

Manuscrito Original_ Quispe - Parhuayo.docx

 My Files My Files Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:526940305

Fecha de entrega

12 nov 2025, 12:07 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

1 abr 2026, 3:18 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

Manuscrito Original_ Quispe - Parhuayo.docx

Tamaño del archivo

31.7 KB

20 páginas

5332 palabras

29.329 caracteres

6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 5% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 4% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Trabajos entregados	Universidad Peruana Union on 2023-11-09	<1%
2	Internet	www.coursehero.com	<1%
3	Internet	www.researchgate.net	<1%
4	Internet	revistaanestesiari.org	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad TecMilenio on 2024-12-03	<1%
6	Internet	dspace.unitru.edu.pe	<1%
7	Internet	saber.ucv.ve	<1%
8	Internet	sanus.unison.mx	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2019-06-20	<1%
10	Internet	docs.google.com	<1%
11	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%

12	Internet	www.scielo.org.mx	<1%
13	Trabajos entregados	Universidad de Sevilla on 2025-05-02	<1%
14	Publicación	Gonzalo R. Quintana, Natalia Tapia, Constanza Ávila, Katherine Araya. "Body Self-...	<1%
15	Internet	fidesetratio.ulasalle.edu.bo	<1%
16	Internet	www.frontiersin.org	<1%
17	Trabajos entregados	infopes on 2025-08-18	<1%

a) Resumen.

Introducción: La ingesta compulsiva e incontrolable juntamente con el sobrepeso y la obesidad dan origen a enfermedades no transmisibles. El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre adicción a las comidas, grasa corporal y riesgo cardiometabólico en estudiantes universitarios. Material y métodos: El estudio utilizó un diseño cuantitativo no experimental, correlacional, transversal; con un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra fue conformada por 258 estudiantes universitarios de 18 a 25 años de una institución privada de Lima-Perú. Los instrumentos empleados fueron la escala de adicción a las comidas (YFAS), Balanza de Bioimpedancia y ficha de registro; los datos recopilados fueron analizados por los softwares IBM SPSS Statistics, versión 29, y RStudio, versión 2025.05.1. Resultados: La muestra fue conformada mayormente por mujeres en un 69.8%, Las Mujeres presentaron mayores niveles de grasa corporal $M = 34.78$ vs varones $M = 22.07$, sin embargo en cuanto a la grasa visceral los varones mostraron mayores niveles $M = 5.18$ vs $M = 4.02$, por último según la regresión múltiple se evidenció una relación significativa en las 3 variables de estudio, la grasa corporal como la grasa visceral $\beta = .152$, $p = .013$ y $\beta = .273$, $p < .001$ lo que indica que a mayor porcentaje de dichas variables se asocia una mayor tendencia a adicción a las comidas. Conclusiones: El estudio evidenció una distribución diferenciada de la grasa según sexo, las mujeres presentaron mayor grasa corporal total; mientras que los varones mostraron niveles superiores de grasa visceral. Ambas variables demostraron ser predictores significativos de una mayor tendencia a la adicción a la comida, siendo la grasa visceral el factor de riesgo más fuerte conforme a los datos expresados en la media de esta variable en ambos géneros; estos hallazgos destacan la relevancia clínica de la grasa visceral en la conducta alimentaria adictiva.

b) Palabras clave

Adicción a las comidas (AC), grasa corporal y riesgo cardiometabólico.

Summary

1 Introduction: Compulsive and uncontrolled eating, together with overweight and obesity, contribute to the development of non-communicable diseases. The objective of this study was to evaluate the relationship between food addiction, body fat, and cardiometabolic risk in 2 university students. Materials and Methods: A quantitative, non-experimental, correlational, 6 and cross-sectional design was used, with non-probabilistic convenience sampling. The sample consisted of 258 university students aged 18 to 25 from a private institution in Lima, Perú. The instruments used were the Yale Food Addiction Scale (YFAS), a bioimpedance scale, and a registration form. 16 Data were analyzed using IBM SPSS Statistics (version 29) and RStudio (version 2025.05.1). Results: The sample consisted of 69.8% women and 30.2% men. Women showed higher levels of body fat ($M = 34.78$) compared to men ($M = 22.07$). However, men exhibited higher levels of visceral fat ($M = 5.18$) compared to women ($M = 4.02$). Multiple regression analysis revealed a significant relationship for all three-study variables: both body fat ($\beta = .152$, $p = .013$) and visceral fat ($\beta = .273$, $p < .001$) were associated with a greater tendency toward food addiction. Conclusions: The study revealed a differentiated distribution of fat by sex: women had higher total body fat, while men showed higher levels of visceral fat. Both variables were significant predictors of a greater tendency toward food addiction, with visceral fat being the strongest risk factor. These findings highlight the clinical relevance of visceral fat in addictive eating behavior.

