estudiar la influencia de los padres sobre la conducta alimentaria y el peso de sus hijos, encontrando que las madres tienen una fuerte influencia sobre el peso de los niños y son más conscientes respecto a la conducta alimentaria tanto del niño, como de los más integrantes de la familia.

Un estudio en el cual participaron 1,745 trabajadores (1,036 mujeres y 709 hombres) informo que las personas consumían desayuno, almuerzo y una baja porción de la cena, pero informaron que con muy baja frecuencia consumían frutas o verduras, así como también pocos respetaban sus horarios de comida, también se informó que el 70% de las personas contaba con obesidad y estas tenían hasta 3 veces mayor probabilidad de adquirir alguna enfermedad (Ratner et al. 2008).

Investigaciones recientes sobre la obesidad arrojan como resultado, el notorio incremento tanto en la población que la padece como en los costos que conlleva esta enfermedad, se ha estimado que podría corresponder al 24.9% de gastos en salud pública en México y al menos el 10.8% de gastos a nivel salud nacional, actualmente se estima que esta enfermedad tiene un costo mayor a los 67,345 millones de pesos al año (Barquera, Campos-Nonato, Rojas & Rivera, 2010).

Se ha relacionado a la obesidad como uno de los principales predisponentes para adquirir diversas enfermedades, un estudio realizado en España, informa que el padecer obesidad o sobrepeso propicia a los niños la adquisición del asma, en el cual se observa un incremento en el riesgo en relación con la severidad del asma a todos los niños arriba de un percentil 85 (RR = 1,86 de sufrir más de 12 ataques en niños obesos frente a los no obesos) (Morales, Jiménez, Llopis & García-Marcos, 2005).

### **Modelos explicativos de la obesidad**

Las últimas investigaciones sobre la obesidad engloban diversos enfoques multidisciplinarios para su mayor comprensión, desde los factores que favorecen a la acumulación de tejido adiposo, hasta aspectos recientes en el ámbito psicológico (Tabla 4).

<b>Tabla 4. Enfoques multidisciplinares de la obesidad</b>
Papel fundamental del tamaño de las raciones de alimento
Deterioro de la percepción interoceptiva en población obesa
Afecciones de otras funciones superiores del encéfalo
Pensamiento dicotómico característico de esta población
Perfil concreto, determinado por las dificultades para mantener una alimentación adecuada
Déficit de control de estímulos

*Nota.* Adaptado de “Actualización del modelo explicativo de la obesidad y sus conductas de riesgo: estudio preliminar”, de López & Garcés, 2016, *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36(4), 48-53.

Cabe resaltar que la obesidad también se puede comprender como la respuesta del organismo a las demandas ambientales existentes (López & Garcés, 2016).

Este modelo explicativo refiere a que es necesario observar e indagar en los hábitos alimentarios, el estilo de vida de las personas y el aspecto psicológico, para poder entablar un adecuado resultado, en primer lugar, es necesario estudiar las diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de los alimentos y el estado corporal (López & Garcés, 2016).

En cuanto a la relación de los hábitos deportivos, se analizan las diferencias estadísticamente significativas de la intensidad, duración y frecuencia, este modelo refiere que el incremento de la obesidad no se produce debido a un abuso de algún grupo alimenticio en específico o bien por la ausencia de otros (ej. Verduras) (López & Garcés, 2016).

### **Factores psicosociales**

Estos factores hacen referencia a condiciones presentes en una situación laboral, relacionadas directamente con la organización, el contenido y realización de alguna actividad, que tengan capacidad para afectar tanto el bienestar o la salud física, emocional o social, entre las principales de estas se encuentran la ansiedad y la depresión por los ajetreados niveles de vida y excesiva carga laboral, tanto en escuelas como en lugares de trabajo (UAM, 2010).

## **Ansiedad**

### ***Definición***

La OMS (2016) define a los trastornos por ansiedad como problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (American Psychiatric Association., 2013) define a los trastornos de ansiedad de diversas formas, una de ellas es, la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Es la respuesta anticipatoria a una amenaza que se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma, acompañadas de manifestaciones conductuales visibles y de cambios fisiológicos asociados a la hiperactivación del sistema nervioso autónomo (Ardiaca, 2016; Marks, 1986).

Muchas veces se puede llegar a confundir la ansiedad con el miedo, ya que ambas tienen manifestaciones similares como lo es el peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras, por eso se puede dar el caso que los autores utilizan indistintamente un término del otro (Sierra, 2003; Thyer, 1987).

Actualmente al hablar sobre la ansiedad se tiene que observar que no solo existe un factor desencadenante, por el contrario, son muchos los que propician el padecer este trastorno, entre los principales se encuentran; el ambiente laboral, social y familiar (Vargas, 2014).

Estudios han comprobado que los desafíos académicos y los desafíos laborales a los que comúnmente se enfrentan las personas, generan una respuesta positiva para adquirir este trastorno (Arcadia, 2016; Barraza et al., 2015).



A lo largo del tiempo la sociedad ha sido testigo de cómo las emociones negativas desencadenan trastornos, la ansiedad es uno de los que más fácilmente son identificados, esta se deriva como un mecanismo de defensa ante situaciones que son consideradas como amenazadoras por cada persona, este mecanismo universal ocurre en todas las personas pero por lo regular es más frecuentemente en población femenina, es normal y adaptativo hasta cierto nivel (Cardona-Arias, Pérez-Restrepo, Rivera-Ocampo, Gómez-Martínez & Reyes, 2015; Pompa & Meza; 2014).

Se pueden padecer ataques de ansiedad o crisis de ansiedad pueden tener una duración de minutos a horas, se ven acompañados por incapacidad de estar sentado o de pie durante un lapso considerable de tiempo, así como también por síntomas vegetativos (cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud) (Cardona-Arias et al., 2015; García-Falconi, Rivas, Hernández, García & Braqbien; 2016).

La ansiedad puede ser un factor de riesgo que predispone al sobrepeso y la obesidad, ya que se manifiesta con alteraciones del ánimo, de los pensamientos y del comportamiento, esta alteración emocional puede manifestarse como diversos trastornos, los más comunes entre los jóvenes son el estrés agudo y el trastorno de estrés post traumático (Salazar et al., 2016).

### ***Clasificación***

Existen diversas clasificaciones para los trastornos de ansiedad la más conocida se divide en 3 trastornos (Tabla 5) (Reyes-Ticas, s.f.).

**Tabla 5. Trastornos de ansiedad**

<b>Trastorno</b>	<b>Descripción</b>
trastornos fóbicos	Incluyen la fobia específica, fobia social y agorafobia
trastornos de ansiedad sin evitación fóbica	Comprenden la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada
otros trastornos de ansiedad	Contemplan los trastornos obsesivos-compulsivos y los trastornos mixtos de ansiedad y depresión

*Nota.* Adaptado de “*Trastornos de ansiedad, guía práctica para diagnóstico y tratamiento*”, de Reyes-Ticas, s.f.

**Trastornos fóbicos:** estos son específicos miedos persistentes, irracionales e intensos, ante algunas situaciones, circunstancias u objetos, estos provocan ansiedad y evitación, a continuación, se indagará más a profundidad sobre ellos (Reyes-Ticas, s.f.).

*Fobia específica (FE):* es la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a exposición de situaciones o estímulos específicos temidos, que da lugar a evitarlos, estas incluyen miedo a los animales, precipicios, ver sangre, ascensores, aviones, su diagnóstico se establece si el comportamiento de evitación interfiere con la rutina normal de la persona (Reyes-Ticas, s.f.).

*Fobia social (FS):* en esta se presenta la ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones públicas del individuo en las que teme comportarse en una forma humillante, ridícula o embarazosa, por lo que tiende a evitarlas (Reyes-Ticas, s.f.).

*Agorafobia (A):* es la fobia a lugares o bien situaciones de donde escapar es difícil o imposible encontrar ayuda en caso de que se presenten síntomas de ansiedad severa (Reyes-Ticas, s.f.).

**Trastornos de ansiedad sin evitación fóbica:** son miedos persistentes, en algunos casos irracionales pero que no llegan a tomar una postura de evitación como los trastornos fóbicos, en este punto se pueden incluir;

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): caracterizada por ansiedad y preocupación excesiva en problemas de la vida cotidiana, se asocia a los síntomas físicos de la ansiedad, su principal característica es el humor preocupado persistente asociado a síntomas de tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia (Reyes-Ticas, s.f.).

Ansiedad por separación: es una manifestación psicopatológica, caracterizada por la incapacidad del niño de quedarse y estar a solas, se puede entender también como la respuesta emocional que experimenta un niño al separarse físicamente de la persona con quien está vinculado (generalmente la madre) (Pacheco & Ventura, 2009).

### **Otros trastornos de ansiedad**

En este apartado entran los trastornos obsesivos-compulsivos y los trastornos mixtos de ansiedad y depresión (Reyes-Ticas, s.f.).

Trastornos obsesivos-compulsivos: caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes, las cuales son severas como para causar sufrimiento marcado y perjudicar en la rutina normal, en el funcionamiento o en las relaciones interpersonales, las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, involuntarios e indeseados, y las compulsiones son comportamientos que se realizan de una forma ritual (Reyes-Ticas, s.f.).

Trastornos mixtos de ansiedad y depresión: categoría la cual debe usarse cuando estén presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico separado (Reyes-Ticas, s.f.).

La época universitaria constituye un periodo de la vida donde la mayoría de los estudiantes son adolescentes o adultos jóvenes, lo que implica que son una población donde se consolidan los proyectos de vida, se adquiere la mayoría de edad, se asumen nuevas responsabilidades sociales y aumentan las presiones psicosociales, lo que puede redundar en una mayor vulnerabilidad frente a trastornos psicosociales como el síndrome ansioso (Cardona-Arias et al., 2015).

### ***Prevalencia***

Más de 260 millones sufren este trastorno en todo el mundo; en México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente (OMS, 2016; Posada-Villa, Buitrago-Bonilla, Medina-Barreto & Rodríguez-Ospina, 2006; Virgen, Lara, Morales & Villaseñor, 2005).

Aproximadamente un 47% de la población padece algún tipo de ansiedad, así como también el 68.7% de los adolescentes obesos, en la actualidad aproximadamente están expuestas a padecer este trastorno 1.5 veces más las adolescentes obesas y con sobrepeso, en cuanto a los hombres se tiene registrado que están expuestos 1.7 más veces (Barraza et al., 2015; Pompa & Meza, 2014).

Es importante resaltar que, si existen diferencias por sexo, respecto a este trastorno de la ansiedad, ya que se han comprobado que son más frecuentemente presentados por mujeres, que por hombres (Barraza et al., 2015; Pompa & Meza, 2014; Vélez, Casadiegos & Sánchez, 2008).

### ***Investigaciones sobre alimentación y ansiedad***

Es importante señalar que se ha comprobado científicamente que encontrarse en un estado de ansiedad favorece para que el ser humano se encuentre en una sobrealimentación o una alimentación compulsiva esto con el fin de disminuir los

niveles de ansiedad que presenta, según la teoría psicósomática sostenía que las personas obesas eran incapaces de distinguir entre ansiedad y hambre (Silva, 2007).

Las emociones negativas han sido frecuentemente analizadas como contextos afectivos en los cuales observar la sobrealimentación, del repertorio emocional negativo, existe evidencia al menos para la rabia, la tristeza, el miedo y la ansiedad, el efecto que tiene estas emociones en la alimentación está mediado por variables cognitivas, cuyo impacto se observa particularmente en la ansiedad (Silva, 2007).

Se observa que las personas con niveles bajos de ansiedad presentan mayor consumo de frutas ( $F= 3.18$ ;  $gl=2$ ;  $p<.04$ ) y de verduras ( $F=4.32$ ;  $gl=2$ ;  $p<.01$ ), y que los de moderado nivel de ansiedad (Arcadia, 2016; García-Falconi et al. 2016).

