

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Nutrición Humana



Una Institución Adventista

Adicción a la comida, ingesta de grasas y perfil antropométrico en adultos peruanos

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en
Nutrición Humana

Por:

Dulce Esperanza Lopez Lopez
Ivett Karen Saavedra Román

Asesor:

Mg. Yaquelin Eveling Calizaya Milla

Lima, abril de 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mg. Yaquelin Eveling Calizaya Milla de la Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: “Adicción a la comida, ingesta de grasas y perfil antropométrico en adultos peruanos.” constituye la memoria que presenta los bachilleres **Dulce Esperanza Lopez Lopez e Ivett Karen Saavedra Román** para aspirar al Título Profesional de Licenciada en Nutrición Humana ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, el 18 de abril del año 2021.



Mg. Yaquelin Eveling Calizaya Milla



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 06 día(s) del mes de Abril del año 2021 siendo las 15:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Mlg. Mery Rodriguez Vásquez secretario: Mlg. Jacksaint Saintila y los demás miembros: Mlg. Ularía Bernarda Collante Cosío y el asesor: Mlg. Yaquelin Eveling Calzaya Ullita

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: Selección a la Comida, ingesta de grasas y perfil antropométrico en adultos peruanos.

de el(los)/la(las) bachiller(es): a) Dulce Esperanza Lopez Lopez b) Ivett Karen Saavedra Roman conducente a la obtención del título profesional de Licenciada en Nutrición Humana (Nombre del Título Profesional) con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado. Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Dulce Esperanza Lopez Lopez

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobada, 16, B, Bueno, Muy bueno

Candidato (b): Ivett Karen Saavedra Roman

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobada, 16, B, Bueno, Muy bueno

(*) Ver parte posterior. Esta sustentación fue hecha de manera virtual u online sincrónica conforme al Reglamento de Grados y Títulos. Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Handwritten signatures for Presidente, Asesor, and Miembro.

Handwritten signature for Secretario.

Blank lines for Miembro, Candidato/a (a), and Candidato/a (b) signatures.

DEDICATORIA

Dedicado a Dios, a mi madre Emilia Lopez, por su amor, comprensión y apoyo incondicional, a mi familia y amigos por su apoyo constante en la realización de este proyecto.

Dulce Esperanza Lopez Lopez

A Dios por todas las bendiciones que me da, a mi hermana y familia por su apoyo incondicional y por apoyarme en mis sueños.

Ivett Karen Saavedra Román

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios por haber permitido culminar con éxito esta investigación, A mi compañera Ivett Saavedra la cual fue muy productiva en la elaboración de este proyecto y a la Mg. Yaquelin Calizaya por su valiosa acotación al presente estudio.

A todos los que hicieron posible la realización de este trabajo de investigación. Agradecerle a mi compañera Dulce Lopez por su perseverancia y apoyo constante en cada momento de este estudio.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
TABLA DE CONTENIDO	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN.....	10
MATERIALES Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	14
REFERENCIAS.....	17

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: características sociodemográficas, estilo de vida, régimen dietético e IMC de los participantes según sexo.....	21
Tabla 2: Relación entre adicción a la comida, número de comidas al día, horas de sueño e IMC	22
Tabla 3: Ingesta de grasas e IMC	23

RESUMEN

Introducción: El consumo de grasas se ha relacionado con el aumento de obesidad en la población peruana y en consecuencia padecer enfermedades no transmisibles. Este estudio evaluó la adicción a la comida, la ingesta de grasas y el perfil antropométrico en la población peruana.

Materiales y métodos: se realizó un estudio transversal utilizando una encuesta en línea autoadministrada. Se reclutaron a 394 participantes provenientes de todas las regiones del Perú. Los datos fueron analizados mediante el software estadístico IBM SPSS versión 27, utilizando la prueba Chi-cuadrado.

Resultados: Se encontró que la mayoría de los participantes entre mujeres y varones realizaron muy poca actividad física (70.5% y 67.5%). Así también, los varones presentaron un IMC más elevado en contraste a las mujeres (49.7% vs 38.4%). Los participantes con un IMC elevado presentaron mayor adicción a la comida en comparación a los que mantenían un peso saludable (54.1% vs 43%). Con respecto a la ingesta de grasas los participantes que tuvieron un patrón de 3 a 4 comidas al día e IMC con exceso de peso reportaron una mayor ingesta de grasas entre alta y muy alta y los que descansaron entre 6 a 8 horas al día, presentaron una ingesta baja de grasas (85.4%).

Conclusiones: El estudio evidencio que los varones presentaron un IMC más elevado en comparación a las mujeres. Con respecto a la actividad física, se observa que ambos sexos realizan muy poca actividad física, posible factor detonante del aumento de peso. Se observa, además, que la mayoría de los participantes que presentan sobrepeso y obesidad tienen mayor “adicción a la comida” y un consumo mayor de grasas. Este estudio demostró también, que los participantes que descansan entre 6 a 8 horas presentan una menor proporción de ingesta de grasas.

Palabras clave: *Adicción a la comida, ingesta de grasas, sueño, obesidad*

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es una acumulación excesiva de tejido graso corporal y se define por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 kg/m (1). La OMS, refiere que la prevalencia de obesidad en el año 2016 abarco a más de 650 millones de adultos y más de 1 900 millones mayores de 18 años con sobrepeso (2).