Keywords: Food addiction (AC), body fat, cardiometabolic risk..

c) Introducción

El sobrepeso y la obesidad, caracterizados por el almacenamiento excesivo de grasa; son un desafío global (1). La OMS (Organización Mundial de la Salud) en el 2024 indicó que 2 500 millones adultos presentan sobrepeso y 800 millones obesidad; con un incremento proyectado del 14% al 24% para 2035 (2). Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud) del 2023, América Latina y el Caribe presenta una alta prevalencia en sobrepeso con 58% y obesidad 23% además los países con tasas más altas son Bahamas 69%, México 64% y Chile 63% (3). ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) en el 2023 muestra que el 61,3% de ciudadanos mayores de 15 años tienen exceso de peso [37.2% sobrepeso y 24.1% obesidad] (4).

El origen es multifactorial, destacando los hábitos alimentarios no saludables, y el consumo desmedido de alimentos ultra procesados (1)(5); cuando el consumo es descontrolado, se le define como “adicción a las comidas” (AC) el término utilizado por primera vez por Theron Randolph en el año 1956 que estimulan el sistema de recompensa cerebral, provocando una serie de respuestas neuroquímicas que fortalecen la ingesta (6)(7)(8). Este proceso se da por acción de la dopamina, un neurotransmisor liberado en grandes cantidades al consumir alimentos azucarados o grasos; generando sensaciones de placer, satisfacción y deseo recurrente (9)(10). Esta ingesta activa el sistema opioide del cerebro generando placer lo que explica el consumo compulsivo, similar al de otras adicciones (11)(12)(13).

Estudios evidencian el problema, como: Zegarra en el 2020 (Trujillo-Perú) en estudiantes de una I.E del nivel secundario refiere que el 38% de estos presentaron un exceso de peso de los cuales el 59% tuvieron alto consumo de alimentos ultra procesados (14). En similitud, Cutipa-Puma en el 2020 (Arequipa-Perú) en pacientes adultos en servicio de endocrinología

hospitalaria, halló una asociación positiva entre AC y estado nutricional, con mayor predisposición en mujeres (15). Asimismo, Lavielle et al en 2023 (México) su investigación en personas con diabetes tipo 2 mostró que el 54.2% presentaron AC principalmente en mujeres (16). También, Santos-Flores et al. en el 2022 (México) en su investigación de díadas de madres e hijos, resaltan la influencia de conducta alimentaria, mostrando resultados en sobrepeso u obesidad del 69.3% en madres y el 27.9% en hijos como también una alta sensibilidad a la recompensa y AC (17).

El continuo consumo de los alimentos palatables, incrementan la grasa corporal, predisponiendo a enfermedades cardiovasculares, metabólicas, trastornos mentales, fragilidad ósea y cáncer; incrementando la morbi-mortalidad (18)(19)(1)(5). Por ejemplo, Servan en el 2022 (Perú) encontró una estrecha relación entre la AC, depresión, ansiedad y estrés (7). Sin embargo, el problema de AC se puede disminuir como muestra Morales et al, en el 2023 (Colombia), en adultos con obesidad, hallando mediante intervenciones nutricionales reducción en un 90% los niveles de ácido araquidónico así como puntajes en la escala de AC (20).

Choque et al señalan una estrecha relación del consumo de alimentos ultra procesados y el sedentarismo, observando que este estilo de vida se vincula a una mayor frecuencia de consumo, empeorando la situación; por ello, es importante el consumo de alimentos no procesados y realizar actividad física (21). Por otro lado, la OMS recomienda la detección temprana del sobrepeso u obesidad (19). El IMC es la herramienta más utilizada para su diagnóstico relacionando el peso con la estatura; sin embargo, la bioimpedancia permite estimar el agua corporal, masa grasa y masa libre de grasa (22). Ante lo expuesto, este estudio pretende la concientización poblacional y tiene como objetivo evaluar la relación de la AC con la grasa corporal y riesgo cardiometabólico haciendo uso de la bioimpedancia.

d) Material y métodos

El estudio utilizó un enfoque cuantitativo- no experimental, de tipo correlacional y de corte transversal. Los participantes fueron los estudiantes de la Universidad Peruana Unión sede en Lima. En el estudio se recolectaron a 315 estudiantes de 18 a 25 años, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de los cuales se excluyeron a 57 por no cumplir satisfactoriamente con todos los criterios requeridos (firma del consentimiento informado, criterios de impedancia y completar el 100% de las preguntas de la escala YFAS) consiguientemente se explicó a los estudiantes que su participación era completamente voluntaria, asimismo se contó con la aprobación del comité de ética de investigación de la institución (resolución N°.....)