También se ha comprobado que según la prueba de Scheffé el presentar niveles bajos de ansiedad favorece a un mayor consumo de verduras que en niños con niveles altos (grupo bajo de ansiedad  $M=1.06$ ) (grupo alto de ansiedad  $M=.83$ ) ( $DM=22$ ,  $p<.02$ ) (García-Falconi et al. 2016).

Un estudio realizado con 672 participantes con algún problema alimentario muestra que aproximadamente el 63.5% de la población presenta un trastorno de ansiedad, los autores señalan que los trastornos de ansiedad por lo general iniciaban desde la infancia, inclusive mucho antes de algún problema alimentario (Kaye et al., 2004).

Según la teoría psicósomática sostenía que las personas obesas eran incapaces de distinguir entre ansiedad y hambre, de esta manera, algunos sujetos tenderían a responder frente a la ansiedad como si experimentaran hambre, esto es, comiendo (Silva, 2007).

Se realizó un estudio en 296 pacientes obesos entre 18 y 79 años de edad, con la finalidad de observar los niveles de ansiedad presentados entre los cuales se

encontraron que mediante la escala de ansiedad de Hamilton presentaron una media de 16, lo que significa que existe una intensidad leve de ansiedad, con un nivel de significancia de  $p=.024$ , que indica una mayor presencia de ansiedad en mujeres ( $F=17$ ) que en hombres ( $M=15$ ) (Ríos et al. 2008).

Por su parte un estudio realizado a 65 personas con sobrepeso y obesidad, con el fin de identificar en qué parte de la población se localiza los mayores niveles de ansiedad, teniendo una distribución de 89.2% mujeres y el restante por hombres, se obtuvieron los siguientes resultados; Al dividir los pacientes en dos grupos, según el parámetro «resultado 4 ó < 4», se encontró que la presencia de síntomas de ansiedad entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ( $t_{obt}= 14,0$ ;  $g_l= 63$ ;  $p < 0.05$ ) (Tapia, 2006).

Un estudio realizado posteriormente en el cual se encuestó a 128 sujetos de los cuales 18.8% presentaban algún tipo de conducta alarmante de alimentación que propiciaba a la obesidad, en los cuales se informó la posibilidad de padecer un rasgo de personalidad ansioso, así como también este era un factor que modulaba la relación con los problemas de alimentación, se postula la posibilidad de que la ansiedad es un factor desencadenante de problemas más graves (Gómez et al., 2010).

La literatura revisada se ha centrado en la contribución de los trastornos alimenticios como una categoría general al proceso emocional de la depresión y la ansiedad, esta última frecuentemente coincide con los problemas alimenticios ya que la expresión emocional es un importante mediador (Cruzat & Cortez, 2008).

## **Sensibilidad a la Ansiedad**

### ***Definición***

La sensibilidad a la ansiedad (SA) es un concepto relativamente nuevo, Reiss (1987) es el autor al que más se le relaciona con este constructo. La SA constituye uno de los conceptos más innovadores en el campo de los trastornos de ansiedad,

así como también, uno de los que más atención e interés ha despertado en la comunidad científica, la SA ha sido propuesta como un factor importante de predisposición para el desarrollo de los trastornos de ansiedad (Sandín, Chorot, Valiente, Santed & Lostao, 2004; Reiss, 1991).

La SA ha sido definida a lo largo del tiempo como el miedo a los síntomas de la ansiedad, el cual puede ocurrir debido a variados factores, se podría dar por las creencias que tengan los sujetos sobre que la sensación de ansiedad repercute de manera negativa en las personas, esta tiene la peculiaridad de ser un “miedo fundamental”, ya que puede motivar a que ocurran otros tipos de miedos (Molina, Sandín & Chorot, 2014).

Es un constructo muy relacionado con la ansiedad, el cual tiene como referencia como anteriormente se mencionó a la “creencia de experimentar sensaciones corporales asociadas con la ansiedad o el miedo”, esto puede provocar que los individuos consecuencias adversas o indeseables, como podría ser un rechazo social (Yagüe, Sánchez-Rodríguez, Mañas, Gómez-Becerra & Franco, 2014).

Se ha considerado a la SA como una causa de debilidad ante diversos trastornos emocionales, entre los más comunes serían el trastorno de ansiedad, trastornos de pánico y trastornos de depresión (Cox, Enns, Walker, Kjernisted y Pidlubny, 2001), recientemente Clark y Beck (2012) señalan cómo la sensibilidad a la ansiedad que ellos definen como “miedo o sensibilidad a experimentar ansiedad” representa un factor de vulnerabilidad de la personalidad donde los aspectos cognitivos adquieren un relieve destacado en referencia a los trastornos de ansiedad.

La SA suele implicar en gran medida a los síntomas fisiológicos de la ansiedad como lo son la taquicardia, la respiración dificultosa, disnea o incluso temblores, en este sentido se ha encontrado que aumentar la actividad física que no implica una competición disminuye la SA pero en personas que practican un estilo de vida mayormente sedentario no se ve esta disminución, cabe aclarar que las personas

con un mayor grado de sensibilidad a la ansiedad tienden a evitar ciertas actividades físicas debido al malestar que les produce (Molina, Sandín & Chorot, 2014).

### ***Clasificación***

Se han establecido factores jerárquicos para la SA, los cuales son, SA-somática (miedo a los síntomas físicos de la ansiedad), SA-cognitiva (miedo al descontrol cognitivo) y SA-social (miedo a las reacciones observables de ansiedad) los cuales permiten describir este constructo psicopatológico (Sandín, Chorot, Valiente, Santed & Lostao, 2004).

Se puede concluir que la SA se considera una variable de personalidad en la cual el sujeto aumenta las reacciones de miedo derivadas de la interpretación que éste hace de las sensaciones / situaciones físicas, cognitivas y/o sociales y que para estos autores juegan un papel importante tanto a nivel etiológico como de mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Reiss, 1991; Taylor & Cox, 1998).

## **Depresión**

### ***Definición***

Al momento de utilizar el término *depresión*, se hace referencia a un amplio espectro de trastornos que comparten ciertas características, que varían en sus causas, intensidad, sintomatología, cronicidad y curso, e incluso en el comportamiento epidemiológico, es decir, que puede abordarse tanto desde la perspectiva de los síntomas como de los síndromes o desde la clasificación nosológica como trastorno mental (Londoño & González, 2016).

Inicialmente denominado como melancolía, pero sus síntomas no eran los mismos su origen se atribuyó a Hipócrates, aunque este no estuvo muy lejos de la realidad al relacionar dos síntomas propios de la melancolía: el temor y la tristeza, no fue hasta el año de 1725 que el británico sir Richard Blackmore lo rebautizó como



depresión, Esquirol fue el primero en definir al trastorno depresivo como un trastorno del humor en su *Tratado* de 1838 (Pichot, 2003; Zarragoitia, 2011).

Este trastorno como ya se mencionó anteriormente se encuentra relacionado con la tristeza, pero también con la desesperanza, la disminución del interés en las actividades que antes se evaluaban como placenteras, la culpabilidad, el llanto frecuente, esto se puede ver reforzado por experiencias vividas con anterioridad, puede ser alguna pérdida humana o algún fracaso en la vida, la literatura nos marca que, a menor nivel de autoestima se corre el riesgo de expresar una sintomatología depresiva. (Barraza et al., 2015; Ceballos-Ospino et al., 2014).

No es nuevo el hecho de que existan trastornos mentales, ya que desde hace varios años se viene advirtiendo de un aumento de estos, particularmente en los depresivos y ansiosos, debido a esto gracias a el último estudio de Global Burden of Disease (GDB, 2016), se observa un aumento del 18% en el número total de personas que se ven afectadas por esta enfermedad.

Es importante destacar que no se han encontrado relaciones del IMC con la depresión, pero si la autopercepción del peso corporal con variables psicoemocionales, esto se fundamenta con que, a mayor insatisfacción corporal, también es mayor el nivel de ansiedad y depresión (Cruz-Sáez et al., 2016).

Este trastorno en la población obesa o con sobrepeso provoca una disminución de las funciones de socialización de la persona afectada, altera sus actividades cotidianas en el trabajo, en la escuela y en la familia, este desorden emocional tiene una importante prevalencia (10%) en los estudiantes universitarios (Salazar et al. 2016).

## **Clasificación**

Es importante contar con clasificaciones de depresión para poder observar si este síndrome se encuentra o no relacionado con alguna otra entidad, a lo largo de los artículos revisados se pudo observar 2 clasificaciones de este trastorno, por un lado, están las depresiones secundarias y por el otro están las depresiones primarias, a continuación, se explicarán en qué consisten cada una (Riveros, Hernández & Rivera, 2007).

**Depresiones secundarias:** se encuentran relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas, se encuentran relacionadas con la esquizofrenia (tras la remisión del episodio agudo, su principal característica es una actitud clínica negativa) y los estados de ansiedad generalizada que con el tiempo se vuelven crónicas y no se resuelven (Riveros, Hernández & Rivera, 2007).

**Depresiones primarias:** no se encuentran ligadas a otro tipo de enfermedad médica, por lo general aparecen de manera autónoma o cuando se producen situaciones desencadenantes, de esta existen subdivisiones de acuerdo con su sintomatología y gravedad (Riveros, Hernández & Rivera, 2007).

**Depresiones primarias unipolares:** se presentan en formas de fases, suelen aparecer después de los treinta años y su tiempo y duración dependerá de cada individuo (Riveros, Hernández & Rivera, 2007).

**Depresiones primarias bipolares:** cuentan con fases depresivas que alternan con intervalos de normalidad, pero también con episodios maníacos, en casos graves pueden llegar a mostrar los individuos agitación, ideas delirantes o alucinaciones (Riveros, Hernández & Rivera, 2007).

## **Prevalencia**

En México se realizó la Entrevista Nacional de Comorbilidad con tres preguntas de

cribado de salud mental en una muestra aleatorizada de 5782 personas entre 18 y 65 años; se encontró que la cohorte de población más vulnerable estaba entre 45 y 54 años, y que la prevalencia de depresión en el último año era del 8%, y, a lo largo de la vida, de 9.8% (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet & Orozco, 2012).

Estudios han arrojado datos en los cuales se muestran que aproximadamente el 28% de la población mexicana padece depresión, entre los cuales se observa un 10% en población estudiantil (Barraza et al., 2015; Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet & Orozco, 2012; Salazar et al., 2016).

### ***Investigaciones sobre alimentación y depresión***

Existe mucha evidencia que nos habla sobre el cómo se encuentran conectados los trastornos depresivos con las personas que presentan algún problema alimentario, así como también el importante papel que juega en la discapacidad social que presentan, para tener una mejor perspectiva de esto se tiene que indagar más en el tema (Behar, Barahona, Iglesias & Casanova, 2007).

El cerebro humano absorbe el 20-27% de la tasa metabólica corporal total, esto nos deja en claro que el estado nutricional juega un papel primordial en la salud mental, por lo que llevar una mala nutrición puede contribuir a la adquisición de males mentales un ejemplo de esta podría ser la patogénesis de la depresión (Rodríguez & Solano, 2008).

Debemos tener en cuenta que la depresión, es una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor, el incremento del síndrome depresivo y los trastornos que se derivan de él son alarmantes a nivel tanto social como emocional y salud, a continuación, se presentan estudios revisados que presentan resultados importantes para nuestra sociedad;

Se ha observado aumento de la prevalencia de depresión, a mayor grado de obesidad, sobre todo en las personas consideradas con obesidad severa (IMC  $\geq 40$ ) (Onyike et al., 2003; Villaseñor, Ontiveros & Cárdenas, 2006).