El sobrepeso y la obesidad son problemas para la salud pública, que genera enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del hígado, trastornos ginecológicos, la hipertensión arterial (HTA), los problemas de la piel y la artrosis son también más frecuentes en personas con exceso de grasa (3). Esto se da por factores alimentarios inadecuados, reducida o nula practica de actividad física (4), cambios de vida que se han producido en las últimas décadas relacionados con el rápido desarrollo socioeconómico, incluida una dieta más occidentalizada, la urbanización, la migración de personas que vivían en zonas rurales a la ciudad (5), la cual está asociada a enfermedades crónicas no transmisibles (6).

Se conceptualiza a la “adicción a la comida” (sin relación a trastornos alimentarios) como la búsqueda y el consumo compulsivo de alimentos que son ricos en carbohidratos y grasas, los cuales son dañinos para el organismo. Por otro lado, diversos trastornos alimentarios y el estrés, pueden estar relacionados con la adicción a la comida (7).

Estudios muestran que el consumo repetido de alimentos de alta palatabilidad, ricos en azúcares, grasas (consumo de maíz, avena, leche, huevos y papas) y sal da lugar a una regulación disminuida de los receptores de dopamina (8,9). Esto sucede por la participación del sistema dopaminérgico de recompensa y la activación de mecanismos de reforzamiento positivo. Además, cuando hay lesiones en los receptores del sistema dopaminérgico se reduce el valor de recompensa, es por esto que los individuos obesos presentan niveles más bajos en los receptores generando mayor adicción a la comida (10,11).

La obesidad resultado del desbalance entre el excesivo consumo de alimentos de alta palatabilidad como lo son las grasas (12), son condiciones que deben ser evaluadas en la población para generar medidas de acción en favor de la disminución de la obesidad (13). Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar la adicción a la comida, ingesta de grasas y perfil antropométrico en adultos peruanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño, tipo de investigación y participantes

Se realizó un estudio transversal vía online. El cuestionario se distribuyó mediante las redes sociales de Facebook, WhatsApp e Instagram. Se incluyó en la investigación a hombres y mujeres de edades comprendidas entre 18 a 59 años, la selección de la población fue no probabilístico por conveniencia. Se recolectaron a 418 participantes de los cuales se excluyeron a 24 participantes por no completar la encuesta o ser menores de edad. Los participantes firmaron un consentimiento informado. Además, se les explico que su participación en el estudio era voluntaria y anónima. En todo momento se respetó los principios éticos en la investigación. Se incluyeron a todos aquellos que decidieron participar voluntariamente en el estudio.

Cuestionario de adicción a la comida

Para determinar la adicción a la comida se usó la escala de Yale el cual fue creado en el año 2009, adaptado en diferentes idiomas y modificada en versiones más cortas (14). En esta investigación se usó el instrumento de 25 ítems que operacionaliza la manifestación de los criterios propuestos por el DSM-5 para identificar la adicción a los alimentos y su dependencia a sustancias. La escala incluye opciones de puntaje dicotómicas (si= 1 y no= 0 punto) y de frecuencia, además, se consideraron opciones de escala de Likert (nunca=0, una vez al mes=1, 2-4 veces al mes=2, 2-3 veces a la semana=4, 4 o más veces a la semana=4 puntos).

Las preguntas forman parte de criterios específicos que se asemejan a los síntomas para dependencia a sustancias, para identificar a aquellas personas que poseen mayores probabilidades frente al consumo de alimentos altos en grasas y azúcar. Los valores se analizan para determinar cada uno de los criterios y el diagnóstico se da si el sujeto cumple con al menos tres criterios positivos. Los criterios son: adicción a la sustancia (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13 y 20), tolerancia (preguntas 9, 15, 17, 19 y 21), Incapacidad de reducir el consumo (preguntas 22, 23, 24 y 25), Cese de actividades (preguntas 8, 10 y 14) y Consecuencias de malestar (preguntas 11,15 y 18). Esta escala ha sido validada obteniendo un α de Cronbach de 0.81 - 0.83, 0.90 y 0.82.(6)

Cuestionario de consumo de grasas

Para determinar la ingesta de grasa, se utilizó el cuestionario "Ingesta de Grasas" que fue creado por Gladys B. et al (15), en el año 1989. Se validó la prueba, con 101 mujeres mayores de 45 años a más, con las que no había ninguna intervención dietética, y que simplemente había mantenido su dieta normal. Los datos de referencia, con los que se evaluó el cuestionario de cribado, considero el promedio de tres

registros de alimentos de cuatro días, completado en línea de base, seis meses y un año. Presento una correlación de $r = 0.58$ entre los gramos de grasas totales estimados con el método cuestionario rápido y el promedio de 3 a 4 días de recordatorio dietario. El cuestionario consta de 13 ítems, está medido por escalas: 1 vez al mes o menos=0, 2 a 3 veces al mes=1, 1 a 2 veces a la semana=2, 3 a 4 veces a la semana=3, 5 a más veces a la semana=4 puntos. Se valoró con una puntuación de 0 – 7, una Ingesta de grasas muy baja (menos del 25%), 8 – 14 puntos como consumo medio de grasas (entre 30 % y 35%), 15 – 22 puntos como ingesta de grasas alta y de 23 a más puntos Ingesta de grasas muy alta (40 y 50%).