Ficha de registros

Para conocer las características de la población se utilizará una ficha de registros de datos sociodemográficos considerando la edad y sexo; según Anexo N°2.

Escala de adicción a las comidas.

La escala YALE FOOD ADDICTION SCALE (YFAS) fue diseñado por Gerhardt, Corbin, brownell entre el año 2009 y adaptado como validado a diversos idiomas, como al español el cual se realizó en Chile por Díaz Marín; esta versión es exclusiva para una población adulta exhibiendo un nivel de consistencia interna de 0,87 conforme al coeficiente alfa de la fórmula 20 de Kuder Richardson, con alto grado de confiabilidad (23). Es precisa para medir la AC en diversos contextos clínicos y de investigación, ampliamente aceptado en la comunidad científica; Está se divide por 8 criterios y consta de 25 interrogantes: Criterio N°1 adicción a las sustancias P 1-3; criterio N°2 incapacidad de abandono a la sustancia P 4, 22-25 criterio

Nº3 tiempo actividad y búsqueda para consumo de sustancias 5, 6, 7 criterio Nº4 abandono de actividades P8; 9, 10; 11, criterio Nº5 ingesta consciente de consecuencias p 17-19 criterio Nº6 tolerancia P 20, 21 criterio Nº7 ingesta para alivio de síntomas 12, 13, 14, criterio Nº8 efectos tras el abandono del consumo P 15, 16; y compuesta de preguntas que evalúan la relación de las personas con ciertos alimentos ya mencionados La mayoría de las preguntas son de tipo cerrado, que permiten identificar la frecuencia de los comportamientos ("nunca", "1 vez al mes", "2-4 veces al mes" y "4 o más veces a la semana"). Así mismo con preguntas con respuestas dicotómicas que están orientadas a experiencias específicas relacionadas con la alimentación (Si, No); para determinar la presencia de la AC, el individuo deberá alcanzar al menos 3 criterios.

Balanza de Bioimpedancia (OMRON HBF-514C).

El instrumento posee la capacidad de responder a las variables “grasa corporal” y “Riesgo Cardio Metabólico” (Grasa visceral) no invasiva, rápida y segura, mediante corriente eléctrica de baja intensidad de 50 kHz y menos de 500 µA que recorre los tejidos del organismo (tejido graso, muscular y agua) con distintos niveles de resistencia. Por ende, el dispositivo estima mediante cálculos matemáticos la cantidad de agua, grasa corporal, visceral y masa magra. Las balanzas OMRON, como la HBF-514C, son altamente aceptadas en más de 9 países de Sudamérica con alto nivel de precisión (24). un instrumento diseñado para la población adolescente y adulta de 18 – 25 años; se recomienda, seguir las indicaciones del manual de uso como ayuno por 3 hrs como mínimo, micción antes de ser evaluado y no realizar actividad física desde 12 hrs antes. ya que estos factores pueden alterar el contenido de agua corporal y afectar la medición (25)(26). La interpretación de los resultados se determinó según las tablas proporcionadas por el manual OMRON. **explicar solo lo que corresponde ala edad de la muestrara Anexo Nº4 y 5.**

Análisis estadístico

Los datos recopilados fueron vaciados en una hoja de Excel versión 2019 para su limpieza y codificación. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics, versión 29, y RStudio, versión 2025.05.1. Se emplearon estadísticas descriptivas, incluyendo frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Para la comparación entre grupos, se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes, junto con el cálculo de los coeficientes de efecto (d de Cohen). Asimismo, se utilizó un modelo de regresión múltiple para explicar la variable dependiente. Los intervalos de confianza fueron del 95% (IC) y el nivel de significancia estadística se estableció en 0,05.

e) Resultados

R1. (Tabla 1) La muestra de estudio (n=258) estuvo compuesta predominantemente por mujeres (69,8%; n=180), con una edad promedio de 20 años (M=20,12; DS = 2.19).

R2. (tabla 2) Respecto a la grasa corporal, la mayoría de los participantes presentó niveles por encima de lo normal, siendo las categorías "Elevado" (31,8%; n=82) y "Muy elevado" (30,2%, n=78) las más frecuentes, mientras que sólo una minoría (1,6%; n=4) se ubicó en el nivel "Bajo".