En un estudio realizado en 2014 por Martínez-González et al. dan a conocer que aproximadamente el 22.1% de las mujeres y el 14.8% de los hombres con problemas de alimentación habían presentado al menos un episodio de depresión, así como también el 31.9% de la población que padece depresión, tiene riesgos de contraer algún trastorno de la conducta alimentaria.

Se encontró que 30% de los pacientes (en su gran mayoría mujeres) con desorden del atracón están deprimidos y presentan autoestima baja y mayor insatisfacción corporal, en comparación con los controles no obesos sin atracones (Striegel-Moore et al. 1998; Villaseñor, Ontiveros & Cárdenas, 2006).

Wardle et al (2001) se dieron a la tarea de analizar una muestra de mujeres obesas con desorden de atracón, insatisfacción corporal, y su relación con restricción de alimentos y depresión; entre sus hallazgos encontraron que estos 4 elementos están relacionados, y al tratar la depresión con medicamentos, y mejorar la insatisfacción corporal con terapias psicológicas, lograron mejorar el curso del desorden del atracón, y por lo tanto el éxito terapéutico incrementa su porcentaje (Villaseñor, Ontiveros & Cárdenas, 2006).

Behar, et al. (2007) evaluó a un total de 54 sujetos con problemas alimentarios, se midió la severidad de la depresión mediante la escala HDSR de Hamilton, en el que se pudo observar que fue significativamente mayor en el grupo que presentaba trastornos de la alimentación que en el que no se presentaban los trastornos, observándose principalmente una prevalencia de depresión severa en 18.5% (IC 95%: 9.7% a 31.9%) en el primer grupo contra 0 en el segundo ( $p < 0.001$ ), siendo 23.7 veces mayor el riesgo de presentar una depresión moderada a severa en el grupo con trastornos de la alimentación.

Se realizó un estudio en 296 pacientes obesos entre 18 y 79 años de edad con la finalidad de observar los niveles de depresión presentados entre los cuales se encontraron efectos significativos sobre el consumo de grasas ( $F=2.91$ ,  $gl=2$ ,  $p<.05$ ), concluyendo que los datos presentados no eran significativos, aunque sí reportó que los niños con niveles altos de depresión ( $M=1.07$ ) presentaron un consumo más elevado de grasas que los niños con niveles moderado ( $M=1.05$ ) y bajo ( $M=.9$ ) (García-Falconi et al., 2016).

Godoy en el 2014 realizó una investigación con el fin de saber sobre la sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo, estudiando a un total de 60 mujeres, encontrando como resultados que el 65% de las mujeres presentaron sintomatología depresiva.

Posteriormente Ocampo et al. (2017) decidieron hacer su propio estudio en el que se buscaba saber si existía alguna asociación entre el IMC y la depresión, para esto se estudió un grupo de 180 mujeres adolescentes, encontrando que el 27.22% de ellas contaban con algún grado de obesidad o sobrepeso y un 25.56% con problemas depresivos, existió diferencia entre el grupo de peso normal y el grupo de sobrepeso/obesidad ( $p<0.05$ ), en el cual se informó que las adolescentes que padecían obesidad eran más susceptibles a padecer depresión así como también a una ingesta más alta de alimentos.

Debido a todo lo previamente mencionado, se buscará analizar la relación entre la conducta alimentaria y las variables psicosociales, así como las diferencias entre estudiantes y trabajadores, esto con el fin de enriquecer el conocimiento existente, así como también la línea de investigación.

# CAPÍTULO III

## MÉTODO

Para analizar la relación entre la conducta alimentaria y las variables psicosociales, así como las diferencias entre estudiantes y trabajadoras se llevará a cabo un estudio cuantitativo de nivel predictivo, con corte transversal, en el cual se realizarán comparaciones entre grupos, así como también se analizará la fuerza de relación de las variables psicosociales.

### 3.1. Participantes

Para el cálculo de los participantes en primera instancia se utilizó la siguiente fórmula;

$$\frac{z^2(p*q)}{e^2 + \frac{(z^2(p*q))}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra  
Z= Nivel de confianza deseado  
p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)  
q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)  
e= Nivel de error dispuesto a cometer  
N= Tamaño de la población

Se calculó la muestra estudiantil de un universo de 8,000 estudiantes femeninas con un margen de error del 5%, un nivel de confianza de 95%, teniendo como total 367 alumnos participantes de la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la U.A.N.L.

El cálculo de la muestra de empleadas se realizó en un universo de 200 trabajadores, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, teniendo como total 132 trabajadores participantes de la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la U.A.N.L.

Debido a la poca participación de las trabajadoras de la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la U.A.N.L. se buscó reducir la muestra teniendo un total de 120 estudiantes femeninas y 70 empleadas.

El estudio es tipo de muestreo intencional por cuotas, participaron un total de 190 sujetos, los cuales se dividieron en dos grupos (estudiantes femeninas y empleadas), teniendo en cuenta los criterios de inclusión por tipo de participantes que se enlistan a continuación:

#### Estudiantes

- Mujeres
- Edades entre los 18 a 25 años
- Estudiantes pertenecientes a la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la U.A.N.L.
- Cualquier estado civil
- Con o sin hijos

#### Empleadas

- Mujeres
- Edades entre los 20 a 50 años
- Jornada de  $\geq 6$  horas
- Trabajo de oficina (sin desgaste físico)
- Pertenecientes a la Facultad de Ingeniería Mecánica y eléctrica de la U.A.N.L.
- Cualquier estado civil
- Con o sin hijos

Tras el análisis de instrumentos y completitud de los cuestionarios, con la consecuente depuración de aquellos protocolos incompletos o donde se observaba falseamiento de los datos, finalmente la muestra estuvo conformada por 63 empleada y 111 estudiantes. Las siguientes tablas muestran la distribución de las participantes por grupos de peso, en la tabla 6 aparecen desglosadas según la

clasificación de grupos de peso acorde a la normativa OMS, mientras en que la tabla 7 se agrupan los normopeso y bajo peso, y los de sobrepeso junto a los diferentes grados de obesidad.

Tabla 6

Tabla de frecuencias y porcentajes de distribución de participantes por grupos de peso

Ocupación	Grupos de peso	<i>f</i>	%
Empleada	Bajo peso <18.50	1	1.6
	Normal 18.50-24.99	25	39.7
	Sobrepeso 25.00-29.99	21	33.3
	Obesidad I 30.00-34.99	12	19.0
	Obesidad II 35.00-39.99	2	3.2
	Obesidad III >40.00	2	3.2
	Total	63	100.0
Estudiante	Bajo peso <18.50	10	9.0
	Normal 18.50-24.99	62	55.9
	Sobrepeso 25.00-29.99	31	27.9
	Obesidad I 30.00-34.99	7	6.3
	Obesidad II 35.00-39.99	1	.9
	Total	111	100.0



Tabla 7

Frecuencias y porcentajes de participantes por ocupación en grupos de peso categorizados como bajo peso-normo peso y sobrepeso-obesidad

Ocupación	Grupos de peso	<i>f</i>	%
Empleada	Bajo peso-normo peso	26	41.3
	Sobrepeso-obesidad	37	58.7
	Total	63	100.0
Estudiante	Bajo peso-normo peso	72	64.9
	Sobrepeso-obesidad	39	35.1
	Total	111	100.0

### 3.2. Aparatos e instrumentos

#### ***Anxiety Sensitivity Index—3 (ASI-3)***

Escala tipo Likert de autoinforme de 18 ítems diseñada para evaluar la sensibilidad a la ansiedad, a partir de las reacciones de miedo/ansiedad ante la experimentación de sensaciones física, síntomas de descontrol cognitivo, y síntomas observables socialmente.

Incluye tres subescalas de sensibilidad a la ansiedad (física, cognitiva y social), cada una de las cuales está constituida por 6 ítems. Consistencia interna de los ítems  $\alpha = .82$ , alfa de Cronbach  $.80$  (Taylor et al., 2007).

Las correlaciones de la ASI-3 con las tres subescalas fueron  $.87$  (con ASI-3-somática),  $.77$  (con ASI-3-cognitiva) y  $.66$  (con ASI-3-social) (Taylor et al., 2007).

Se responde indicando el grado en que suele experimentar cada uno de los enunciados según una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta donde 0 (cero) es “Nada o casi nada” y 4 (cuatro) es “Muchísimo” (Taylor et al., 2007).

La calificación de sus factores se da de la siguiente forma:

Preocupaciones físicas en los reactivos 3, 4, 7, 8, 12, 15.

Preocupaciones cognitivas en los reactivos 2, 5, 10, 14, 16, 18.

Preocupaciones sociales en los reactivos 1, 6, 9, 11, 13, 17.

### ***Inventario de depresión de Beck (BDI-II)***

Evalúa la severidad de los síntomas de la depresión, puede utilizarse en estudios clínicos o experimentales, tanto en población psiquiátrica como normal, este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones (Sanz, 2013).

El análisis de consistencia interna arroja un alfa de Cronbach de .87, con una validez concurrente de  $r = .70$  y una fiabilidad superior a .85 (Sanz, 2013).

Es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert, las puntuaciones mínima y máxima en la prueba son 0 y 63. Con opciones de respuesta del 0-3, con excepción en las preguntas 16 y 18 que tienen opciones de respuesta 0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a y 3b. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (Sanz, 2013).

### ***Cuestionario de comportamiento alimentario***

Como su nombre lo dice evalúa el comportamiento alimentario que tienen las personas, conformado 31 ítems de opción de respuesta múltiple, e incluye preguntas sobre selección, preparación, horarios de toma de alimentos, preferencias de ingestión de alimentos, creencias y barreras de cambio (Márquez-Sandoval et al. 2014).

El análisis de consistencia interna arrojó un Alfa de Cronbach adecuada con valores superiores a .70 en cuanto a la habilidad de los sujetos y de .98 para la consistencia interna de los ítems (Márquez-Sandoval et al. 2014).

A continuación, se enlistan las respuestas “saludables” sugeridas por los autores con base en lo reportado en la literatura, no obstante, no se descarta que las otras

respuestas puedan ser de utilidad para quien lo aplica, dependiendo el propósito del uso del cuestionario.

1 = e, 2 = e, 3 = b, 4 = b/c, 5 = a, 6 = a, 7 = a/b, 8 = d/e, 9 = Al menos 3 tiempos de comida al día, 10 = Al menos 3 tiempos de comida al día, 11 = a/b, 12 = a/b, 13 = a/b, 14 = a/b, 15 = a/ b, 16 = a/b, 17 = a/b, 18 = d/e, 19 = a/b, 20 = a/b, 21 = d/e, 22 = d/e, 23 = b, 24 = b, 25.1 = b, 25.2 = a/b, 25.3 = a, 25.4 = a, 25.5 = a/b, 25.6 = a, 25.7 = a/b, 25.8 = b, 25.9 = a, 25.10 = a, 25.11 = b, 25.12 = a, 26 = f/g, 27 = f/g, 28 = d, 29 = f, 30 = a, 31 = d/e (Márquez-Sandoval et al. 2014).

### **3.3. Aspectos éticos**

Para el presente estudio se tomarán en cuenta las recomendaciones de la American Psychological Association (2002) y de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007) para estudios con seres humanos.

En virtud de ello se explicará a los participantes el propósito del estudio y se les invitará a participar voluntariamente en el mismo. Se les explicará que en los procesos de investigación la información que se genera se utiliza sólo para fines científicos manteniendo la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. Una vez que el participante afirme comprender esto se solicitará su consentimiento informado y se procederá con la aplicación de instrumentos.

### **3.4. Procedimiento**

Se solicitará una carta a la Facultad de Psicología de la U.A.N.L. que será dirigida a la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la U.A.N.L. en la cual se solicitara el permiso de dicha dependencia para acceder a la muestra, aplicación de instrumentos, así como también se les entregará un documento en donde se avale el propósito del estudio y el número de sujetos que se necesitaran para la investigación.