Ficha de registro: características sociodemográficas de los participantes

La ficha de registro se elaboró mediante las características sociodemográficas de la población como género, edad, lugar de procedencia, grado de instrucción, horas de sueño, actividad física, número de comidas principales, tipo de régimen alimentario, peso y talla.

Mediciones antropométricas

El índice de masa corporal (IMC) fue clasificado según Adolphe Quetelet en 1835, el cual establece la curva antropométrica de la población belga y propone que el peso corporal debe ser corregido en relación con la estatura (kg. /m^2). este parámetro es utilizado para la medición de la obesidad en estudios epidemiológicos y clínicos. El IMC y sus valores de referencia nos indican que hay desnutrición cuando es menor a 18.5 kg/m^2 , el estado nutricional adecuado esta entre 18.5 a 24.9 , sobrepeso cuando se ubica de 25 a 29.9 , y obesidad cuando es mayor o igual que 30.0 kg/m^2 (16).

Análisis estadístico

Los datos serán recopilados a través de la hoja del Excel versión 2016. Para procesar los datos se usará el paquete de software estadístico SPSS versión 27. Se realizará estadísticas descriptivas usando tablas de frecuencia absolutas y porcentajes. Además, se usará la prueba chi cuadrado para comparar proporciones. Grado de significancia estadístico será 0.05.

RESULTADOS

En la tabla 1, se evidencia los datos sociodemográficos, estilo de vida, patrón dietético e IMC de los participantes según sexo. En cuanto a la edad, se encontró que el 60.2 % de los varones tenían un rango de edad de 25 a 34 años. Sin embargo, no hubo diferencias significativas ($p=0.166$). referente a la procedencia, se evidenció que el 60.6% de las mujeres eran provenientes de la zona costera del país del país en comparación a los hombres, esas diferencias fueron significativas ($p<0.05$). En relación al grado de instrucción, se observa que la mayor proporción de las mujeres (74.4%) tenían un título profesional o un grado académico respecto a los hombres (65.4%), no obstante, no se observa diferencias significativas. La mayoría de los hombres informaron descansar entre 6 a 8 horas por noches, respecto a las mujeres (88% vs. 83.3%), no existe diferencias significativas. Los hombres informaron realizar actividad física entre 3 a 4 veces a la semana y todos los días en una mayor proporción en comparación a las mujeres, se observó diferencias muy significativas (26.7% vs. 22.2%, $p<0.05$). Respecto al número de comida al día, las mujeres informaron un patrón de consumo más saludable que los hombres. Finalmente, se observó que los hombres tuvieron un exceso de peso en una proporción de 49.7% en comparación a las mujeres (38.4%).

En la tabla 2, se evidencia la relación entre adicción a la comida, numero de comidas al día, horas de sueño e IMC de los participantes. Con respecto a las horas de sueño, se observa que 114 (84.4%) participantes descansan entre 6 a 8 horas por noche presentan adicción a la comida, mientras que 223 (86.1%) participantes no presentan adicción a la comida. Sin embargo, no se observa diferencias significativas ($p<0.05$). Referente al número de comidas al día, los participantes sin adicción a la comida tienen un patrón de consumo más saludable en comparación a los que presentan adicción a la comida (199 =76.8% vs 98 =72.6%), no obstante, no se encuentra diferencias significativas ($p= 0.464$). Finalmente, en relación al IMC, se observa mayor proporción entre las personas con exceso de peso (54.1%) que presentan adicción a la comida, con respecto al 38.6% que no tienen adicción a la comida, esas diferencias fueron muy significativas ($p<0.05$).

En la tabla 3, se evidencia la Ingesta de grasas e IMC. Los participantes que descansan de 6 a 8 horas presentan baja ingesta de grasas (85.4%) y en mayor proporción una ingesta alta de grasas (88.8%), no se observa diferencias significativas. Con respecto al número de comidas, los que tienen un patrón de 3 comidas al día, consumen una alta ingesta de grasas (80.9%) y un consumo medio de grasas (76.4%), sin embargo, no hay diferencias significativas ($p= 0.613$). Finalmente, se observó que los participantes con exceso de peso tienen una ingesta alta de grasas (55.0%) e ingesta muy alta (54.7%), con diferencias significativas ($p<0.05$).

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se evaluó la adicción a las comidas, ingesta de grasa y el perfil antropométrico en la población peruana. En el estudio se encontró la relación entre estos tres aspectos mencionados.