R3. (tabla 3) En cuanto a la grasa visceral, la gran mayoría de la muestra (9,8%; n=255) presentó un nivel clasificado como normal.

R4. (tabla 4) reveló que la mayor parte de los individuos (81,4%; n=210) fueron identificados con AC, en contraste con una minoría (18,6%; n=48) que no presentó este comportamiento.

R5. (Tabla 5) Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en grasa corporal según el sexo ($p < 0,001$; $d = 1,862$), las mujeres presentaron un mayor porcentaje de grasa corporal (n=180; M = 34,78; DS = 6.39) superior a los hombres (n=78; M = 22,07; DS = 7,74). Un patrón inverso se observó en la grasa visceral, siendo los hombres quienes mostraron mayores niveles (M = 5,18; DS = 2,64) que las mujeres (M = 4,02; DS = 1,21) ($p < 0,001$). En cuanto a la AC, no se identificaron diferencias significativas por sexo ($p = 0,809$), lo que indica niveles similares entre ambos grupos. Respecto a la edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables evaluadas.

R6. (Tabla 6) Al cruzar la AC con la grasa corporal, se observó que, de los 210 participantes con AC, 135 (52,3%) se concentraron en las categorías de grasa "Elevada" y "Muy elevada".

R7. (Tabla 7) El cruce entre AC y grasa visceral indicó que los 3 (1,16%) casos con nivel "Alto" de grasa visceral pertenecían al grupo con AC (n=210).

R8. (Tabla 8) El análisis del modelo de regresión múltiple para explicar la AC compara dos modelos, donde el Modelo 2 mostró un mejor ajuste en el análisis global e individual, el Modelo 2 fue estadísticamente significativo (R^2 ajustado = 0,112; $F = 17,278$; $p < 0,001$) y presentó una mayor eficiencia estadística ($BIC = 615$). El Modelo 2, tanto la grasa corporal como la grasa visceral fueron variables estadísticamente significativas para explicar la AC. En particular, la grasa corporal mostró una relación positiva significativa con la AC ($\beta = 0,152$; IC [0,032; 0,272]; $p = 0,013$), indicando que a mayor porcentaje de grasa corporal, mayores niveles de AC. Asimismo, la grasa visceral con la adicción a las comidas ($\beta = 0,273$; IC [0,154; 0,393]; $p < 0,001$), indicando que mayores porcentajes de grasa visceral o riesgo cardio metabólico alto se relacionan con una mayor tendencia a la AC. La grasa visceral es la variable que presenta mayor peso en la explicación de la AC ($\beta = 0,273$). En conjunto, la grasa corporal y la grasa visceral explican el 11,2% de la variabilidad en la adicción a las comidas.

g) Discusión

El objetivo del estudio fue la evaluación entre AC, la grasa corporal y riesgo cardiometabólico en universitarios. Asimismo, buscar la relación entre estas variables.

En la tabla 1 se muestra los datos referentes a la edad y género en esta investigación se trabajó con estudiantes de 18 – 25 años con un promedio de 20,12 conformado por un 69.8% de mujeres y 30,2% de hombres. Se trabajó con este grupo etario con el fin de evitar varianzas en los resultados. A diferencia del estudio realizado por Cutipa et al (15) sobre la asociación entre la AC, obesidad y sobrepeso en pacientes de consultorio externo de endocrinología del hospital regional Honorio Delgado Espinoza; quien trabajó con una población de 30-59 años con una edad promedio de 47.59 lo que explica por qué obtuvo mayor porcentaje de participantes con sobrepeso u obesidad, este concepto respalda Lerma et al (27) quienes indican que a mayor edad el ser humano tiende a hacer mayor acumulo de grasa y una menor actividad física, de la misma forma fue el caso con los resultados de otros investigadores como el de López et al (11) en su estudio de adicción a la comida, ingesta de grasas y perfil antropométrico en adultos peruanos donde el rango de edad que manejó fue de 18-59 años donde cerca del 50% de sus participantes presentaron un exceso de peso. Asimismo, en el trabajo de Obregón et al (13) de asociación de adicción a la comida y estado nutricional en universitarios chilenos se usó una muestra de edades de 18-39 con un promedio de $21,4 \pm 2,4$ años donde el 76% presentó normopeso; 18% sobrepeso y 3,5% obesidad, en este caso se puede observar que a pesar de manejar un amplio ratio de edad el promedio de su muestra pertenece a un grupo etario adulto joven lo cual influye significativamente en los resultados obtenidos. Sin embargo, los hallazgos en este estudio contradicen a la teoría bibliográfica predominante, ya que se registró un porcentaje de grasa corporal elevado en el 62% de los participantes, a pesar de tratarse de una población joven.