#### ***Para la aplicación***

Se les pedirá a los encargados de la institución que nos faciliten los horarios y grupos en donde podremos aplicar las encuesta en caso de los estudiantes, también se solicitará el permiso de las empleadas que gusten participar en el estudio, una vez finalizado esto, a los sujetos que accedieron a participar en el estudio se les proporcionará un consentimiento informado y tres encuestas las cuales tendrán que contestar con lápiz o pluma, una vez que se finalice con el llenado de las encuestas, se les solicitará que las devuelvan así como también se les agradecerá su participación en el estudio.

### ***Diseño utilizado***

Diseño cuantitativo de nivel predictivo, corte transversal, correlacional y comparativo.

### ***Recolección de Datos***

La recolección de datos se llevará a cabo una vez que la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la U.A.N.L. autorice el estudio, se realizarán encuestas a estudiantes femeninas y empleadas pertenecientes a dicho plantel. Las encuestas utilizadas se aplicarán en formato de papel con la utilización de un lápiz o pluma para su resolución.

## **3.5. Análisis de Datos**

Análisis descriptivos para la muestra, prueba de normalidad de las variables, análisis de correlación de las variables y pruebas de diferencia de grupos. Se utilizarán modelos de regresión para analizar las vías de predicción de las anomalías en la conducta alimentaria en función de las variables. Todos los análisis serán ejecutados con el SPSS (versión 21.0).

Para este estudio nosotros definimos la conducta alimentaria problemática (CAP) como toda aquella que cumpla con los siguientes puntos; 1) no cumplir con los 3

tiempos de comida, 2) preparación de alimentos fritos, 3) no poder parar de comer cuando se siente satisfecho, 4) no excluir la grasa de alimentos evidentemente grasos, 5) no masticar adecuadamente los alimentos, 6) alto consumo de carbohidratos, 7) alto consumo de golosinas, 8) alto consumo de bebidas alcohólicas, 9) alto consumo de alimentos empaquetados, 10) alto consumo de refrescos, jugos o té industrializados, 11) alto consumo de comida chatarra entre comidas, 12) alta frecuencia de ingesta de alimentos comprados y en cantidades excesivas.

Se calculó un índice de conducta alimentaria problemática (iCAP), analizando la estructura de los ítems, se estableció como valor de 1 a la presencia de conducta alimentaria problemática y como 0 la ausencia de conducta alimentaria problemática, en los ítems 4, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 18, 21, 22, 23, 24, 26 y 27. la suma simple de estos ítems recodificados permitió el poder obtener este índice de conducta alimentaria problemática.

Para poder definir la CAP según el cuestionario de comportamiento alimentario, se tuvieron que categorizar los ítems como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8.  
Recategorización de ítems en orden de establecer un índice de conducta alimentaria problemática

Ítem	Opciones de respuesta con problema		Opciones de respuesta sin problema	
	Valor antiguo	Valor nuevo	Valor antiguo	Valor nuevo
4	1	1	3, 4 y 5	0
6	3 y 4	1	1 y 2	0
7	4	1	1, 2 y 3	0
8	1 y 2	1	3, 4 y 5	0
9	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8	1	7	0
10	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8	1	7	0

---

16	1 y 2	1	3, 4 y 5	0
18	1 y 2	1	3, 4 y 5	0
21	1 y 2	1	3, 4 y 5	0
22	1 y 2	1	3, 4 y 5	0
23	3	1	1, 2, 4 y 5	0
24	1, 3 y 5	1	2, 4, 6 y 7	0
26	1, 2, 3 y 4	1	5, 6 y 7	0
27	1, 2, 3 y 4	1	5, 6 y 7	0

---

Así como también se tuvo que crear el iCAP con valores mínimos y máximos de 0-14 correspondientemente, en el que 0 es para los casos sin CAP, valores de 4 a 1 es CAP leve, de 5-6 presenta un CAP moderado y los casos que presenten valores mayores o iguales a 7 presentan un CAP severo.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Tras evaluar la presencia de problemas de conducta alimentaria, se puede observar que en el conjunto de participantes (N=174), un alto porcentaje los presenta en forma severa (41.4%), siendo mayor el porcentaje de estudiantes que lo manifiestan en forma severa (45%) en contraste con el grupo de empleadas en donde este problema se manifiesta de forma severa en el 34.9% de ellas. Se puede observar que en el grupo de estudiantes solo 1 clasificó como sin presencia de conducta alimentaria problema (tabla 9).

Tabla 9.  
Porcentajes de prevalencia de conducta alimentaria problema en población total y grupos de estudiantes y trabajadoras.

Grupo	Clasificación CAP	<i>f</i>	%	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Total N=174	Sin CAP	1	0.6	5.90	1.95
	CAP leve	36	20.7		
	CAP moderada	65	37.4		
	CAP severa	72	41.4		
Estudiantes n=111	Sin CAP	1	0.9	6.18	1.93
	CAP leve	16	14.4		
	CAP moderada	44	39.6		
	CAP severa	50	45.0		
Empleadas	Sin CAP	0	0	5.43	1.92

n=63	CAP leve	20	31.7
	CAP moderada	21	33.3
	CAP severa	22	34.9

Nota. f= frecuencia, CAP= Conducta alimentaria problema, M= media, D.E. = Desviación estándar

Al segmentar a las participantes por grupos de peso, agrupando a las que presentan bajo peso o normopeso (INSO), y a aquellas que presentan sobrepeso u obesidad(SOOB), se observa que la media de CAP en el grupo INSO es de 5.85 (DE=2.04), mientras que la media de CAP en el grupo SOOB es de 5.99 (DE=1.84).

Se estima la prevalencia de variables de depresión y sensibilidad a la ansiedad, en el conjunto de la población y en cada uno de los grupos analizados. La tabla 10 muestra las medias y desviaciones de cada uno de los factores de la escala de sensibilidad a la ansiedad, así como del total de la escala de depresión

Tabla 10.  
Medias y desviaciones estándar de las variables de sensibilidad a la ansiedad y depresión en el conjunto

Grupo	Variable	M.	D.E.
Total N=174	F1 Ansiedad-Preocupaciones física	7.97	5.72
	F2 Ansiedad-Preocupaciones cognitivas	5.52	4.94
	F3 Ansiedad-Preocupaciones sociales	8.41	5.37
	Depresión total	12.63	9.66
Estudiantes n=111	F1 Ansiedad-Preocupaciones física	8.75	5.61
	F2 Ansiedad-Preocupaciones cognitivas	6.36	5.00
	F3 Ansiedad-Preocupaciones sociales	9.15	5.14
	Depresión total	14.37	9.25
Empleadas	F1 Ansiedad-Preocupaciones física	6.60	5.67



n=63	F2 Ansiedad-Preocupaciones cognitivas	4.05	4.50
	F3 Ansiedad-Preocupaciones sociales	7.10	5.56
	Depresión total	9.56	9.67

La prevalencia de sintomatología depresiva Sanz (2013) la clasifica en niveles, por lo que estimamos el porcentaje de participantes que podrían manifestar una depresión mínima hasta grave, observando que un gran porcentaje de las participantes manifiestan sintomatología depresiva mínima, y porcentajes no muy altos de depresión severa (tabla 11).

Tabla 11.  
Frecuencias y porcentajes de participantes en cada uno de los rangos de presencia de depresión.

Grupo	Clasificación depresión	<i>f</i>	%
Total N=174	Mínima	115	66.1
	Leve	20	11.5
	Moderada	28	16.1
	Grave	11	6.3
Estudiantes n=111	Mínima	64	57.7
	Leve	17	15.3
	Moderada	21	18.9
	Grave	9	8.1
Empleadas n=63	Mínima	51	81.0
	Leve	3	4.8
	Moderada	7	11.1
	Grave	2	3.2

### **Normalidad de las distribuciones.**

A fin de determinar la pertinencia del uso de las pruebas estadísticas que permitan dar cumplimiento a los siguientes objetivos del estudio, se analiza la normalidad de distribución de las variables incluidas en el estudio. Los resultados de la distribución de normalidad por la prueba Kolmogorov-Smirnov muestran que el IMC, el iCAP y los factores de la escala de sensibilidad a la ansiedad se ajustan a una curva normal ( $p > .05$ ) en ambos grupos de participantes, así como en el conjunto de la población, por lo que en los consecuentes análisis se utilizarán pruebas paramétricas. No obstante, no se observa distribución normal en la escala de depresión por lo que se opta por utilizar pruebas no paramétricas para los siguientes análisis de la variable depresión.

### **Relaciones entre variables**

Dando seguimiento al tercer objetivo del estudio, se analiza la relación de la conducta alimentaria problema en el conjunto total de participantes, observando relaciones de CAP con diferentes variables como la edad, la ocupación, etc. Los análisis de correlación entre el índice de CAP y las demás variables, segmentando a ambos grupos estudiados de trabajadoras y estudiantes, muestran relación el iCAP con la depresión, la sAF y PC (tabla 12).

Tabla 12.

Relación de índice de conducta alimentaria problema con las variables de depresión y sensibilidad a la ansiedad y otras por grupos de participantes

Variable	Total		Estudiantes		Empleadas	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
iCAP	1		1		1	
IMC	0.021	0.784	0.109	0.255	0.057	0.659
Edad	-0.203**	0.007	0.158	0.098	-0.242	0.056
Estado civil	-0.092	0.226	0.04	0.678	0.032	0.803
Nivel educativo	0.067	0.382	a		0.124	0.332
Ocupación	0.185*	0.014	a		a	
Depresión total	0.266**	0	0.196*	0.039	0.295*	0.019
F1Preocupaciones físicas	0.290**	0	0.188*	0.048	0.399**	0.001
F2Preocupaciones cognitivas	0.285**	0	0.251**	0.008	0.260*	0.039
F3Preocupaciones sociales	0.162*	0.033	0.082	0.394	0.216	0.039

a. No se puede calcular porque al menos una variable es constante.

\*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

\*\*La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Se analiza la relación del IMC con las subescalas de sensibilidad a la ansiedad no se observan correlaciones significativas en los grupos de empleadas y estudiantes ( $p > .05$ ). Sólo se observa una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el IMC y el total de depresión en las estudiantes ( $r = .188$ ,  $p = .048$ ).

Se realiza un análisis de correlación coeficiente de Spearman con la variable de depresión, encontrando que ésta se relaciona en ambos grupos con la sensibilidad a la ansiedad, así como con el IMC en el grupo de estudiantes.

### Diferencias de grupos

Como parte del cuarto objetivo del estudio, se analiza la diferencia de grupos de

estudiantes y empleadas en torno a las variables analizadas.

Por la prueba de Levene se asumen igualdad de varianzas en cada una de los factores de sensibilidad a la ansiedad, observándose que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, así como también en el IMC y en la conducta alimentaria problema ( $p < .05$ ) (tabla 13).

Tabla 13.

Prueba de muestras independientes para contraste de grupos

Variable	Estudiantes		Empleadas		Prueba <i>t</i>		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
iCAP	6.18	1.93	5.43	1.92	-2.474	172	.014
F1 AN-PF	8.75	5.61	6.60	5.67	-2.411	172	0.017
F2 AN-PC	6.36	5.00	4.05	4.50	-3.037	172	0.003
F3-AN-PS	9.15	5.14	7.10	5.56	-2.464	172	0.015
IMC					4.115	172	0.000

Por la prueba de rangos de U de Mann Whitney se contrastan los grupos de participantes para determinar si existen diferencias en depresión, observando que ambos grupos difieren de forma estadísticamente significativa ( $p < .05$ ) (tabla 14).

Tabla 14.

Estadístico de contraste para prueba de diferencias en depresión en grupos por ocupación

Grupos	Rangos promedio	Suma de rangos	<i>z</i>	<i>P</i>
Estudiantes	99.86	11085.00	-4.303	0.000
Empleadas	65.71	4140.00		

## Modelo de regresión

Como parte del último objetivo del estudio, se analiza los modelos de predicción de problemas de alimentación a partir de las variables psicosociales estudiadas en estudiantes universitarias y trabajadoras.