Con respecto a la actividad física, se observa que tanto varones como mujeres realizan muy poca actividad física (70.5% vs. 67.5%, $p < 0.05$). Estos resultados son congruentes a los reportados por Sanabria et al (17) y Medrano (18), quienes encontraron que del total de la población evaluada, la mayoría presentó un bajo nivel de actividad física. Asimismo Gumus et al (19), al examinar la relación entre los niveles de actividad física, las motivaciones de ocio y calidad de vida, determinó que gran porcentaje de los candidatos tenían un bajo nivel de actividad física y un alto nivel de motivación en el ocio. Con respecto al IMC se observa que los varones presentan un exceso de peso en comparación con las mujeres, dado que las mujeres se preocupan más por su aspecto físico. Datos similares a los informados, por Sanabria et al (17) y Vancini et al (20), donde observaron que los varones presentaron un IMC más elevado, debido a una alta prevalencia de inactividad física. Así mismo Aranceta et al (21), muestran que el 60.9% de la población adulta presentaban sobrepeso y obesidad. En consecuencia esto pudo deberse a que la mayoría de la población estuvo en confinamiento por pandemia, donde la restricción de libre circulación generó mayor sedentarismo afectando la salud física (22).

En cuanto al régimen dietético la mayoría de los varones refiere que no eran vegetarianos, a la vez presentaron un exceso de peso en comparación al sexo femenino. Estos resultados encontrados son similares a los descritos por Newby et al (23), donde refieren que la población que lleva un régimen dietético omnívoro presentan mayores índices de sobrepeso y obesidad en comparación con los que llevan un régimen semi vegetariano, lacto vegetariano y vegano. Posiblemente se deba a que las personas con sobrepeso y obesidad que llevan un régimen dietético omnívoro, consumen más ácidos grasos saturados, colesterol, sacarosa, lactosa, masi mismo el consumo de fibra es mucho menor (24). En un estudio que compara el IMC con el régimen dietético vegetariano y consumo de pescado, se observa un menor aumento de IMC en veganos en comparación a los consumidores de carne (25–27) De hecho, una dieta basada en verduras, frutas, cereales integrales y legumbres, complementada con vitamina B-12, es nutricionalmente superior a las dietas que incluyen productos animales, así como regulador del peso (28,29). Por lo tanto, cuando los individuos omnívoros cambian a una dieta vegetariana mejora el riesgo de padecer obesidad (30).

Se observa, además, que la mayoría de los participantes que presentan sobrepeso y obesidad tienen mayor "adicción a la comida" (54.1%), mientras quienes mantienen un peso saludable en su mayoría no presentan adicción (60.2%). La relación entre la alimentación de tipo adictivo e IMC se presenta en mayor prevalencia entre personas con obesidad (31). Un estudio similar señala que la alimentación adictiva, la actividad física y las horas de sueño se han asociado al riesgo de padecer obesidad, esto debido a que las personas adictas a los alimentos tenían una actividad física significativamente menor y síntomas de mala calidad de sueño (32). Asimismo Ning et al (33), describió la relación entre la menor duración del sueño, la inactividad física y el riesgo de aumento de peso. Estos hallazgos sugieren que la "adicción a la comida" puede contribuir a comer en exceso, pero también puede reflejar un fenotipo distinto de conducta alimentaria problemática. Así mismo, la adicción a la comida se asocia con la deposición de grasa visceral, un indicador sensible de un mayor riesgo cardio metabólico (34). Otros estudios mencionan que la obesidad se deba al hábito de comer dos comidas al día incluido el desayuno, junto con refrigerios frecuentes y consumo de alimentos altos en grasas (35).

Este estudio demostró también, que los participantes que descansan entre 6 a 8 horas presentan una menor proporción de ingesta de grasas (85.4%). Con respecto al número de comidas, se observó, que los participantes que tenían un patrón de 3 a 4 comidas al día, consumieron en mayor proporción entre media y alta ingesta de grasas. Estos resultados son respaldados por Theorell-Hagl et al. (36), donde refieren que los que tiene un horario adecuado de 6 a 9 horas por día no presentan una inadecuada ingesta de grasas a comparación con los que duermen poco, quienes mostraron una menor adherencia a una dieta saludable. Así mismo, Dashtai et al. (37), refieren que una duración corta del sueño aumenta la ingesta de grasas, además presentan un comportamiento alimentario irregular de 3 comidas principales y un consumo mayor de bocadillos densos en energía, contribuyendo así a un mayor riesgo de padecer obesidad. Finalmente, se observó que los participantes con exceso de peso tienen una ingesta alta y muy alta de grasas ($p < 0.05$). Un IMC alto se asocia a una ingesta elevada de grasas (38,39). Estos resultados son congruentes a otras investigaciones, donde se observa que las personas que consumían una dieta alta en grasas tenían un mayor riesgo de obesidad (40). Por lado, la velocidad al comer, el número de comidas diarias, comer en exceso y una dieta alta en grasas, se asocia a una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (41). Estos resultados sugieren una relación entre el exceso de peso y la ingesta de grasas en la dieta, debido a la alteración o descontrol en la ingesta de alimentos en el que se modifica la homeostasis energética (42). Esto debido a que las grasas son adictivas por la alta palatabilidad que genera al consumirlas (43). Así mismo, la grasa dietética es un contribuyente fundamental a la selección de alimentos en gran parte debido a sus agradables características o sensoriales. Además, el

exceso de grasa en la dieta atenúa la respuesta de los epitelios sensibles a los nutrientes en la cavidad oral, lo que podría estar asociado con cambios en la dieta y el peso (44). En consecuencia, los alimentos ricos en grasas a menudo se comen en exceso, lo que conduce a un aumento de peso y, en casos graves, a la obesidad mórbida (45).