Respecto a la variable riesgo cardiometabólico representado por el porcentaje de grasa visceral las cifras fueron notablemente homogéneas ya que el 98% de los participantes presentaron bajo riesgo, con un promedio de 5,18 y 4,02%. Estos hallazgos son explicados por Pérez et al (28) quienes postulan que el sobre acumulo de grasa visceral es un indicador de la incapacidad del tejido adiposo subcutáneo de actuar como un protector metabólico, ya sea por lipodistrofia o hipertrofia que deriva en resistencia a la insulina. Hunter et al (29) indican que los individuos sedentarios almacenan aquel exceso de energía del tejido adiposo subcutáneo como grasa en los órganos el hígado, el corazón, el páncreas y otros. Eso podría explicar por qué los participantes expresan cifras bajas de acumulo de grasa visceral, siendo que la muestra considera personas de entre 18-25 años la cual tiene un nivel de actividad física activa.

En la tabla 8 se muestra que tanto la grasa corporal como la grasa visceral fueron variables estadísticamente significativas para explicar la adicción a las comidas indicando que a mayor porcentaje de grasa corporal ($\beta = 0,152$; $p = 0,013$) o grasa visceral ($\beta = 0,273$; $p < 0,001$) mayor será los niveles de AC. El modelo propuesto logra explicar el 11,2% de la variabilidad en la AC, resaltando la fuerte conexión fisiopatológica entre el exceso de adiposidad, particularmente la de tipo visceral. Sin embargo existen otros factores asociados como psicológicos, genéticos, ambientales o sociales involucrados en la etiología de la AC; los cuales son mecanismos neurobiológicos de recompensa involucrados en la AC, como posibles disruptores en los sistemas de dopamina y opioides (30). De la misma manera expone la tabla 6 corroborando de manera contundente en el análisis descriptivo, donde más de la mitad de la muestra (52,33%) presenta simultáneamente AC y un porcentaje de grasa corporal elevado o muy elevado. Esta concurrencia refuerza la hipótesis de una relación bidireccional: la AC podría conducir a un mayor consumo de alimentos ultra procesados y calóricos, promoviendo la acumulación de grasa corporal; a la inversa, un estado de exceso

de adiposidad podría alterar las señales de hambre, saciedad y recompensa, exacerbando los patrones de alimentación compulsiva y similar a la adicción. Estos resultados obtenidos se alinean y se van fortaleciendo por López et al (11) identificando una asociación significativa entre un mayor Índice de Masa Corporal (IMC) y la AC. Concretamente, la prevalencia de esta adicción fue notablemente superior en el grupo con exceso de peso (54,1%) en comparación con aquellos que no presentaban esta condición (38,6%), mostrando la diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Con referencia a la AC Morales et (20) en su aplicación de la escala YFAS con una versión modificada más la metodología de zhong huang; observó la disminución en un 90% cantidad de ácido araquidónico con 92 mg/dl después del tratamiento en adultos con obesidad de grado I y II en cual se evidencia resultados de estrecha relación con respecto a la AC, por otro lado Lavielle et al (16) observaron que el 54.2% de las personas con diabetes tipo 2 presentaron AC mayormente en mujeres, a diferencia de los resultados obtenidos en este estudio mostrando que el sexo no fue un factor relevante en dicha variable, indicando niveles similares entre ambos grupos con respecto a la AC. A si mismo Servan (7) indica que el 49,16 % de su población estudiada en un centro médico de Lima en adultos, presentó AC relacionada con depresión, ansiedad, y estrés; además se resalta un estilo de vida poco saludable en esta población, sumado a un comportamiento compulsivo de ingesta de grandes cantidades de alimentos; donde las señales de hambre, saciedad y recompensa se exacerban tras el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados. Choque et al (21) señalan que el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados en colaboración con el sedentarismo se vincula a un consumo frecuente de tales alimentos, contribuye a un consumo más afianzado de estos como consecuentemente da paso a la adicción alimentaria.

Conclusiones

1 El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre la adicción a las comidas, la
3 grasa corporal y el riesgo cardiometabólico (operacionalizado a través de la grasa visceral) en
una muestra de estudiantes universitarios de 18 a 25 años; a partir de los resultados obtenidos,
se puede concluir lo siguiente:

Se identificó una alta prevalencia concurrente de adiposidad anormal (62.0%) y AC (81.4%) en la población universitaria, siendo un problema de salud relevante en este grupo; además, se observó diferencias significativas en el perfil de grasa por sexo donde las mujeres presentaron mayor grasa corporal total, mientras que los hombres mostraron niveles superiores de grasa visceral; por otro lado la AC no varió entre sexos, mientras la grasa corporal como la grasa visceral se establecieron como predictores estadísticamente significativos de la AC, siendo la grasa visceral como el factor predictivo más fuerte ($\beta = .273, p < .001$). Así mismo, el modelo de regresión, que incluyó estas dos variables explica un 11.2% de la varianza en la AC, este resultado confirma una relación significativa, pero también evidencia que la adicción alimentaria es un fenómeno complejo y multifactorial, donde influyen otros elementos psicológicos, genéticos y ambientales no medidos en este estudio. En síntesis, esta investigación concluye que existe una relación significativa y clínicamente relevante entre la adiposidad (especialmente la de tipo visceral) y la AC en estudiantes universitarios, la cual está modulada por el sexo, pero no por la edad en esta etapa de la vida. Estos resultados subrayan la urgente necesidad de implementar programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito universitario que aborden de manera integral tanto los aspectos nutricionales y metabólicos como los conductuales y psicológicos, rompiendo el ciclo vicioso entre la alimentación adictiva y el deterioro de la salud metabólica.

Recomendaciones

Se recomienda ampliar el modelo actual mediante la incorporación de variables psicológicas (estrés, ansiedad, depresión) y de estilo de vida (dieta, sueño, actividad física) para explicar una mayor proporción de la varianza en la AC, más allá del 11,2% constatado. Asimismo, se sugiere desarrollar estudios longitudinales que permitan establecer relaciones de causalidad entre la adiposidad y la adicción alimentaria, y emplear metodologías más precisas como DEXA o biomarcadores inflamatorios para profundizar en el papel protagónico de la grasa visceral identificado en este estudio $\beta = .273$. Finalmente, replicar la investigación en poblaciones más diversas y con diferentes estados de salud.

12 i) *Conflicto de intereses y financiación*

Los autores declaran que no hay conflictos de intereses potenciales.

j) *Referencias bibliográficas*

1. Hernandez Rodríguez J, Moncada Espinal OM, Arnold Dominguez Y. Utilidad del índice de cintura /cadera en la detección del riesgo cardiometabolico en individuos sobrepesos y obesos. Revista de Endocrinología. 2019;0–16.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2024 [citado el 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Ministerio de salud (MINSA). A. SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA POBLACIÓN PERUANA. Perú; 2022.
4. Ministerio de Salud (MINSA). En el Perú, una de cada cuatro personas mayores de 15 años tiene obesidad - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 2024 [citado el 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1040352-en-el-peru-una-de-cada-cuatro-personas-mayores-de-15-anos-tiene-obesidad>
5. Pérez Berlanga G, Pérez Berlanga G. Los alimentos ultraprocesados como un tema de estudio de la bioética global. Medicina y ética [Internet]. el 2 de octubre de 2023 [citado el 18 de noviembre de 2024];34(4):935–98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662023000400935&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Basto JPM, Castro EDB, Sánchez DAF, Galindo LFP, Munevar DSR, Cañas SA, et al. La relación entre el sistema endocannabinoide y la adicción a la comida: una

revisión exploratoria. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. el 1 de julio de 2021;25(2):212–26.

7. Servan F. ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA COMIDA Y LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ADULTOS DEL CENTRO MÉDICO ANCIJE – LIMA, 2022 [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Privada del Norte; 2022 [citado el 13 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://orcid.org/>

8. Pedram P, Wadden D, Amini P, Gulliver W, Randell E, Cahill F, et al. Food Addiction: Its Prevalence and Significant Association with Obesity in the General Population. PLoS One [Internet]. el 4 de septiembre de 2013 [citado el 18 de noviembre de 2024];8(9):e74832. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0074832>

9. Agüera Z, Wolz I, Sánchez IM, Sauvaget A, Hilker I, Granero R, et al. Adicción a la comida: Un constructo controvertido. 2016;30.

10. Adams RC, Sedgmond J, Maizey L, Chambers CD, Lawrence NS. Food addiction: Implications for the diagnosis and treatment of overeating. Vol. 11, Nutrients. MDPI AG; 2019.

11. Lopez Lopez DE, Saavedra Román IK. Adicción a la comida, ingesta de grasas y perfil antropométrico en adultos peruanos. 2021;

12. Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monasteria VI, Miller D, et al. The Reward Deficiency Syndrome: A Biogenetic Model for the Diagnosis and Treatment of Impulsive, Addictive and Compulsive Behaviors. J Psychoactive Drugs [Internet]. 2000 [citado el 18 de noviembre de 2024];32:1–112. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.2000.10736099>

13. Obregón A, Fuentes J, Pettinelli P. Asociación entre adicción a la comida y estado nutricional en universitarios chilenos. Rev Med Chil [Internet]. el 14 de julio de 2015 [citado el 18 de noviembre de 2024];143(5):589–97. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

14. Zegarra León EG. Consumo de comida rápida, alimentos ultra procesados y su relación con el estado nutricional en estudiantes de la I.E. José Olaya, La Esperanza - Trujillo 2020. [Perú]: Universidad César Vallejo; 2020.

15. Cutipa F. ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LOS ALIMENTOS Y LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN PACIENTES DE CONSULTORIO EXTERNO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. [Perú]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA; 2020.

16. Lavielle P, Gómez-Díaz RA, Valdez AL, Wachter NH. Comportamiento de adicción a la comida en pacientes recientemente diagnosticados con diabetes tipo 2. Gac Med Mex. el 1 de septiembre de 2023;159(5):426–33.

17. Santos-Flores JM, Cárdenas-Villarreal VM, Gutiérrez-Valverde JM, Pacheco-Pérez LA, Paz-Morales M de los Á, Guevara-Valtier MC, et al. Sensibilidad a la recompensa, adicción a la comida y obesidad en madres e hijos. Sanus [Internet]. el 20 de octubre de 2021 [citado el 13 de febrero de 2025];6:e187. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942021000100304&lng=es&nrm=iso&tlng=es

18. Martí A, Calvo C, Martínez A, Martí A, Calvo C, Martínez A. Consumo de alimentos ultraprocesados y obesidad: una revisión sistemática. *Nutr Hosp* [Internet]. 2021 [citado el 13 de febrero de 2025];38(1):177–85. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000100177&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Crimarco A, Landry MJ, Gardner CD. Ultra-processed Foods, Weight Gain, and Co-morbidity Risk. *Curr Obes Rep* [Internet]. el 1 de septiembre de 2021 [citado el 18 de noviembre de 2024];11(3):80. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8532572/>

20. Morales JP, Agudelo S, Baracaldo CM, Londoño-Lemos M, Poveda E. Correlación entre la adicción a la comida y niveles del ácido araquidónico en adultos con obesidad tras intervenciones nutricionales. *Salud UIS*. el 6 de julio de 2023;55(1).

21. Choque Quispe M, Mamani Arriola MM, Rivera Valdivia K. Consumo de Alimentos Procesados y Ultraprocesados, y su Relación con la Actividad Física en Adolescentes. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*. el 30 de junio de 2023;14(2):111–21.

22. San Miguel-Simbrón JL. Índice de masa corporal vs Análisis de impedancia Bioeléctrica en residentes de gran altitud: Visión desde la fisiología de altura. *Cuadernos Hospital de Clínicas* [Internet]. 2019 [citado el 18 de noviembre de 2024];60(ESPECIAL):33–44. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-677620190003000006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

23. De E, Pública S. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO YFAS PARA MEDIR ADICCIÓN A LA COMIDA. Chile; 2014.

24. OMRON. Manual de instrucciones Balanza de control corporal modelo HBF-514C. 2017. p. 0–42.

25. Arias K. Análisis comparativo del agua corporal total medida por bioimpedancia eléctrica y las fórmulas convencionales en jóvenes de una universidad privada de Lima-este. 2019.

26. Alvero Cruz JR, Correas Gómez L, Rinconi M, Fernández Vázquez R, Porta i Manzanido J. *Rev Andaluza de Medicina del Deporte*. 2011 [citado el 18 de noviembre de 2024]. p. 4–174 La bioimpedancia eléctrica como método de estimación de la composición corporal, normas prácticas de utilización. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-pdf-X1888754611937896>

27. Lerma-Cabrera JM, Carvajal F, Lopez-Legarrea P. Food addiction as a new piece of the obesity framework. *Nutr J* [Internet]. el 13 de enero de 2016 [citado el 8 de septiembre de 2025];15(1):1–5. Disponible en:

<https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12937-016-0124-6>

28. Pérez Miguelsanz J, Cabrera Parra W, Moreiras GV, Garaulet M. Distribución regional de la grasa corporal. Uso de técnicas de imagen como herramienta de diagnóstico nutricional REGIONAL DISTRIBUTION OF THE BODY FAT. USE OF

IMAGE TECHNIQUES AS TOOLS FOR NUTRITIONAL DIAGNOSIS. Nutr Hosp. 2010;25(2):207–23.

29. Hunter GR, Gower BA, Kane BL. Age Related Shift in Visceral Fat. Int J Body Compos Res [Internet]. el 1 de septiembre de 2010 [citado el 8 de septiembre de 2025];8(3):103. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4018766/>

30. Emilio Carranza Quispe Resumen L. Fisiología del apetito y el hambre. Enfermería Investiga [Internet]. el 30 de julio de 2016 [citado el 8 de septiembre de 2025];1(3 Sep):117–24. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/754>

Tablas, gráficos y figuras

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas de la muestra de estudio (n=258)

	n/M	%/DS
Edad	M=20.12	DS=2.19
Sexo		
Masculino	78	30.2
Femenino	180	69.8

Nota. M= Media, DS= Desviación Estándar

Tabla 2. Frecuencias*Grasa Corporal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	4	1,6	1,6	1,6
Normal	94	36,4	36,4	38,0
Elevado	82	31,8	31,8	69,8
Muy elevado	78	30,2	30,2	100,0
Total	258	100,0	100,0	

Tabla 3. Frecuencias*Grasa Visceral.

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	Norma 1	255	98,8	98,8	98,8
	Alto	3	1,2	1,2	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

Tabla 4. Frecuencias*Adicción a las comidas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin Adicción	48	18,6	18,6	18,6
	Con Adicción	210	81,4	81,4	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

Tabla 5. Análisis de las variables grasa corporal, grasa visceral y adicción a las comidas.

		Grasa corporal	Grasa visceral	Adicción a las comidas
Sexo1	General (M, DS)	30.94 (8.98)	4.37 (1.84)	3.11 (.82)
	Masculino (M, DS)	22.07 (7.74)	5.18 (2.64)	3.09 (.83)
	Femenino (M, DS)	34.78 (6.39)	4.02 (1.21)	3.12 (.81)
	<i>p</i>	< .001***	< .001***	0.809
	<i>IC</i>	[-14.529, -10.886]	[.686, 1.628]	[-.245, .191]
	<i>d</i>	1.862	0.656	0.033
Edad 1	18 a 21 años (M, DS)	30.89 (9.09)	4.26 (1.87)	3.11 (.84)
	22 a 25 años (M, DS)	31.13 (8.61)	4.78 (1.69)	3.09 (.73)
	<i>p</i>	0.852	.063	.845
	<i>IC</i>	[-2.94, 2.444]	[-1.069, .028]	[-.222, .267]
	<i>d</i>	0.028	0.284	0.027

Nota. M = Media; DS =Desviación Estándar; T de Student1; IC = Intervalo de Confianza al 95%; d = d de Cohen; p valor significativo = ***p<.001.

Tabla 6. cruzada Adicción a las Comidas*Grasa Corporal.

		Grasa Corporal				Total
		Bajo	Normal	Elevado	Muy elevado	
Adicción a las Comidas	Sin Adicción	2	21	18	7	48
	Con Adicción	2	73	64	71	210
Total		4	94	82	78	258

Tabla 7. cruzada Adicción a las Comidas*Grasa Visceral.

		Grasa Visceral		Total
		Normal	Alto	
Adicción a las Comidas	Sin Adicción	48	0	48
	Con Adicción	207	3	210
Total		255	3	258

Tabla 8. Modelo de regresión múltiple.

Modelo	Coefficientes estandarizados		t	TOL	VIF	p
	β	IC				
(Constante)			5.217			<.001***
1 Grasa corporal	0.161	[.031, .272]	1.63	0.358	2.797	0.104
Grasa visceral	0.273	[.158, .400]	3.474	0.561	1.782	.001**

Sexo	-0.01	[-.269, .196]	-0.105	0.351	2.852	0.916
Edad	-0.042	[-.243, .222]	-0.698	0.982	1.019	0.486
2 (Constante)			11.495			< .001***
Grasa corporal	0.152	[.032, .272]	2.502	0.933	1.071	.013*
Grasa visceral	0.273	[.154, .393]	4.494	0.933	1.071	< .001***

Nota. Variable dependiente: Adicción a las comidas; p valor significativo =***p<.001, **p<.01. *p<.05; Modelo 1: R2 ajustado= .107, ANOVA F (F = 8.715, p < .001), BIC= 626; Modelo 2: R2 ajustado = .112, ANOVA F (F = 17.278, p < .001), BIC= 615, Los valores de tolerancia (TOL) y del factor de inflación de la varianza (VIF) indican la ausencia de problemas significativos de multicolinealidad entre las variables del modelo. IC = Intervalo de Confianza al 95%.