Se estima un modelo de regresión lineal por pasos, que permita determinar las variables que mejor predicen la conducta alimentaria problemática.

En el análisis de regresión se incluyeron las variables de edad, la ocupación, así como tampoco los 3 factores de la escala de sensibilidad a la ansiedad (preocupaciones cognitivas, físicas y sociales), así como la depresión.

El análisis de la varianza ANOVA permite establecer un modelo de regresión ya que se obtiene un valor de significancia igual a .000.

En el modelo de entran dos pasos. El análisis de regresión lineal muestra la relación entre las variables que viene explicada por la ecuación

$$y = 4.81 + .077x_1 + .038x_2$$

Donde  $y$  es la conducta alimentaria problema,  $x_1$  es la sensibilidad a la ansiedad por preocupaciones físicas y  $x_2$  es la depresión.

Para el conjunto de la población son dos los predictores, mismos que explican un total del 11.5% de la variabilidad en conducta alimentaria problemática de los participantes. Como se puede observar, el primer modelo obtuvo una  $F = 15.742$ , altamente significativa ( $p < .000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.079, lo que supone cerca de una décima parte de la varianza. La variable que entra en el modelo es la ansiedad por preocupaciones físicas. Un segundo modelo de este grupo obtiene una  $F = 11.109$ , igualmente significativa ( $p < .000$ ). El coeficiente  $R^2$  obtenido (corregido) fue de 0.105, lo que supone un 10 por ciento de la varianza. Las variables que entran en el modelo son la ansiedad por preocupaciones físicas

y la depresión. No entran en el modelo las variables de edad, la ocupación, así como tampoco 2 factores de la escala de sensibilidad a la ansiedad (preocupaciones cognitivas y sociales). En la tabla 15 se muestran los coeficientes tipificados y sus valores de probabilidad.

Tabla 15.

Coeficientes beta del modelo de predicción de conducta alimentaria problema

	$\beta$	$SE \beta$	$\beta$ Estandarizado
Constante	4.817	0.271	
F1-AN PF	0.077	0.026	0.224
Depresión	0.038	0.016	0.188

## **CAPÍTULO V**

### ***DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES***

En base a los resultados encontrados podemos afirmar que efectivamente los tiempos de comida se ven influenciados por el contenido energético del alimento, el tiempo establecido de comida, las prácticas familiares y horario laboral, coincidiendo con lo señalado por cómo Cervera et al. (2013), Loyola y Pauta (2017) y Osorio Weisstaub y Castillo (2002); por lo que si no se tiene un buen balance de estos factores puede dar lugar a que exista una anomalía de la conducta alimentaria, desencadenando en conductas alimentarias problemáticas.

Como lo mencionaron Cervera et al. (2013) y Radilla et al. (2015) las estudiantes presentan un alto porcentaje de insatisfacción consigo mismas y esto impacta de manera negativa en la selección, organización y preparación de los alimentos lo que nos da como consecuencia una anomalía en la conducta alimentaria. Por el contrario, las estudiantes mostraron tener una mayor prevalencia en sobrepeso-obesidad ( $f=39$ ) las cuales equivaldrían al 50.1% de la población.

Debido a que no se han realizado estudios que relacionan directamente a la sensibilidad a la ansiedad con la conducta alimentaria o algún ámbito nutricional no se puede tener una base con que comparar o refutar este punto, la mayoría de las investigaciones se enfocan en la ansiedad directamente con algún tipo de conducta alimentaria como el estudio de Kaye et al. (2004), en el que compararon estas dos variables y encontraron que aproximadamente el 63.5% de los participantes presentaba un trastorno de la ansiedad y como resultado tendencia a tener conductas alimentarias problemas.

Como se mencionó anteriormente la variable de sensibilidad a la ansiedad no había

sido relacionada antes con la conducta alimentaria, pero por otro lado Cruz-Sáez et al. (2016) mencionan en su investigación que no encontraron relación entre el IMC con la depresión, pero Ocampo et al. (2017) en su estudio encontraron que las mujeres que padecían de obesidad eran más susceptibles a padecer depresión así como también a una ingesta más alta de alimentos lo que concuerda con lo que encontramos ya que en esta investigación se pudo establecer una correlación positiva estadísticamente significativa entre estas dos mismas variables, así como también lo pudieron hacer .

Onyike et al. (2003), Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas (2006) encontraron que la prevalencia de depresión va en aumento dependiendo del grado de obesidad que presente la persona lo cual esto concuerda con nuestra investigación.

En nuestro estudio, ambos grupos de participantes, empleadas y estudiantes, muestran diferencias en conducta alimentaria y en cada una de las variables psicosociales estudiadas. En cada una de estas variables, las estudiantes tienen puntuaciones más altas, conllevando una mayor problemática en la conducta alimentaria, mayor sintomatología depresiva y una mayor sensibilidad a la ansiedad. Estos hallazgos coinciden con lo señalado en la literatura de Arcadia (2016), Barraza et al. (2015) y Ocampo et al. (2017).

Finalmente, el estudio permite establecer un modelo de predicción de la conducta alimentaria problemática, en donde las preocupaciones físicas y la depresión son las variables que mejor predicen dicha conducta.

Los hallazgos nos permiten concluir que hay un mayor riesgo de conducta alimentaria problemática severa en la población estudiantil en el presente estudio, aspecto que debe trabajarse para sensibilizar a esta población a fin de buscar mejorar la calidad de vida de las participantes, no solo en la actualidad sino para su vida futura.

México vive una problemática importante de salud en donde las tasas de obesidad son sumamente altas, aunado a esto hoy en día se viven muchas problemáticas



psicosociales en donde la ansiedad y depresión hacen mella en nuestra sociedad. Restar importancia a la salud y educación nutricional, aumenta el riesgo de enfermedades no solo de tipo físico, sino también mental.

Las diferencias encontradas en las participantes en cuanto a su problemática en conducta alimentaria, sensibilidad a la ansiedad, así como en sintomatología depresiva, quizás pueda ser explicada por los rangos de edad de las participantes, así como por la ocupación. Durante la adolescencia suele haber una mayor preocupación por el aspecto físico (León, Gómez-Peresmitré & Platas, 2008), sentimientos de inadecuación, sintomatología depresiva y de ansiedad, y aún en los primeros años universitarios, estas transiciones no han llegado a un ajuste final preparatorio para la vida adulta (Arcadia, 2016; Barraza et al. 2015; Pompa & Meza, 2014; Salazar et al. 2016; Vélez, Casadiegos & Sánchez, 2008). En cambio, las empleadas al desempeñar funciones de mayor responsabilidad, y estar en un rango de edad distinto, puede ser un factor que lleva a un mejor ajuste psicosocial.

Entender que las preocupaciones físicas, así como la manifestación de la ansiedad dentro de las participantes han sido las variables que mejor predicen la conducta alimentaria problemática, nos lleva a reflexionar sobre la presión social que prevalece culturalmente sobre el cuerpo, en particular en las más jóvenes, en donde hay una constante presión por la delgadez generando a su vez sentimientos de rechazo del mismo, y quizás esta sintomatología depresiva. Esto tiene connotaciones clínicas importantes, ya que nos advierte que en el grupo de participantes es importante trabajar la forma de lidiar con la ansiedad física y con la sintomatología depresiva, mismas que aquí llevan a CAP. De este modo se debe de buscar promover otras formas de lidiar con esta ansiedad, como la promoción del ejercicio u otras actividades de relajación y o canalización de emociones, al igual que trabajar con la depresión de forma clínica en ambos grupos de participantes.

Este mismo aspecto nos lleva a pensar que desde la Psicología de la Salud debemos seguir trabajando en la promoción de estilos de vida saludable, de una mayor aceptación de sí mismos, de motivar a la población a aprender a definirse de otras formas que no sea a través de la imagen que proyectas y que perciben de sí,

sin descuidar la salud. Al final de la vida, no se trata de la forma en cómo vemos nuestro cuerpo, sino de la calidad de vida con que vivimos cada día.

Recordemos que la conducta alimentaria, es importante debido a que esta rige muchos aspectos nutricionales los cuales pueden ir desde los hábitos alimenticios, la selección de los alimentos, el tiempo en el que se lleva a cabo el consumo de alimentos, así como también las cantidades ingeridas, pero esta conducta alimentaria se ve condicionada fuertemente por el aprendizaje y las vivencias que tengan las personas.

### **RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS**

Reconocemos que el presente estudio tiene limitaciones derivadas de la metodología utilizada, de la forma de selección de participantes, así como por la selección de variables.

Es por ello que para futuros estudios se recomienda que se busque una población mayor, así como también que se busque homologar la cantidad de estudiantes y empleadas, ya que el número de empleadas disminuyó por la accesibilidad de las mismas, así se evitaría un sesgo en la información y se podría generalizar.

También sería importante que la toma de medidas tanto de peso como de estatura se tome en el lugar de investigación por un profesional, ya que puede darse el caso de que los participantes no conozcan su dato real y solo pongan un aproximado.

Un aspecto más que quizás sea importante, es el buscar otros instrumentos que nos permitan un mayor cruce de variables, dada la complejidad de la conducta del ser humano. En particular sería interesante ver cómo interviene la satisfacción corporal en la manifestación de conducta alimentaria problemática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, P. (2016). Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio. *SaludColectiva*, 12(4), 436-472. doi: 10.18294/sc.2016.1266
- Allison, K. C., Goel, N. & Ahima, R. S. (2014). Delayed Timing of Eating: Impact on Weight and Metabolism. *Current Obesity Reports*, 3, 91-100. doi: 10.1007/s13679-013-0084-5
- Alvarado, E. & Luyando, J. R. (2013). Alimentos Saludables: la percepción de los jóvenes adolescentes en Monterrey, Nuevo León. *Estudios Sociales*, 21(41), 147-164.
- Álvarez, A. & Kuri-Morales, P. (2018). *Salud Pública y Medicina Preventiva, Ciudad de México: El Manual Moderno: Ciudad de México*.
- Álvarez-Castaño, L., Goez-Rueda, J. & Carreño-Aguirre, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 98-110.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V)*. Washington, DC: Médica Panamericana
- American Psychological Association (APA) (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073.
- Ardiaca, C. A. (2016). *Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población infanto-juvenil madrileña*. (Tesis de maestría). Recuperada de la base de datos Repositorios Digital de la Universidad Complutense de Madrid, España.
- Asher, G. & Sassone-Corsi, P. (2015). Time for Food: The Intimate Interplay between Nutrition, Metabolism, and the Circadian Clock. *The Journal Cell*, 161, 84-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2015.03.015>
- Atalah, E. (2012). Epidemiología de la obesidad en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 117-123.
- Baile, J. & González, M. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(2), 253-261.
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza, A. & Rivera-Dommarco, J. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Pública de México*, 55(2), S151-S160.
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R. & Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397-407.
- Barraza, R., Muñoz, N., Alfaro, M., Álvarez, Á., Araya, V., Villagra, J. & Contreras, A. M. (2015). Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Revista Chilena de Neuro-*

- Psiquiatría*, 53(4), 251-260.
- Barrera-Cruz, A., Rodríguez-González, A. & Molina-Ayala, M. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B. & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(3), 211-220.
- Bender, D. A. (2008). *Introduction to Nutrition and Metabolism*. U.S: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Bojorquez, I., Saucedo, T., Juárez, F. & Unikel, C. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una explotación en mujeres adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 29-39.
- Bolaños, P. (2011). Alimentación y riesgo de enfermedad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 14, 1550-1584.
- Bray, G. A. (1990). Obesity: Historical development of scientific and cultural ideas. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 14, 909-926.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19(5), 537-549.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. En R.Vasta (Ed.), *Six theories of child development: revised formulations and current issues*. (Pp 187-249). Bristol: Jessica Kingsley Publisher.
- Byrd- Bredbenner, C., Beshgetoor, D., Moe, G. & Berning, J. (2014). *Perspectivas en nutrición*. México: McGraw Hill.
- Cambizaca, G. Castañeda, I. Sanabria, G. & Morocho, L. (2016). Factores que predisponen al sobrepeso y obesidad en estudiantes de colegios fiscales del Cantón Loja-Ecuador. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 163-176.
- Canda, A. (2017). Deportistas de alta competición con índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>. ¿Obesidad o gran desarrollo muscular?. *Apunts Medicina de l'Esport*, 52(193), 29-36. doi: 10.1016/j.apunts.2016.09.002
- Cardona-Arias, J., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J. & Reyes, A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79-89.
- Ceballos-Ospino, G. A., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., González, K. & Sotelo-Manjarres, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de santa marta. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 12(1), 15-22.