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, se trata de un estudio transversal, por lo que no se considera una relación causal entre las variables, por lo que los resultados no pueden ser generalizados. En segundo lugar, los datos antropométricos IMC se obtuvieron de manera auto informada, ya que no se pudo realizar las mediciones a cada participante. En tercer lugar, la data fue recolectada por medio de un formulario vía online no hubo un seguimiento individual por lo tanto en la recolección de datos no se pudo subsanar las dudas de la persona encuestada y las respuestas no se contestaron de manera acertada.

Conclusiones

El estudio evidencio que los varones presentaron un IMC más elevado y en su mayoría no eran vegetarianos en comparación a las mujeres. Con respecto a la actividad física, se observa que tanto varones como mujeres realizan muy poca actividad física, posible factor detonante del aumento de peso. Se observa, además, que la mayoría de los participantes que presentan sobrepeso y obesidad tienen mayor “adicción a la comida”, mientras quienes mantienen un peso saludable en su mayoría no presentan adicción. Este estudio demostró también, que los participantes que descansan entre 6 a 8 horas presentan una menor proporción de ingesta de grasas, en contraste al número de comidas, donde se observó, que los participantes que tenían un patrón de 3 a 4 comidas al día y un IMC elevado consumieron grasas en mayor proporción.

Recomendaciones

Se recomienda que, al momento de aplicar la encuesta, que esta sea de manera individual, para obtener una mejor respuesta del encuestado. Así evitaremos confusiones de los ítems y se tendría una respuesta fiable. Además, se recomienda que la muestra tomada sea equitativa 50% varones y el 50% mujeres para mejores resultados y poder discutir con mejores diferencias.

Declaración de financiamiento y de conflicto de interés:

"Los autores declaran que no hay conflictos de intereses potenciales".

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight. World Health Organization (WHO).
2. Malo-Serrano M, Castillo NM, Pajita DD, Miguel Malo-Serrano C. Obesity in the world. 2017;78(2):173–8.
3. Enrique P, Soca; I M, Niño A, li P. Consequences of obesity. Vol. 20. 2009.
4. Cruz Sánchez M, Farías MV, Del Carmen Álvarez Gordillo G, Byron R, Nielsen N. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología Esperanza Tuñón Pablos.
5. Cuevas A, Alvarez V, Olivos C. The emerging obesity problem in Latin America. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2009 Mar;7(3):281–8.
6. Isabel M, Moreno V, Cristina Rodríguez Márquez M, Cervantes Navarrete JJ, Camarena B, De Gortari P. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. Análisis factorial. *Artículo Orig Salud Ment.* 2016;295(6):295–302.
7. Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, Markaki A, Theodoridis X, Tsakiri V, Mavridis P, et al. Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eat Weight Disord.* 2018 Aug;23(4):459–67.
8. Bentancour L, Calvo S, Sosa G. Adicción Alimentaria: ¿Otro Determinante Asociado a La Adhesión Del Tratamiento Nutricional? *Enfermería Cuid Humaniz.* 2019;8(2):169–83.
9. Obregón A, Fuentes J, Pettinelli P. Asociación entre adicción a la comida y estado nutricional en universitarios chilenos. Vol. 143, *Rev Med Chile.* 2015.
10. Carlos MAF. "Prevalencia de Adicción a la comida en la población adulta con Sobrepeso y Obesidad del Distrito de Characato utilizando la Escala de Yale. 2018.
11. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite.* 2009 Apr;52(2):430–6.
12. Cruz-Sáez MS, Pascual Jimeno A, Wlodarczyk A, Polo-López R, Echeburúa Odriozola E. Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: Papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutr Hosp.* 2016;33(4):935–40.
13. Saintila J. Estado nutricional y rendimiento académico en estudiantes de 7 a 14 años de la Institución Educativa Mi Jesús, La Era-Lima, 2016. Universidad Peruana Unión; 2016.