- Cedeño, R., Castellanos, M., Benet, M., Mass, L., Mora, C. & Parada, J. (2016). Indicadores antropométricos para determinar la obesidad y sus relaciones con el riesgo cardiometabólico. *Finlay*, 5(1), 12-23.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades [CENAPRECE]. (2014). *Estrategia estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes del estado de Nuevo León*. Recuperado de: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODNuevoLeon.pdf>
- Cervera, F., Serrano, R., Vico, C., Milla, M. & García, M. J. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438-446. doi:10.3305/nh.2013.28.2.6303
- Champagne, C. M., & Bray, G. A. (2010). Nutritional Status: An Overview of methods for Assessment. En *Nutrition and Health: Nutrition Guide for Physicians* (pp. 227 -239). USA: Humana Press.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Walker, J. R., Kjernisted, K., y Pidlubny, S. R. (2001). Psychological vulnerabilities in patients with major depression vs panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 567-73.
- Cruzat, C. & Cortez, I. (2008). Expresión emocional, afecto negativo, alexitimia, depresión y ansiedad en mujeres jóvenes con trastornos de alimentación: una revisión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, (17)1, 5-17.
- Cruz-Sáez, M. S., Jimeno, A. P., Wlodarczyk, A., Polo-López, R. & Echeburúa, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935-940. doi: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.395>
- Cuadro, E. & Baile, J. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 97-107. doi:10.1016/j.rmta.2015.10.001
- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. & Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-9.
- Del Campo, J., González, L. & Gámez, A. (2015). Relación entre el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa y la circunferencia de cintura en universitarios. *Investigación y Ciencia*, 23(65), 26-32.
- Denegri, M., García, C., González, N., Orellana, L. & Maldonado, J. (2014). Bienestar subjetivo y satisfacción con la alimentación en estudiantes universitarios del sur de Chile: un estudio cualitativo. *SUMMA PSICOLÓGICA UST*, 11(1), 51-63.
- Díaz-Beltrán, M. (2014). Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(2), 237-245. doi:

- <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n2.45414>
- Diccionario de la Lengua Española. (s.f.) *Comida*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=9w3sObl>
- Diccionario de la Lengua Española. (s.f.) *Tiempo*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=Zir6lpf>
- Dobbs, R., Sawers, C., Thompson, F., Manyika, J., Woetzel, J., Child, P., McKenna, S. & Spatharou, A. (2014). Overcoming obesity: an initial economic analysis. *McKinsey Global Institute*, 11-60.
- Doepking, C., Zuñiga, C. & Troncoso, C. (2013). Estudio cualitativo sobre la percepción de estudiantes universitarios sobre horario de almuerzo. *Medwave*, 13(2), 1-5. doi:10.5867/medwave.2013.02.5638
- Duelo, M., Escribano, E. & Muñoz, F. (2009). Obesidad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 9(16), 239-257.
- Durán-Agüero, S., Fernández-Godoy, E., Fehrmann-Rosas, P., Delgado-Sánchez, C., Quintana-Muñoz, C., Yunge-Hidalgo, W., Hidalgo-Fernández, A. & Fuentes-Fuentes, J. (2016). Menos horas de sueño asociado con sobrepeso y obesidad en estudiantes de nutrición de una universidad chilena. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 264-268. doi:10.17843/rpmesp.2016.332.2100
- Elizalde, A., Martí, M. & Martínez, F. A. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 5(15).
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. (2012). *Resultados nacionales*. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT MC]. (2016). *Informe final de resultados*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Escaffi, M., Cuevas, A., Vergara, K. & Alonso, R. (2017). Tabaco y peso corporal. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 249-251.
- Escobar, C., González, E., Velasco-Ramos, M., Salgado-Delgado, R. & Angeles-Castellanos, M. (2013). Poor quality sleep is a contributing factor to obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 133-142.
- Escott-Stump, S. (2012). *Nutrición, diagnóstico y tratamiento*. Estados Unidos: Wolters Kluwer Health.
- Esmaily, H., Sahebkar, A., Iranshahi, M., Ganjali, S., Mohammadi, A., Ferns, G., & Ghayour-Mobarhan, M. (2015). An Investigation of the Effects of Curcumin on Anxiety and Depression in Obese Individuals: A Randomized Controlled Trial. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 21(5), 332-338. doi: 10.1007/s11655-015-2160-z

- Esquivias-Zavala, H., Reséndiz-Barragán, A., García, F. & Elías-López, D. (2016). La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. *Salud mental*, 39(3), 165-173. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.015
- Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la OMS. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44858/9789243564449\\_spa.pdf;jsessionid=00DBEC24B6E22EA1806FFA7ABDAC4E8D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44858/9789243564449_spa.pdf;jsessionid=00DBEC24B6E22EA1806FFA7ABDAC4E8D?sequence=1)
- Gallant, A., Lundgren, J. & Drapeun, V. (2014). Nutritional Aspects of Late Eating and Night Eating. *Current Obesity Reports*, 3, 101-107. doi:10.1007/s13679-013-0081-8
- Garaulet, M., Puy, M., Pérez, F., Cuadrado, C., Leis, R. & Moreno, M. (2008). Obesidad y ciclos de vida del adulto. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 14(3), 150-155.
- García-Falconi, R., Rivas, V., Hernández, J. E., García, H. & Braqbien, C. (2016). Ansiedad, Depresión, Hábitos Alimentarios y Actividad en Niños con Sobrepeso y Obesidad. *Horizonte sanitario*, 15(2), 91-97.
- Global Burden of Disease. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990- 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388., 1545-1602. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6
- Godoy, F. A. (2014). Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. *Revista Chilena de Nutrición*, 41(3), 260-263.
- Goldschmidt, A. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S. J., Cao, L., Peterson, C. B., & Durkin, N. (2014). Affect and Eating Behavior in Obese Adults with and without Elevated Depression Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 281-286.
- Gómez, R., Gómez, R., Díaz, A. M., Fortea, M. I. & Salorio, P. (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 124-128.
- Gómez-Peresmitré, G., Acosta, V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda, G., Platas, R., Guzmán, R. & León, R. (2013). A preliminary study of the predictive factors of binge eating behavior in three cultures: Mexico, Spain and Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 68-78.
- González, E., Aguilar, M., García, C., García, P., Álvarez, J., Padilla, A. & Ocete, E. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 177-184. doi:10.3305/nh.2012.27.1.5424
- González, M. E., Ambrosio, K. G. & Sánchez, S. (2006). Regulación neuroendocrina

- del hambre, la saciedad y mantenimiento del balance energético. *Investigación en Salud*, 8(3), 191-200.
- González-Torres, M., Esqueda, C. & Vacio, M. (2018). Parental feeding practices and their relation to child eating behavior: Problems for explanation. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(1), 129-142. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.450>
- Gutiérrez, J., Guevara, M. C., Enríquez, M. C., Paz, M., Hernández, M. A. & Landeros, E. A. (2017). Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad. *Enfermería Global*, 16(45), 1-19.
- Harris, M. (1985). *Good to eat: Riddles of the food and culture*. United States of America: Waveland Press Inc.
- Hemmingsson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity reviews*, 15, 769-779. doi: 10.1111/obr.12197
- Hernández, H. (2010). *Modelo de Creencias de Salud y Obesidad. Un Estudio de los Adolescentes de la Provincia de Guadalajara*. (Tesis doctoral). Disponible en la base de datos de la Universidad de Alcalá, España.
- Hernández, J. & Duchi, P. (2015). Índice cintura/talla y su utilidad para detectar riesgo cardiovascular y metabólico. *Revista Cubana de Endocrinología*, 26(1), 66-76.
- Hernández, J. & Ortega, J. (2016). El perfil general del excedente nutrimental en México en el periodo 1990-2013: un enfoque a partir del suministro energético de macronutrientes y grupos de alimentos. *Salud Colectiva*, 12(4), 487-504. doi: 10.18294/sc.2016.925
- Hernández, J. A. (2016). *Prevención de la obesidad infantil*. (Tesis de maestría). Recuperada de la base de datos Repositorios Digital de la Universidad de Valladolid, España.
- Hogenkamp, P. S., Nilsson, E., Nilsson, V. C., Champan, C. D., Vogel, H., Lundberg, L. S., Zarei, S., Cedernaes, J., Rangtell, F. H., Broman, J., Dickson, S. L., Brunstrom, J. M., Benedict, C. & Schiöth, H. B. (2013). Acute sleep deprivation increases portion size and affects food choice in young men. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 1668-1674.
- Hudson, A. & Williams, S. G. (1981). Eating behavior, emotions, and overweight. *Psychol*, 48, 70-669. doi:10.2466/pr0.1981.48.2.669
- Iglesias, M. T., Santa, E. C. & Sáez, A. (2015). Estudio comparativo de hábitos entre estudiantes universitarios y preuniversitarios de la zona noroeste de Madrid. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 966-974. doi:10.3305/nh.2015.31.2.7703
- Irecta, C. & Álvarez, G. (2016). Mecanismos moleculares de la obesidad y el rol de las adipocinas en las enfermedades metabólicas. *Revista Cubana de*



- Investigaciones Biomédicas*, 35(2), 174-183.
- Johannsen, D., Johannsen, N. & Specker, B. (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity*, 14, 431-439.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N. & Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221
- Kennedy, G. C. (1953). "The role of depot fat in the hypothalamic control of food intake in rat". *Proceedings of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences Royal Society*, 140, 578-592.
- Koski, M. & Naukkarinen, H. (2017). Severe obesity, emotions and eating habits: a case-control study. *BMC Obesity*, 4(2), 1-9. doi:10.1186/s40608-016-0138-Labraña, A. M., Durán, E., Martínez, M. A., Leiva, A. M., Garrido-Méndez, A., Díaz, X., Salsas, C. & Celis-Morales, C. (2017). Menor peso corporal, de índice de masa corporal y de perímetro de cintura se asocian a una disminución en factores de riesgo cardiovascular en población chilena. *Revista Médica Chilena*, 145, 585-594.
- Laguna, A. (2005). Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 13(4), 197-202.
- Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M. E. & Velázquez-Alva, M. (2013). Obesity, eating behaviour and mental health among university students in Mexico City. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 1892-1899. doi:10.3305/nh.2013.28.6.6873
- León, R., Gómez-Peresmitré, G. & Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31(6).
- Levitsky, D. A. (2002). Putting behavior back into feeding behavior: A tribute to George Collier. *Appetite*, 38, 143-148. doi: 10.1006/appe.2001.0465
- Londoño, C. & González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. doi: 10.14718/ ACP.2016.19.2.13
- López, A. & Cebolla, A. (2016). Comer por aburrimiento: relación entre tendencia al aburrimiento y estilos de ingesta en población general. *Agora de Salud*, 3, 227-234. doi: <http://dx.doi.org/10.6035/agorasalut.2016.3.24>
- López, J. L. & Garcés, E. J. (2016). Actualización del modelo explicativo de la obesidad y sus conductas de riesgo: estudio preliminar. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36(4), 48-53.
- Loyola, G. M. & Pauta, D. F. (2017). *Patrones alimentarios en la población del Cantón Saraguro, Cuenca-Ecuador 2016*. (Tesis de maestría). Recuperada de la base de datos Repositorios Digital de la Universidad de Cuenca.
- MacLean, P. Higgins, J. Giles, E. Sherk, V. & Jackman, M. (2015). The role for

- adipose tissue in weight regain after weight loss. *Obesity Reviews*, 16(1), 45-54. doi: 10.1111/obr.12255
- Magklis, E., Howe, L., Frayling, T. & Johnson, L. (2017). Emotional and external eating and eating architecture in the UK. *Proceedings of the Nutrition Society*, 976(OCE3), E119. doi:10.1017/S0029665117001926
- Malo-Serrano, M., Castillo, N. & Patija, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 173-178. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Márquez-Sandoval, Y., Salazar-Ruiz, E., Macedo-Ojeda, G., Altamirano-Martínez, M., Bernal-Orozco, M., Salas-Salvadó, J. & Vizmanos-Lamotte. (2014). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario en estudiantes mexicanos del área de la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 30(1), 153-164. doi: 10.3305/nh.2014.30.1.7451
- Martínez, A. (2017). La consolidación del ambiente obesogénico en México. *Estudio Sociales*, 27(50), 1-32. doi: <http://dx.doi.org/10.24836/es.v27i50.454>
- Martínez-González, L., Fernández, T., Molina, A. J., Ayán, C., Bueno, A., Capelo, R., Mateos, R. & Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934. doi: 10.3305/nh.2014.30.4.7689
- Martins, A. (2017). La inseguridad alimentaria como determinante del estrés postraumático y factor de riesgo en la salud mental de jóvenes en Caracas. *Revista de Psicología*, 13(25), 23-43.
- Martos-Moreno, G., Serra-Juhé, C., Pérez-Jurado, L. & Argente, J. (2017). Aspectos genéticos de la obesidad. *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, 8(Suppl), 21-32.
- Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 6-141. doi:10.1002/eat.20221
- Mayer, J. (1955). "Regulation of energy intake and the body weight: the glucostatic and lipostatic hypothesis". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 63, 14-42.
- Méndez, J., Vázquez-Velázquez, V. & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65, 579-592.
- Micanti, F., Iasevoli, F., Cucciniello, C., Costabile, R., Loiarro, G., Pecoraro, G., Pasanisi, F., Rossetti, G. & Galletta, D. (2017). The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of

- obesity psychopathology. *Eat Weight Disord*, 22, 105-115. doi:10.1007/s40519-016-0275-7
- Mohamed, S. (2015). Childhood Obesity: Epidemiology, Determinants, and Prevention. *Journal of Nutritional Disorders & Therapy*, 5(2), 1-4. doi: 10.4172/2161-0509.1000156
- Molina, J., Sandín, B. & Chorot, P. (2014). Sensibilidad a la ansiedad y precisión psicológica: Efectos sobre el rendimiento deportivo en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(1), 45-54.
- Mönckeberg, F., & Muzzo, S. (2015). La desconcertante epidemia de obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 96-102. doi: 10.4067/S0717-75182015000100013
- Monroy-Torres, R., Aguilera, C. & Naves-Sánchez, J. (2018). Cardiometabolic risk in adolescents with and without obesity: Metabolic, nutritional and soft drink consumption variables. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(1), 24- 33. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.464>
- Morales, M. M., Jiménez, M. C., Llopis, A. & García-Marcos, L. (2005). Estudio de la obesidad y del sobrepeso como factores de riesgo de la prevalencia y severidad del asma en niños de Valencia. *Nutrición Hospitalaria*, 20(6), 386-392.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Morquecho, B. I. (2017). *Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería de los hospitales: "José Carrasco Arteaga", "Vicente Corral Moscoso"*. (Tesis de maestría). Recuperada de la base de datos Repositorios Digital de la Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Mundo-Rosas, V., Méndez-Gómez, I. & Shamah-Levy, T. (2013). Caracterización de los hogares mexicanos en inseguridad alimentaria. *Salud Pública de México*, 56, S12-S20.
- Ocampo, J., Guerrero, M., Espín, L., Guerrero, C. & Aguirre, R. (2017). Asociación entre Índice de Masa Corporal y Depresión en Mujeres Adolescentes. *International Journal of Morphology*, 35(4), 1547-1552.
- The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2017). *Health at a Glance 2017*. Recuperado de: [www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm](http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm)
- Oliva, O. & Fragosó, S. (2013). Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 4(7), 176-199.
- Onyike, C., Crurn, R., Lee, H., Lyketsos, C. & Eaton, W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158(2), 1139- 1147.

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2016). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016. Recuperado de: <http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2016/es/>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 14 de mayo de 2018, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 14 de agosto de 2019, de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Osorio, J., Weisstaub, G. & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), 280-285.
- Pacheco, B. & Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista Chilena Pediátrica*, 80(2), 109-119.
- Pedraza, D. (2009). Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde e Sociedade, de São Paulo*, 18(1), 103-117.
- Perea-Martínez, A., López-Navarrete, G., Padrón-Martínez, M., Lara-Campos, A., Ynga-Durand, M., Peniche-Calderón, J., Espinosa-Garamendi, E. & Ballesteros-del Olmo, J. (2014). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta Pediátrica de México*, 35, 316-337
- Pérez, A. & Bencomo, M. (2015). *Hábitos alimenticios de los estudiantes universitarios*. (Tesis de maestría). Recuperada de la base de datos Repositorios Digital de la Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Pérez, F. (2004). El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del *Modelo ecológico* de Bromfenbrenner. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 3(2), 161-177.
- Pérez, M., Cabrera, W., Varela, G. & Garaulet, M. (2010). Distribución regional de la grasa corporal. Uso de técnicas de imagen como herramienta de diagnóstico nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 25(2), 207-223.
- Pichot. P. (2003). Los conceptos del trastorno del estado de ánimo y de ansiedad: evolución histórica. *Átopos*, 4-13.
- Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021. (2016). *Programa Sectorial de Salud*. Recuperado de: [http://www.nl.gob.mx/sites/default/files/programa\\_salud.pdf](http://www.nl.gob.mx/sites/default/files/programa_salud.pdf)

- Pompa Guajardo, E. G. & Meza Peña, C. (2017). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-11. doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-3.aeom
- Pompa, E. & Meza, C. (2014). Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Tesis Psicológicas*, 9(2), 162-172.
- Posada-Villa, J. A., Buitrago-Bonilla, J., Medina-Barreto, Y. & Rodríguez-Ospina, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova*, 4(6), 33-41. doi: 10.22490/24629448.358
- Quiroga-de, M. I. (2017). Obesidad y genética. *Facultad Médica*, 78(2), 192-195. doi: 10.15381/anales.v78i2.13216
- Radilla, C. C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, J. A. & Coronel, N. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 15-21. doi:10.14642/RENC.2015.21.1.5037
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C. & Orozco, R. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(35), 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.040
- Ratner, R., Sabal, J., Hernández, P., Romero, D. & Atalah, E. (2008). Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones en Chile. *Revista Médica Chilena*, 136, 1406- 1414.
- Reiss, S. (1987). Theoretical Perspectives on the Fear of Anxiety. *Clinical Psychology Review*, 7, 585-596.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reyes-Sepeda, J., García-Jiménez, E., Gutiérrez-Sereno, J., Galeana-Hernández, M. & Gutiérrez-Saucedo, M. (2016). Prevalencia de obesidad infantil relacionada con hábitos alimenticios y actividad física. *Revista de Sanidad Militar*, 70(1), 87-94.
- Reyes-Ticas, J. A. (s.f.). *Trastornos de ansiedad, quía practica para diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de:  
<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Ríos, B. P., Rangel, G. A., Álvarez, R., Castillo, F. A., Ramírez, G., Pantoja, J. P., Macías-Valdez, B. Y., Arrieta, E. M. & Ruiz, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147- 153.
- Riveros, M., Hernández, H. & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI*, 10(1), 91-102.

- Rodríguez, A. & Solano, M. (2008). Nutrición y Salud Mental: Revisión Bibliográfica. *Revista del Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 1(3), 1-5.
- Rtveladze, K., Marsh, T., Barquera, S., Sánchez Romero, L.M., Levy, D., Meléndez, G., Webber, L., Kilpi, F., McPherson, K. & Brown, M. (2013). Obesity prevalence in Mexico: impact on health and economic burden. *Public Health Nutrition*, 1, 1-17.
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J. & Trujillo, E. (2010). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*, 20(2), 169-177.
- Salazar, D. A., Castillo, T., Pastor, M., Tejada-Tayabas, L. M. & Palos, A. G. (2016). Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 99-113. doi: 10.17151/hpsal.2016.21.2.8
- Sámano, R., Flores-Quijano, M. & Casanueva, E. (2005). Conocimientos de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de anorexia en una muestra de adolescentes en la ciudad de México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 6(2), 1- 8.
- Sánchez, V. & Aguilar, A. (2015). Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 449-457. doi:10.3305/nh.2015.31.1.7412
- Sánchez-Ojeda, M. & Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910-1919. doi:10.3305/nh.2015.31.5.8608
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R., Santed, M. & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19-33.
- Santana-Cárdenas, S. (2016). Relationship of work stress with eating behavior and obesity: Theoretical and empirical considerations. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 135-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.07.002>
- Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española Del BDI-II en la práctica clínica. *Papel del Psicólogo*, 34(3), 161-168.
- Sawyer, A., Fisher, A., Llewellyn, C. & Gregory, A. M. (2015). Self-reported sleep quality, weight status and depression in young adult twins and siblings. *BioMed Central*, 2(50), 1-7. doi:10.1186/s40608-015-0079-8
- Schnettler, B., Denigri, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Orellana, L., Paiva, G. & Grunert, K. G. (2013). Hábitos alimentarios y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios del sur de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 2221- 2228. doi:10.3305/nh.2013.28.6.6751

- Schoijet, M. (2005). La recepción e impacto de las ideas de Malthus sobre la población. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 20(3), 569-604.
- Secretaría de Salud. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Recuperado de: <http://dif.slp.gob.mx/descargas/normatividad/NOM-043-2012.pdf>
- Sierra, J. C. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e subjetividade / fortaleza*, 3(1), 10-59.
- Silva, J. R. (2007). Anxiety Induced Overeating: Part I: Behavioral, Affective, Metabolic and Endocrine Evidence. *Terapia psicológica*, 25(2), 141-154.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4ª edición). México, DF: Editorial Trillas.
- Sominsky, L. & Spencer, S. J. (2014). Eating behavior and stress: a pathway to obesity. *Frontiers in psychology*, 5, 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00434
- Sprake, E. F., Lavin, J., Russell, J. M., Grabowski, P. & Barker, M. (2015). Eating habits associated with body weight gain in UK university students. *Proceedings of the Nutrition Society*, 74(OCE1), E149. doi:10.1017/S0029665115001640
- Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Elder, K. A. & Brownwell, K. D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 27-37.
- Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B. & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 579.
- Suverza, A. & Haua, K. (2012). *Obesidad: Consideraciones desde la nutriología*. México: McGraw Hill.
- Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 91-112.
- Tan, C. C., & Chow, C. M. (2014). Stress and emotional eating: the mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 66, 1-4. doi: 10.1016/j.paid.2014.02.033
- Tao, Z., Wu, G. & Wang, Z. (2016). The relationship between high residential density in student dormitories and anxiety, binge eating and Internet addiction: a study of Chinese college students. *Springer Plus*, 5, 1-8. doi:10.1186/s40064-016-3246-6.
- Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 33(Supl. 2), 352-357.
- Taylor, S. & Cox, B. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(5), 463- 483.