14. Meule A, Gearhardt AN. Five years of the Yale Food Addiction Scale: Taking stock and moving forward. *Curr Addict Reports*. 2014 Sep 10;1(3):193–205.
15. Block G, Clifford C, Naughton MD, Henderson M, McAdams M. A brief dietary screen for high fat intake. *J Nutr Educ*. 1989;21(5):199–207.
16. Puche RC. El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. *Medicina (B Aires)*. 2005;65(4):361–5.
17. Sanabria-Rojas H, Tarqui-Mamani C, Portugal-Benavides W, Pereyra-Zaldívar H, Mamani-Castillo L. Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de Salud de Lima, Perú. *Rev Salud Publica*. 2014;16(1):53–62.
18. Andrés Medrano JV. Nivel de actividad física en los internos de medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales - 2014. Repos Tesis - UNMSM. 2015;1–46.
19. Gumus H, Işık O. The Relationship of Physical Activity Level, Leisure Motivation and Quality of Life in Candidate Teachers. *Int J Progress Educ*. 2018;14(5):22–32.
20. Vancini RL, de Lira CAB, Anceschi SA, Rosa A V., Lima-Leopoldo AP, Leopoldo AS, et al. Anxiety, depression symptoms, and physical activity levels of eutrophic and excess-weight brazilian elite police officers: A preliminary study. *Psychol Res Behav Manag*. 2018;11:589–95.
21. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25–64 Years) 2014–2015: The ENPE Study. *Rev Española Cardiol (English Ed)*. 2016;69(6):579–87.
22. Esparza V. Physical activity habits and health status during the pandemic by COVID-19. *Rev Espac*. 41 (42).
23. Newby PK, Tucker KL, Wolk A. Risk of overweight and obesity among semivegetarian, lactovegetarian, and vegan women 1-4. *Original Research Communications*. 2005.
24. Blaurock J, Kaiser B, Stelzl T, Weech M, Fallaize R, Franco RZ, et al. Dietary quality in vegetarian and omnivorous female students in Germany: A retrospective study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb;18(4):1–15.
25. Rosell M, Appleby P, Spencer E, Key T. Weight gain over 5 years in 21 966 meat-eating, fish-eating, vegetarian, and vegan men and women in EPIC-Oxford. *Int J Obes*. 2006 Sep 21;30(9):1389–96.
26. Spencer E, Appleby P., Davey G., Key T. Diet and body mass index in 38?000 EPIC-Oxford meat-eaters, fish-eaters, vegetarians and vegans. *Int J Obes*.

2003 Jun;27(6):728–34.

27. Saintila J, Lozano López TE. Calidad de vida relacionada a la salud y perfil lipídico en vegetarianos y no-vegetarianos de Lima Metropolitana, 2019. Universidad Peruana Unión; 2020.
28. Saintila J, Lozano TE, Calizaya-Milla YE, White M, Huancahuire-Vega S. Nutritional knowledge, anthropometric profile, total cholesterol, and motivations among Peruvian vegetarians and non-vegetarians. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2021;41(1):91–8.
29. Saintila J, Lozano TE, Ruiz PG, White M, Huancahuire-Vega S. Health-Related Quality of Life, Blood Pressure, and Biochemical and Anthropometric Profile in Vegetarians and Nonvegetarians. *J Nutr Metab*. 2020 Jul 7;2020:1–8.
30. Ludwig DS, Barnard ND, Leroy F. Great Debates in Nutrition Children and adults should avoid consuming animal products to reduce risk for chronic disease: YES.
31. Hauck C, Weiß A, Schulte EM, Meule A, Ellrott T. Prevalence of “Food Addiction” as Measured with the Yale Food Addiction Scale 2.0 in a Representative German Sample and Its Association with Sex, Age and Weight Categories. *Obes Facts*. 2017 Mar 1;10(1):12–24.
32. Li JTE, Pursey KM, Duncan MJ, Burrows T. Addictive eating and its relation to physical activity and sleep behavior. *Nutrients*. 2018;10(10).
33. Ning X, Lv J, Guo Y, Bian Z, Tan Y, Pei P, et al. Association of Sleep Duration with Weight Gain and General and Central Obesity Risk in Chinese Adults: A Prospective Study. *Obesity*. 2020;28(2):468–74.
34. Pursey KM, Gearhardt AN, Burrows TL. The relationship between “food addiction” and visceral adiposity in young females. *Physiol Behav*. 2016 Apr;157:9–12.
35. Al-Rethaiaa AS, Fahmy A-EA, Naseem †, Al-Shwaiyat M. Obesity and eating habits among college students in Saudi Arabia: a cross sectional study. 2010.
36. Theorell-Hagı Ow J, Eva ;, Warensjı W, Lemming W, Michaëlsson K, Sölve Elmståhl ;, et al. Sleep duration is associated with healthy diet scores and meal patterns: results from the population-based EpiHealth study. 2021;
37. Dashti HS, Scheer FA, Jacques PF, Lamon-Fava S, Ordovás JM. Short Sleep Duration and Dietary Intake: Epidemiologic Evidence, Mechanisms, and Health Implications 1,2.
38. Fromm SP, Horstmann A. Psychometric Evaluation of the German Version of the Dietary Fat and Free Sugar-Short Questionnaire. *Obes Facts*. 2019 Oct;12(5):518–28.

39. Day CJ, McHale S, Francis J. Individual differences and preference for dietary fat using the Fat Preference Questionnaire© in a UK sample. *Appetite*. 2012 Apr;58(2):679–86.
40. Paradis A-M, Godin G, Pérusse L, Vohl M-C. Interaction between Familial History of Obesity and Fat Intakes on Obesity Phenotypes. *J Nutrigenet Nutrigenomics*. 2009 Feb;2(1):37–42.
41. Kong DX, Su XF, Zhao JW, Chen L, Meng LB, Zhang ZX, et al. Chinese men living in urban areas of Shijiazhuang, Hebei at higher risk of overweight or obesity. *J Int Med Res*. 2020;48(8).
42. Carranza LE. Physiology of appetite and hunger. *Enfermería Investig*. 2016;1(3):117–24.
43. Agüera Zaida, Inés W, M. SI, Anne S, Inés H, Roser G, et al. Food Addiction (FA): A controversial subject. *Psicol Conduct = Behav Psychol Rev Int Psicol clínica y la salud*. 2015;(3):383–94.
44. Stewart JE, Keast R. Recent fat intake modulates fat taste sensitivity in lean and overweight subjects. *Int J Obes*. 2012;36:834–42.
45. Cortés Romero CE, Noriega AE, Ruiz JC, Soto Rodríguez G, Bilbao Reboredo T, Vélez Pliego M. Stress and cortisol: implications on food intake. *Rev Cuba Investig Biomédicas*. 2018;37(3):1–15.

Tablas y figuras

Tabla 1: características sociodemográficas, estilo de vida, régimen dietético e IMC de los participantes según sexo.

Variable	Mujeres n=203		Hombres n=191		X ²	p
	n	%	n	%		
Edad						
18 – 24 años	44	21.7%	25	13.1%	5.074	0.166
25 – 34 años	112	55.2%	115	60.2%		
35 – 44 año	24	11.8%	26	13.6%		
45 años a mas	23	11.3%	25	13.1%		
Procedencia						
Costa	123	60.6%	112	58.6%	6.122	0.047
Sierra	67	33%	53	27.7%		
Selva	13	6.4%	26	13.6%		
Grado de instrucción						
Primaria	2	1%	1	0.5%	5.590	0.133
Secundaria	15	7.4%	26	13.6%		
Técnico	35	17.2%	39	20.4%		
Superior Universitario	151	74.4%	125	65.4%		
Horas de sueño						
3 a 5 horas	22	10.8%	18	9.4%	2.923	0.232
6 a 8 horas	169	83.3%	168	88%		
9 a 11 horas	12	5.9%	5	2.6%		
Actividad física						
Nunca	57	28.1%	19	9.9%	26.19	0.000
1 a 2 veces/semana	86	42.4%	110	57.6%		
3 a 4 veces/semana	39	19.2%	36	18.8%		
5 a 6 veces/semana	15	7.4%	11	5.8%		
Diario	6	3%	15	7.9%		
Régimen dietético						
Vegetarianos	49	24.1%	38	19.9%	1.030	0.310
No-vegetarianos	154	75.9%	153	80.1%		
Numero de comidas al día						
2	31	15.3%	44	23%	3.996	0.136
3	161	79.3%	136	71.2%		
4 a mas	11	5.4%	11	5.8%		
IMC						
Delgadez	3	1.5%	4	2.1%	7.493	0.058
Normal	122	60.1%	92	48.2%		
Sobrepeso	50	24.6%	70	36.6%		
Obesidad	28	13.8%	25	13.1%		

IMC, índice de masa corporal; **P de la tendencia; X² Chi cuadrado

Tabla 2: Relación entre adicción a la comida, numero de comidas al día, horas de sueño e IMC

	Adicción		Sin adicción		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Horas de sueño						
3 a 5 horas	17	12.6%	23	8.9%	2.103	0.349
6 a 8 horas	114	84.4%	223	86.1%		
9 a 11 horas	4	3%	13	5%		
Numero de comidas al día						
2	27	20%	48	18.5%	1.535	0.464
3	98	72.6%	199	76.8%		
4 a mas	10	7.4%	12	4.6%		
IMC						
Delgadez	4	3%	3	1.2%	22.545	0.000
Normal	58	43%	156	60.2%		
Sobrepeso	41	30.4%	79	30.5%		
Obesidad	32	23.7%	21	8.1%		

IMC, índice de masa corporal; **P de la tendencia; χ^2 Chi cuadrado

Tabla 3: Ingesta de grasas e IMC

	Ingesta de grasas								X^2	p
	Muy baja		Medio		Alta		Muy alta			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Horas de sueño										
3 a 5 horas	13	8.3%	13	12.3%	8	9%	6	14.3%	5.029	0.540
6 a 8 horas	134	85.4%	90	84.9%	79	88.8%	34	81%		
9 a 11 horas	10	6.4%	3	2.8%	2	2.2%	2	4.8%		
Numero de comidas al día										
2	34	21.7%	18	17%	14	15.7%	9	21.4%	4.476	0.613
3	112	71.3%	81	76.4%	72	80.9%	32	76.2%		
4 a mas	11	7%	7	6.6%	3	3.4%	1	2.4%		
IMC										
Delgadez	2	1.3%	4	3.8%	1	1.1%	0	0.0%	19.388	0.022
Normal	97	61.8%	59	55.7%	39	43.8%	19	45.2%		
Sobrepeso	47	29.9%	29	27.4%	30	33.7%	14	33.3%		
Obesidad	11	7%	14	13.2%	19	21.3%	9	21.4%		

IMC, índice de masa corporal; **P de la tendencia; X^2 Chi cuadrado

ANEXO 2: Consentimiento informado

Adicción a la comida, ingesta de grasas y perfil antropométrico en adultos peruanos

Este cuestionario tiene como propósito levantar información sobre La Adicción a la comida, ingesta de grasas y perfil antropométrico en adultos peruanos. Dicha información será de mucha importancia para desarrollar el estudio.

Procedimientos:

Si usted decide participar en este estudio se le solicitará completar un cuestionario, en el que le preguntaremos datos como edad, sexo, ocupación, entre otros.

Confidencialidad:

La información que recolectemos será completamente anónima y sólo los investigadores tendrán acceso a ella. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, sin daño alguno. Si tienes alguna duda adicional sobre la investigación, los investigadores estarán encantados en ayudarte. Contactarte con la señorita Ivett Karen Saavedra Román, al correo ivett_saavedra@upeu.edu.pe o con la señorita Dulce Esperanza Lopez Lopez, al correo dulcelopez@upeu.edu.pe.

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, y también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Cuestionario de adicción a la comida

ESCALA DE YALE PARA ADICCIÓN A LA COMIDA					
Ítem Categorías de respuesta					
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	0	1	2	3	4
	Nunca	1 vez por mes	2 - 3 veces por mes	2 - 3 por semana	4 - 6 veces a la semana
1.- He notado que cuando empiezo a comer esos determinados alimentos, he terminado comiendo más de lo que tenía planeado.					
2.- He notado que cuando estoy comiendo esos determinados alimentos he seguido comiéndolos, aunque ya no tengo hambre					
3.- He notado que como tanto que llego a sentirme físicamente mal, por ejemplo, con inflamación, dolor de estómago, náuseas, indigestión, agruras, etc.					
4.- Me preocupa que no he podido evitar consumir esos determinados alimentos o no he podido reducir su consumo					
5.- He pasado mucho tiempo sintiéndome lento, pesado o cansado por haber comido de más.					
6.- He notado que a lo largo del día ingiero repetidamente esos determinados alimentos.					
7.- He notado que trato de obtener esos determinados alimentos cuando no están disponibles. Ejemplo: he ido a la tienda a conseguirlos, aunque haya tenido otras opciones en casa.					
8.- En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he dejado de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.					
9.- En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he pasado el tiempo envuelto en sentimientos negativos (culpa, baja autoestima) porque he comido de más, en lugar de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.					
10.- He evitado asistir a eventos sociales o laborales al saber que esos determinados alimentos estarán disponibles, por miedo a comer de más.					
11.- He evitado asistir a eventos sociales o laborales porque no había esos determinados alimentos y no podía consumirlos.					
12.- Me he sentido inquieto, ansioso o agitado cuando he dejado de consumir esos determinados alimentos (no considerar a las bebidas con cafeína).					
13.- He consumido esos determinados alimentos para evitar sentimientos de ansiedad o de inquietud producidos por haber dejado de comerlos (no considerar a las bebidas con cafeína, como las energizantes, café, etc.).					

14. - He notado que tengo un gran deseo o urgencia por consumir esos determinados alimentos cuando dejo de comerlos					
15. - Mi comportamiento con respecto a los alimentos y mi forma de comer me genera malestar (ansiedad, culpa, depresión)					
16. - He experimentado problemas significativos en mi habilidad para funcionar normalmente en mi vida, como trabajar, estudiar, diaria debido al comer.					
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	SI		NO		
17. - Mi consumo de alimentos me ha causado sensaciones de depresión, ansiedad o culpa.					
18. - Mi consumo de alimentos me ha causado importantes problemas físicos (diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad) o ha complicado los ya existentes.					
19. - He continuado comiendo el mismo tipo de alimentos o la misma cantidad de alimentos a pesar de que me han ocasionado problemas psicológicos o físicos (ansiedad, culpa, diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad).					
20. - Conforme pasa el tiempo he notado que necesito comer más y más para lograr el estado de bienestar que deseo, como por ejemplo para reducir mis emociones negativas (ansiedad o culpa) e incrementar el placer.					
21. - He notado que comer la misma cantidad de comida ya no reduce mis emociones negativas o que ya no aumentan las sensaciones placenteras como antes lo hacía.					
22. - He querido frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.					
23. - He hecho algo por frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.					
24. - He tenido éxito al frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.					
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	0	1	2	3	4
	Nunca	1 vez por mes	2 - 3 veces por mes	2 - 3 por semana	4 - 6 veces a la semana
25. - Cuántas veces en el último año he intentado frenar o disminuir el consumo de esos determinados alimentos.					

Cuestionario de consumo de grasas

CONSUMO DE GRASAS					
Comidas y snacks	0	1	2	3	4
	1 vez al mes o menos	2 a 3 veces al mes	1 a 2 veces a la semana	3 a 4 veces a la semana	5 a más veces a la semana
Hamburguesas, carne molida, tacos					
Carne de res o cerdo, como filetes, asados, costillas o en					
Pollo frito					
Hot dogs o salchicha polaca o italiana					
Embutidos, fiambres, jamón (no bajo en grasas)					
Tocino o salchicha de desayuno					
Aderezos para ensaladas (no bajos en grasa)					
Margarina, mantequilla o mayonesa sobre pan o papas					
Margarina, mantequilla o aceite para cocinar					
Huevos (no batidos de huevos o solo claras de huevo)					
Pizza					
Queso, queso para untar (no bajo en grasa)					
Leche entera					
Papas fritas					
Chips de maíz, papas fritas, palomitas de maíz, galletas saladas					
Donas, pasteles, galletas (no bajas en grasa)					
Helado (sin sorbete ni sin grasa)					