- Taylor, S., Cox, B. J., Heimberg, R. G., Ledley, D., Holaway, R. M., Stewart, S. H., Eng, W., Arrindell, W. A., Zvolensky, M. J., Deacon, B., Abramowitz, J.S., Sandin, B., Coles, M., Daly, E. S., Bouvard, M. & Jurado, S. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index—3. *American Psychological Assessment*, 19(2), 176-188. doi: 10.1037/1040-3590.19.2.176
- Thyer, B. A. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*. London: Sage Publications.
- Tremmel, M., Gerdtham, U. G., Nilsson, P. M. & Saha, S. (2017). Economic burden of obesity: a systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 435.
- Troncoso, C. & Amaya, J. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(4), 1090-1097.
- Unikel-Santoncini, C., Díaz de León-Vázquez, C., González-Forteza, C., Wagner-Echeagaray, F. & Rivera-Márquez, J. A. (2015). Conducta alimentaria de riesgo, síntomas depresivos y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Acta Universitaria Multidisciplinary Scientific Journal*, 25(NE-2), 35-39. doi: 10.15174/au.2015.847
- Universidad Autónoma de Madrid (UAM). (2010). *Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Recuperado de:  
<http://comisionnacional.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Universidad de Salamanca. (2010). *Apoyo conductual*. Recuperado de [https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26495/conducta\\_problematika1.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26495/conducta_problematika1.pdf)
- Valladares, M., Obregón, A. M. & Chaput, J. (2015). Association between genetic variants of the clock gene and obesity and sleep duration. *Journal of Physiology and Biochemistry*, 71, 855-860. doi: 10.1007/s13105-015-0447-3
- Vargas, M. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica*, LXX (607), 475-482.
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25, 57-59.
- Vásquez-Garibay, E., González-Rico, J., Romero-Velarde, E., Sánchez-Talamantes, E., Navarro-Lozano, M. & Nápoles-Rodríguez. (2015). Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 151(6), 788-797.



- Vélez, D. M., Casadiegos, C. P. & Sánchez, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Villaseñor, S. J., Ontiveros, C. & Cárdenas, K. V. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, 8(2), 86-90.
- Villavicencio, F. & Valladares, M. (2017). Adenovirus 36 y su potencial contribución en el desarrollo de obesidad. *Revista Médica de Chile*, 145, 1054-1059.
- Vio, F., Lera, L., González, C., Yáñez, M., Fretes, G., Montenegro, E. & Salinas, J. (2015). Consumo, hábitos alimentarios y habilidades culinarias en alumnos de tercero a quinto año básico y sus padres. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(4), 374-382.
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G. & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-11.
- Walker, R. J., & Christopher, A. N. (2016). Time-of-day preference mediates the relationship between personality and breakfast attitudes. *Personality and Individual Differences*, 91, 138-143.
- Walker, R. J., Christopher, A. N., Wieth, M. B. & Buchanan, J. (2015). Personality, time-of-day preference, and eating behavior: The mediational role of morning-eveningness. *Personality and Individual Differences*, 77, 13-17.
- Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A., Mañas, I., Gómez-Becerra, I. & Franco, C. (2014). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society, & Education*, 8(1), 23-37.
- Zarragoitia, I. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Lic. Cecilia Denisse Pérez Tijerina, de la Universidad Autónoma de Nuevo León. La meta de este estudio es analizar la relación entre la conducta alimentaria y las variables psicosociales, así como las diferencias que existen entre estudiantes y trabajadores.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lic. Cecilia Denisse Pérez Tijerina. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es analizar la relación entre la conducta alimentaria y las variables psicosociales, así como las diferencias que existen entre estudiantes y trabajadores.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Lic. Cecilia Denisse Pérez Tijerina al teléfono 8117827793 en un horario de 10:00 am a 5:00pm o por correo electrónico a [cecilia.perezjtjr@uanl.edu.mx](mailto:cecilia.perezjtjr@uanl.edu.mx)

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Lic. Cecilia Denisse Pérez Tijerina al teléfono anteriormente mencionado.

-----  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

## ANEXO 2

### ASI-3

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Horario laboral: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor encierre en un círculo el número que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación. Si alguna de las situaciones se refiere a algo que no haya vivido o experimentado nunca (por ejemplo: desmayarse en público), conteste pensando en cómo se sentiría si tuviera tal experiencia. En caso contrario conteste todas las situaciones en base a su propia experiencia. Por favor encierre en un círculo sólo un número y por favor conteste todas las situaciones.

		Muy Poco	Un Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
<b>1</b>	Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a	0	1	2	3	4
<b>2</b>	Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a	0	1	2	3	4
<b>3</b>	Me asusta cuando mi corazón late muy rápidamente	0	1	2	3	4
<b>4</b>	Cuando tengo problemas estomacales me preocupa que pueda estar seriamente enfermo	0	1	2	3	4
<b>5</b>	Me da miedo cuando soy incapaz de mantener mi mente en una tarea.	0	1	2	3	4
<b>6</b>	Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pueda pensar de mí	0	1	2	3	4
<b>7</b>	Cuando siento una opresión en el pecho, me asusta el que no pueda respirar adecuadamente	0	1	2	3	4
<b>8</b>	Cuando siento dolor en el pecho me preocupa que pueda tener un ataque al corazón	0	1	2	3	4
<b>9</b>	Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad	0	1	2	3	4
<b>10</b>	Cuando me siento como si estuviera en las nubes, o distraído me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo	0	1	2	3	4
<b>11</b>	Me asusta cuando me sonrojo frente a otras personas	0	1	2	3	4
<b>12</b>	Cuando noto que mi corazón pierde latidos, me preocupa que haya algo terriblemente malo en mí	0	1	2	3	4
<b>13</b>	Cuando empiezo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mí	0	1	2	3	4
<b>14</b>	Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupa estar volviéndome loco	0	1	2	3	4
<b>15</b>	Cuando siento que se cierra mi garganta, me preocupa que me pueda asfixiar hasta morirme	0	1	2	3	4
<b>16</b>	Cuando tengo problemas para pensar con claridad, me preocupa que haya algo malo en mí	0	1	2	3	4
<b>17</b>	Creo que sería horrible si me desmayara en público	0	1	2	3	4
<b>18</b>	Cuando mi mente se pone en blanco, me preocupa que haya algo terriblemente malo en mí	0	1	2	3	4

## ANEXO 3

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Horario laboral: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### 7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.

- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

#### 8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### 10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

#### 11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

#### 12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

#### 13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### 14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

#### 15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

## ANEXO 4

### Cuestionario de Comportamiento Alimentario

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Horario laboral: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 31 preguntas. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. En la pregunta 9 y 10 especificar el tiempo de comida (desayuno, comida o cena) y el horario aproximado en el que se realiza

1. ¿Qué factor consideras más importante al elegir un alimento para su consumo?

- 1. Su sabor
- 2. Su precio
- 3. Que sea agradable a la vista
- 4. Su caducidad
- 5. Su contenido nutrimental

2. Me es difícil leer las etiquetas nutrimentales:

- 1. Por falta de tiempo
- 2. Porque no me interesa
- 3. Porque no las entiendo
- 4. Por pereza
- 5. Sí las leo y las entiendo

3. Si evitas algún alimento, ¿Por qué motivo lo haces?

- 1. Porque no me gusta
- 2. Por cuidarme
- 3. Porque me hace sentir mal
- 4. No suelo evitar ningún alimento

4. ¿Cuál es la preparación más habitual de tus alimentos?

- 1. Fritos (Incluye empanizados y capeados)
- 2. Al vapor o hervidos
- 3. Asados o a la plancha
- 4. Horneados
- 5. Guisados o salteados



5. ¿Quién prepara tus alimentos con mayor frecuencia durante la semana?

- 1. Yo
- 2. Mi mamá
- 3. Los compro ya preparados
- 4. Otro: \_\_\_\_\_

6. ¿Qué haces normalmente cuando te sientes satisfecho?

- 1. Dejo de comer sin problema
- 2. Dejo de comer, pero me cuesta hacerlo
- 3. Sigo comiendo sin problema
- 4. Sigo comiendo, pero me siento mal de hacerlo

7. ¿Qué haces con la grasa visible de la carne?

- 1. La quito toda
- 2. Quito la mayoría
- 3. Quito un poco
- 4. No quito nada

8. Habitualmente mastico cada bocado más de 25 veces:

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

Registra el tiempo de comida y la hora en la que normalmente se realiza durante el día

9. Entre semana

10. Fin de semana

Tiempo de comida

Hora

Tiempo de comida

Hora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Marca la opción correspondiente de acuerdo con tu agrado para comer los siguientes alimentos

	<b>Me agrada mucho</b>	<b>Me agrada</b>	<b>Ni me agrada ni mi desagrada</b>	<b>Me desagrada</b>	<b>Me desagrada mucho</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>11</b> Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b> Verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b> Carnes y pollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b> Pescados y mariscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b> Lácteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16</b> Pan, tortillas, papa, pasta, cereales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b> Frijoles, garbanzos, lentejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b> Alimentos dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b> Huevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b> Almendras, nueces, pistaches, semillas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b> Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22</b> Alimentos empaquetados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. ¿Qué sueles beber en mayor cantidad durante el día?

- 1. Agua fresca
- 2. Agua natural
- 3. Refresco, jugos o té industrializados
- 4. Leche
- 5. Otro: \_\_\_\_\_

24. ¿Qué sueles ingerir habitualmente entre comidas?

- 1. Dulces
- 2. Fruta o verdura
- 3. Galletas o pan dulce (bollería)
- 4. Yogurt
- 5. Papitas, churritos, frituras, etc.
- 6. Cacahuates u otras semillas.
- 7. Nada

25. ¿Qué incluyes habitualmente en tu tiempo de comida principal durante el día?

	1.	2.
25.1. Botana (aperitivo)	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.2. Sopa o caldo u otro entrante	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.3. Plato fuerte	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.4. Carne, pescado, pollo o mariscos	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.5. Arroz, pasta o frijoles	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.6. Verduras o ensalada	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.7. Tortillas, pan “salado”, bolillo o tostadas	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.8. Postre	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.9. Fruta	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.10. Bebida	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.11. Bebida endulzada	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
25.12. Bebida sin endulzar	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

26. ¿Con qué frecuencia comes alimentos fuera de casa?

- 1. Todos los días
- 2. 5 a 6 veces a la semana
- 3. 3 a 4 veces a la semana
- 4. 1 a 2 veces a la semana
- 5. Una vez cada 15 días
- 6. Una vez al mes
- 7. Menos de una vez al mes

27. ¿Con qué frecuencia crees que comes alimentos en exceso?

- 1. Todos los días
- 2. 5 a 6 veces a la semana
- 3. 3 a 4 veces a la semana
- 4. 1 a 2 veces a la semana
- 5. Una vez cada 15 días
- 6. Una vez al mes
- 7. Menos de una vez al mes

28. ¿Qué haces o estarías dispuesto a hacer para cuidar tu cuerpo?

- 1. Cuidar mi alimentación
- 2. Seguir un régimen dietético temporal
- 3. Hacer ejercicio
- 4. Cuidar mi alimentación y hacer ejercicio
- 5. Tomar suplementos dietéticos o productos herbolarios
- 6. Nada

29. ¿Qué consideras que te hace falta para mejorar tu alimentación?

- 1. Más información
- 2. Apoyo social
- 3. Dinero
- 4. Compromiso o motivación personal
- 5. Tiempo
- 6. Nada, creo que mi alimentación es saludable
- 7. No me interesa mejorar mi alimentación

30. Consideras que tu dieta es:

- 1. Diferente cada día
- 2. Diferente sólo algunas veces durante la semana
- 3. Diferente sólo durante los fines de semana
- 4. Muy monótona

31. ¿Crees que eres capaz de utilizar un consejo de nutrición para mejorar tu estado de salud?

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo