

Artículo Científica_corregido.docx

 My Files My Files Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:543630402

Fecha de entrega

30 dic 2025, 3:34 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

30 dic 2025, 3:57 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

Artículo Científica_corregido.docx

Tamaño del archivo

482.3 KB

23 páginas

9548 palabras

55.511 caracteres

9% 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 8 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 7%  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

- 8%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 7%  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	Internet	www.renhyd.org	<1%
2	Internet	renhyd.org	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Europea de Madrid on 2024-10-01	<1%
4	Internet	cdn.www.gob.pe	<1%
5	Internet	hdl.handle.net	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Catolica De Cuenca on 2020-08-07	<1%
7	Trabajos entregados	UNIBA on 2025-12-15	<1%
8	Internet	repositorio.unap.edu.pe	<1%
9	Internet	revista.nutricion.org	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad de Extremadura on 2017-11-02	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad de Burgos UBUCEV on 2025-01-09	<1%

12	Internet	repositorio.upeu.edu.pe	<1%
13	Internet	www.researchgate.net	<1%
14	Trabajos entregados	Universidad TecMilenio on 2024-01-21	<1%
15	Trabajos entregados	Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2024-05-03	<1%
16	Publicación	Mercedes Vernetta Santana, Eva M. Peláez, Leopoldo Ariza, Jesús López Bedoya. "...	<1%
17	Trabajos entregados	UNIV DE LAS AMERICAS on 2023-07-31	<1%
18	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
19	Internet	www.coursehero.com	<1%
20	Internet	1library.co	<1%
21	Publicación	Maria del Mar Bibiloni, Jordi Fernández-Blanco, Noemí Pujol-Plana, Núria Martín...	<1%
22	Trabajos entregados	Ponce Health Sciences University on 2025-04-28	<1%
23	Internet	repositorio.uide.edu.ec	<1%
24	Trabajos entregados	ULACIT Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología on 2023-11-06	<1%
25	Internet	ciencialatina.org	<1%

26	Internet	kviv1340.com	<1%
27	Internet	www.tdx.cat	<1%
28	Publicación	Alexandra Valencia-Peris, José Devís-Devís, Carmen Peiró-Velert. " Involvement in ...	<1%
29	Publicación	G. Melegari, F. Arturi, G. Vaccari, F. Gazzotti, E. Bertellini, L. Astore, G. Della Casa, ...	<1%
30	Trabajos entregados	Universidad Científica del Sur on 2023-12-03	<1%
31	Trabajos entregados	Universidad ESAN -- Escuela de Administración de Negocios para Graduados on 2...	<1%
32	Trabajos entregados	Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion on 2025-12-18	<1%
33	Internet	docplayer.es	<1%
34	Internet	dspace-uh-tmp.igniteonline.la	<1%
35	Internet	revistas.rcaap.pt	<1%
36	Internet	www.nutricionhospitalaria.org	<1%
37	Trabajos entregados	Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2025-09-22	<1%
38	Trabajos entregados	Universidad Europea de Madrid on 2022-03-18	<1%
39	Trabajos entregados	Universidad TecMilenio on 2024-01-30	<1%

40	Trabajos entregados	Universidad de Almeria on 2025-06-09	<1%
41	Internet	acronyms.thefreedictionary.com	<1%
42	Internet	issuu.com	<1%
43	Internet	ojs.ecologiaaustral.com.ar	<1%
44	Internet	recyt.fecyt.es	<1%
45	Internet	repositorio.uflo.edu.ar	<1%
46	Internet	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1%
47	Internet	rraae.cedia.edu.ec	<1%
48	Trabajos entregados	Consortio CIXUG on 2024-06-25	<1%
49	Trabajos entregados	Universidad de las Islas Baleares on 2018-05-29	<1%
50	Internet	academica-e.unavarra.es	<1%
51	Internet	cybertesis.unmsm.edu.pe	<1%
52	Internet	ddd.uab.cat	<1%
53	Internet	digibug.ugr.es	<1%

54	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
55	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
56	Internet	rsdjournal.org	<1%
57	Internet	www.mdpi.com	<1%

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Factores sociodemográficos, percepción del etiquetado frontal y su asociación con la adherencia a la Dieta Mediterránea en pacientes post operados de cirugía bariátrica, Lima - Perú

Trabajo de Investigación para obtener el Grado Académico de Maestro(a) en Salud Pública
con mención en gestión de servicios de salud

Autores:

Sila Maribel Laboriano Milián

Lesly Pamela Palomino Ruiz

Asesor:

Mg. Yaquelin Eveling Calizaya Milla

Lima, diciembre de 2025

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, Yaquelin Eveling Calizaya Milla, docente de la Unidad de Posgrado de Salud Pública, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, PERCEPCIÓN DEL ETIQUETADO FRONTAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES POST OPERADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA, LIMA - PERÚ”** de los autores Sila Maribel Laboriano Milián y Lesly Pamela Palomino Ruiz, tiene un índice de similitud de % verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de, a los días del mes de del año 20....



Yaquelin Eveling Calizaya Milla

«NUMERO»

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a 30 día(s) del mes de diciembre del año 2025 siendo las 09:30 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Dr. Daniel William Richard Pérez el (la) secretario(a): Mtro. Wilter Eyvi Mardel Morales García y los demás miembros: Mg. Elisa Romy Rodriguez Lopez y la Mg. Karen Lizzeth Flores Quiliche y el (la) asesor(a) Yaquelin Eveline Calizaya Milla, con el propósito de administrar el acto académico de sustentación del trabajo de investigación titulado: "Factores sociodemográficos, percepción del etiquetado frontal y su asociación con la adherencia a la Dieta Mediterránea en pacientes post operados de la cirugía bariátrica, Lima- Perú" del (de la) / (los) / (las) candidato(a) / s a). Sila Maribel Laboriano Milián b). Lesly Pamela Palomino Ruiz ; conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en: Salud Pública.

Gestión de los Servicios de Salud

(Denominación del Grado Académico)

El presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (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 al (a la) / a (los) (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 a). Sila Maribel Laboriano Milián b). Lesly Pamela Palomino Ruiz

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	20	A+	Con nominación de Excelencia	Excelente

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (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.

Presidente/a

Secretario/a

Asesor/a

Miembro

Miembro

Candidato/a (a)

Candidato/a (b)

Candidato/a (c)

(*)Tabla de Calificación

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Líteral	Cualitativa	
APROBADO	20	A+	Con nominación de Excelente	Excelencia
	19	A		
	18	A-	Con nominación de Muy Bueno	Sobresaliente
	17	B+		
	16	B	Con nominación de Bueno	Muy Bueno
	15	B-		
	14	C	Con nominación de Aceptable	Bueno
DESAPROBADO	Menos de 14	D	Con nominación de Deficiente	Insuficiente

2

Factores sociodemográficos, percepción del etiquetado frontal y su asociación con la adherencia a la Dieta Mediterránea en pacientes post operados de cirugía bariátrica, Lima - Perú

Sociodemographic Factors, Perception of Front-of-Package Labeling, and their Association with Mediterranean Diet Adherence in Post-Bariatric Surgery Patients, Lima - Perú

Sila Maribel Laboriano Milián¹, Lesly Pamela Palomino Ruiz²

¹Unidad de Salud Pública, Escuela de Posgrado, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

²Unidad de Salud Pública, Escuela de Posgrado, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

Antecedentes: La cirugía bariátrica genera cambios fisiológicos y conductuales significativos que influyen directamente en los hábitos alimentarios. Sin embargo, aún persisten desafíos para mantener la adherencia a patrones alimentarios saludables a largo plazo. En ese sentido, el etiquetado frontal emerge como herramienta clave para orientar las elecciones alimentarias.

Objetivo: Analizar la asociación entre los factores sociodemográficos y la percepción del etiquetado nutricional frontal con la adherencia a la dieta mediterránea en pacientes post operados de cirugía bariátrica en Lima. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal en una muestra de 200 pacientes post operados de cirugía bariátrica en una clínica privada de Lima, Perú entre 18 a 59 años ($M = 36,9$, $DE = 11,54$). La Adhesión a la Dieta Mediterránea se evaluó mediante el Test de KIDMED, y el Etiquetado Frontal se midió mediante un cuestionario y una ficha sociodemográfica. El estado nutricional se obtuvo mediante datos antropométricos extraídos de las historias clínicas, y la presencia de enfermedades no transmisibles (ENT) fue autorreportada. El análisis incluyó estadística descriptiva, pruebas bivariadas y modelos de regresión logística.

Resultados: Los hallazgos muestran que una percepción positiva del etiquetado frontal se asocia significativamente con una mayor adherencia a la dieta mediterránea ($p < 0.05$), mientras que los factores sociodemográficos tradicionales no mostraron una influencia estadísticamente relevante. Esto sugiere que los cambios fisiológicos, conductuales y motivacionales derivados de la cirugía bariátrica podrían tener un efecto modulador sobre estos factores sociodemográficos.

Conclusión: La percepción favorable del etiquetado frontal se presenta como un determinante relevante en la adherencia a patrones dietéticos saludables en pacientes post bariátricos, lo que resalta la necesidad de integrar estrategias educativas basadas en el uso del etiquetado nutricional durante el seguimiento postoperatorio.

Palabras clave: etiquetado frontal de alimentos, dieta mediterránea, cirugía bariátrica, percepción, obesidad, pérdida de peso.

3

Background: Bariatric surgery induces significant physiological and behavioral changes that directly influence eating habits. However, challenges remain in maintaining long-term adherence to healthy dietary patterns. In this context, front-of-pack nutritional labeling has emerged as a key tool to guide food choices.

Objective: To analyze the association between sociodemographic factors and the perception of front-of-pack nutritional labeling with adherence to the Mediterranean diet in post-bariatric surgery patients in Lima.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted in a sample of 200 post-bariatric surgery patients aged 18 to 59 years ($M = 36.9$, $SD = 11.54$) from a private clinic in Lima, Peru. Adherence to the Mediterranean diet was assessed using the KIDMED test, while front-of-pack labeling perception was measured through a questionnaire and a sociodemographic data sheet. Nutritional status was obtained from anthropometric data extracted from medical records, and the presence of non-communicable diseases (NCDs) was self-reported. The analysis included descriptive statistics, bivariate tests, and logistic regression models.

Results: The findings indicate that a positive perception of front-of-pack labeling is significantly associated with higher adherence to the Mediterranean diet ($p < 0.05$), whereas traditional sociodemographic factors did not show a statistically significant influence. This suggests that the physiological, behavioral, and motivational changes resulting from bariatric surgery may exert a moderating effect on these sociodemographic factors.

Conclusion: A favorable perception of front-of-pack nutritional labeling emerges as a relevant determinant of adherence to healthy dietary patterns among post-bariatric patients, highlighting the need to integrate educational strategies based on nutritional labeling into postoperative follow-up care.

Keywords: front-of-pack food labeling, Mediterranean diet, bariatric surgery, perception, obesity, weight loss.

Introducción (Estado del arte)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sobrepeso y obesidad como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, por lo tanto, representan un problema de salud pública, considerada como la gran pandemia del siglo XXI (Panduro-Barón et al., 2021). La obesidad afecta negativamente a nivel fisiológico y causa efectos patogénicos y ciertas comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, apnea del sueño, cáncer, disfunción cognitiva, etc. (Andromalos et al., 2019).

7 A nivel mundial, en el año 2022 la OMS refirió que más de 2500 millones de adultos de 18 años o más presentaban sobrepeso, de los cuales alrededor de 890 millones eran obesos. Esto equivale al 43% de la población de esas edades, con una distribución similar entre hombres y mujeres de 43% y 44% respectivamente. Estas cifras muestran un aumento significativo respecto a 1990, cuando solo el 25% de los adultos tenían sobrepeso (World Health Organization, 2004).

17 En América Latina, el sobrepeso y la obesidad se han triplicado en los últimos 50 años, posicionando a la región como una de las zonas con mayor prevalencia. Actualmente esta condición afecta al 62.5% de la población, y si nos centramos únicamente en la obesidad, se ha encontrado que esta condición afecta al 28% de los adultos, siendo más común en mujeres que en varones con 31% y 26% respectivamente. Sin embargo, esta epidemia no es diferente en niños y adolescentes, dado que se ha reportado cifras de 33.6% para este grupo etario. Esto podría asociarse principalmente a dietas desprovistas de micronutrientes esenciales, con escasez de frutas y vegetales y un alto consumo de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2023a, 2023b).

18 31 8 En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) a través del informe "Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles 2023", señala que el 61.3% de personas de 15 años a más padece de exceso de peso (incluye las situaciones de sobrepeso y obesidad), en donde las mujeres presentaron una mayor proporción de exceso de peso en comparación con los varones. Cabe destacar que, en este mismo informe, se reporta que, solo el 9.5% de las personas de 15 años a más consumen al menos cinco porciones de frutas y/o ensaladas de verduras al día, siendo las mujeres quienes tienen un mayor consumo respecto a los hombres (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2024).

4 4 Por su parte, en el informe del perfil del consumidor peruano, se reporta que cuatro de cada diez consumidores afirman leer de manera habitual las etiquetas de los productos que van a consumir, mientras que para el 44.0% la información le resulta fácil de entender, y el 25.8% desconfían de dicha información; además, se reportó que el 60.6% afirma tener una dieta balanceada, siendo más común esta práctica entre personas de mayor edad. Estas estadísticas reflejan que no todos los consumidores tienen el hábito de lectura y mucho menos comprenden la información que encuentran en las etiquetas nutricionales (Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, 2021).

15 6 Está ampliamente comprobado que la pérdida de peso reduce la mortalidad, mientras que las intervenciones en el estilo de vida y la terapia médica no han resultado eficaces para lograr una pérdida de peso. Actualmente la cirugía bariátrica es la modalidad de tratamiento más efectiva para lograr una pérdida de peso y reducciones demostrables de mortalidad, así mismo la cirugía bariátrica ha demostrado ser eficaz para la remisión de comorbilidades y mejorar la calidad de vida (Pajuelo Ramírez et al., 2019). El tratamiento quirúrgico válido en adolescentes y adultos con IMC ≥

14 40 kg/m² o con IMC = 35 kg/m² con comorbilidades asociadas a la obesidad, se considera que una cirugía bariátrica exitosa es aquella donde existe una pérdida de peso de al menos el 50% del exceso corporal. Dentro de los procesos de cirugía bariátrica se encuentra, la manga gástrica, el by pass gástrico, entre otros procedimientos (Frigolet et al., 2020). Actualmente más del 80% de la cirugía realizada en todo el mundo corresponde a la manga gástrica y el By pass, en Colombia entre 2014 a 2019, se realizaron un total de 484 procedimientos bariátricos, el rango de edad varió entre 31 y 67 años (Mikler et al., 2021). Sin embargo, si los pacientes post operados no modifican sus estilos de vida, alimentación, ejercicio, etc. Se puede evidenciar la reganancia de peso a largo plazo, es por ello que después de la cirugía es importante la intervención del equipo multidisciplinario que incluye psicología, nutrición para 48 ayudar al paciente a mejorar su calidad de vida, educar sobre alimentación saludable e identificar alimentos no saludables, ya que existe escasa información sobre ello. 47

Una de las estrategias para reducir la incidencia de la obesidad es la implementación de un modelo de etiquetado frontal que proporcione información clara y simple a la población sobre información nutricional (Pineda Soto & Estrada Oré, 2020). En Latinoamérica, en el 2014 Ecuador fue el primer país en implementar, en el 2016 Chile aprobó un etiquetado de advertencia octogonal obligatoria, en Perú el 2019 fue implementado y aprobado por el MINSA mediante el reglamento de la ley N° 30021, Ley de promoción de la alimentación saludable (Pineda Soto & Estrada Oré, 2020).

A lo largo del tiempo se han realizado diversas investigaciones relacionadas al estado nutricional de los adultos, sin embargo, han sido pocas las investigaciones que se han hecho referentes al uso del etiquetado nutricional relacionados con la calidad de la dieta en esta población de estudio; por ello, se ha decidido llevar a cabo esta investigación con el propósito de determinar el uso del etiquetado nutricional y su relación con la calidad de la dieta en pacientes bariátricos. 2 25 55

Metodología

Diseño y Participantes

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal entre octubre y diciembre de 2024 mediante un formulario en línea, así como una entrevista presencial utilizando un cuestionario en pacientes post operados de cirugía bariátrica de una clínica privada ubicada en el distrito de Pueblo Libre, Lima – Perú. Previo al inicio del estudio, el Comité de Ética de la clínica privada otorgó el permiso para el inicio del estudio, cumpliendo con las declaraciones de Helsinki y las normativas del comité de ética. Durante todo el proceso de investigación, se garantizó la confidencialidad de las respuestas proporcionadas por los participantes. 12

La muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y se determinó con una calculadora electrónica (Soper versión 4.0 2024) que consideró los siguientes factores: tamaño de efecto previsto (0.15), nivel de probabilidad (0.05) y los niveles de potencia estadística deseada (0.80), y con 14 predictores. Para este estudio se consideraron una muestra de 200 pacientes bariátricos mayores de 18 años (Hernández Sampieri et al., 2014).

Instrumentos

Se utilizó una ficha de registro; la cual comprende la siguiente estructura: instrucciones, datos generales como edad, género, grado de instrucción, estado civil, datos de mediciones antropométricas tales como peso, talla para el IMC, las cuales fueron autoinformados. Para identificar el estado nutricional se realizaron las evaluaciones antropométricas de peso, talla y serán comparados con las tablas de IMC para la edad de adultos OMS 2007 y fueron clasificadas de la 12

siguiente manera: $IMC < 18.5$ = Bajo peso, $IMC 18.5 - 24.9$ = Peso normal, $IMC 25.0 - 29.9$ = Sobrepeso, $IMC > 30.0$ = Obesidad. Se codificó en: Percepción de exceso de peso Si=1, No=2 (World Health Organization, 2004).

Calidad de la dieta: para evaluar el estado de ingresos dietéticos, se utilizó el test de KIDMED (Vilugrón et al., 2022) que consta de 16 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no). A las respuestas positivas en los ítems relacionados con hábitos saludables (12 ítems) como: consumo de frutas, verduras, pescado, legumbres, cereales, frutos secos, aceite de oliva y lácteos, se les asignó el valor de +1. A las afirmaciones relacionadas con hábitos no saludables (4 ítems) como: consumo de comida rápida, saltarse el desayuno, repostería, galletas, dulces y golosinas, se les asignó un puntaje de -1, mientras que para las respuestas negativas a estos ítems recibieron un puntaje de 0. El puntaje final se calculó sumando los valores obtenidos de las 16 preguntas. Una puntuación de 4 a 12 indica una adhesión media-alta, de 0 a 3 puntos una adhesión baja. Este test ha sido previamente aplicado en estudios realizados con estudiantes universitarios. Este instrumento es previamente validado, se ha evaluado su confiabilidad mediante el método test-retest, reportando una concordancia de moderada a excelente ($\kappa = 0,611$; $p < 0,001$) (Serra-Majem et al., 2004).

Para evaluar la percepción sobre el etiquetado frontal de alimentos, la tendencia de compra y el consumo de productos ultraprocesados, se empleó un cuestionario previamente diseñado y validado en Perú (Mejía et al., 2019). El instrumento consta de 10 preguntas cerradas con respuestas en una escala de Likert de cinco categorías: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Además, incluye cinco preguntas adicionales relacionadas con preferencias de sabor (dulce o salado) y la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias (colesterol, triglicéridos o ambos). Para los fines del estudio, la presencia de enfermedades no transmisibles (ENT) se codificó como Sí = 1 y No = 2.

El cuestionario presenta un alfa de Cronbach de 0,69, lo que indica un nivel moderado de consistencia interna. Asimismo, ha sido aplicado en población peruana, demostrando una adecuada pertinencia cultural (Casas-Caruajulca et al., 2021).

Procedimiento

El estudio fue desarrollado conforme a la aprobación del Comité de Ética de una universidad peruana con el código 2025-CEEPG-00046, antes de la recolección de datos. Este proceso garantizó el cumplimiento de los principios de la Declaración de Helsinki y las buenas prácticas en investigación con seres humanos. La recolección de datos se realizó de manera presencial y virtual, según la modalidad de atención del paciente. La recolección de datos se llevó a cabo durante un periodo de 3 meses. Entre octubre a diciembre de 2024, en una clínica privada de Lima. Se invitó a participar a los pacientes post operados de cirugía bariátrica mediante dos modalidades: de manera virtual, a través de una encuesta en línea elaborada en la plataforma de Microsoft Forms; y de forma presencial, utilizando fichas impresas con el mismo cuestionario estructurado. Previo a su participación, cada paciente recibió información clara y detallada sobre los objetivos del estudio, los posibles beneficios y riesgos, y las garantías de confidencialidad de sus datos. Asimismo, se solicitó y obtuvo el consentimiento informado de forma voluntaria y explícita. Este proceso reafirmó el compromiso del equipo investigador con la ética, el respeto a la autonomía de los participantes y la integridad científica del estudio.

Análisis de datos

38

33

28

3

Los datos fueron analizados utilizando el software IBM SPSS Statistics, versión 28. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencia, porcentajes, medias y desviaciones estándar para caracterizar la muestra y las variables de estudio. Para explorar asociaciones entre la adherencia a la dieta mediterránea y variables sociodemográficas, clínicas y de percepción del etiquetado nutricional, se emplearon pruebas de asociación, incluyendo la prueba U de Mann–Whitney para comparar grupos con distribuciones no normales. Finalmente, se llevó a cabo una regresión logística binaria para identificar los predictores de alta adherencia a la dieta mediterránea. Dado que no se conocían a priori los factores influyentes, se utilizó inicialmente el método de selección Backward (Wald), y posteriormente se construyó un modelo reducido con el método INTRO, incluyendo únicamente las variables que resultaron estadísticamente significativas.

Resultados

Los resultados presentados en la Tabla 1, muestran que los participantes tienen una edad promedio de 36,9 años. La mayoría fueron mujeres (62,5%), con estudios universitarios (41,5%) y solteros (65,5%). En cuanto a hábitos alimentarios, el 61,0% reportó consumir alimentos poco o nada salados y el 62,5% prefería alimentos poco o nada dulces. Además, se observa que el 65,0% de los participantes tiene exceso de peso. el 39,5% tenía dislipidemias, el 12,0% hipertensión arterial y el 8,5% diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variables	Subgrupos	Números (%), media, $\pm$ DE
Edad		36,9 $\pm$ 11,54 años
Sexo	Femenino	125 (62.5%)
	Masculino	75 (37.5%)
Educación	Básico	49 (24.5%)
	Técnico	68 (34.0%)
	Universitario	83 (41.5%)
Estado civil	Soltero (a)	131 (65.5%)
	Casado (a)	63 (31.5%)
	Divorciado (a)	6 (3.0%)
El salado de sus alimentos es	Poco o nada salados	122 (61.0%)
	Muy o regularmente salados	78 (39.0%)
El dulce de sus alimentos es	Poco o nada dulces	125 (62.5%)
	Muy o regularmente dulces	75 (37.5%)
Padece de Hipertensión Arterial	Si	24 (12.0%)
	No	176 (88.0%)
Padece de Diabetes Mellitus T2	Si	17 (8.5%)
	No	183 (91.5%)
Padece de Dislipidemias	Si	79 (39.5%)
	No	121 (60.5%)
IMC	Normopeso	70 (35.0%)
	Sobrepeso	99 (49.5%)
	Obesidad	31 (15.5%)

DE = Desviación Estándar; IMC = Índice de Masa Corporal

3

En la Tabla 2 se observa que el 44% de los pacientes estuvo de acuerdo en que el octógono del paquete influye en su elección de productos, mientras que el 38.5% consideró que los precios y promociones también afectan su decisión de compra. Respecto a las barreras percibidas, el 30.5%

indicó no saber interpretar los octógonos y el 31.5% manifestó no recibir orientación para elegirlos adecuadamente. Además, el 34% estuvo totalmente de acuerdo con la aplicación de los octógonos en el Perú, y el 34.5% expresó conformidad con el diseño del etiquetado. Por otro lado, solo el 24% dijo conocer los niveles óptimos de sal, el 25.5% los de azúcar, y el 25% los de grasas saturadas, lo que refleja un conocimiento nutricional limitado en estos aspectos.

Tabla 2. Percepción de los pacientes bariátricos acerca de la implementación del etiquetado nutricional enfrente de los envases

Premisa/pregunta	Totalmente desacuerdo n,(%)	Desacuerdo n,(%)	Medio n,(%)	De acuerdo n,(%)	Totalmente de acuerdo n,(%)
¿Cree que el octógono del paquete influye sobre su elección?	17 (8.5%)	29 (14.5%)	47 (23.5%)	88 (44%)	19 (9.5%)
¿Los precios y promociones influyen sobre su compra?	20 (10%)	33 (16.5%)	43 (21.5%)	77 (38.5%)	27 (13.5%)
Quisiera hacer caso a los octógonos, pero no tengo tiempo para leerlos	18 (9%)	48 (24%)	57 (28.5%)	59 (29.5%)	18 (9%)
Quisiera hacer caso a los octógonos, pero no sé interpretarlos	26 (13%)	47 (23.5%)	43 (21.5%)	61 (30.5%)	23 (11.5%)
Quisiera hacer caso a los octógonos, pero nadie me orienta para elegirlos	19 (9.5%)	44 (22%)	45 (22.5%)	63 (31.5%)	29 (14.5%)
¿Está de acuerdo con la aplicación de los octógonos en el Perú?	3 (1.5%)	28 (14%)	36 (18%)	65 (32.5%)	68 (34%)
¿Está conforme con el modelo/diseño de la etiqueta?	11 (5.5%)	35 (17.5%)	44 (22%)	69 (34.5%)	41 (20.5%)
¿Conoce los niveles óptimos de consumo de sal?	22 (11%)	38 (19%)	69 (34.5%)	48 (24%)	23 (11.5%)
¿Conoce los niveles óptimos de consumo de azúcar?	17 (8.5%)	58 (29%)	54 (27%)	51 (25.5%)	20 (10%)
¿Conoce los niveles óptimos de consumo de grasas saturadas?	17 (8.5%)	50 (25%)	58 (29%)	50 (25%)	25 (12.5%)

En la Tabla 3 se observa que el nivel de sal en los alimentos mostró una asociación significativa con la adherencia a la dieta mediterránea ($p < 0.01$); el 72.3% de quienes consumen alimentos poco o nada salados presentó una adherencia media/alta, en contraste con solo el 27.7% de quienes consumen alimentos muy o regularmente salados. De manera similar, el dulzor en los alimentos también mostró asociación significativa ($p < 0.01$), ya que el 69.7% de quienes consumen alimentos poco o nada dulces tuvo mayor adherencia, frente al 30.3% entre los que consumen alimentos muy o regularmente dulces. En cuanto al índice de masa corporal ($p < 0.05$), la proporción de adherencia fue mayor en personas con normopeso (42%) en comparación con las que presentaban obesidad (8.4%). Las demás variables sociodemográficas y clínicas, como sexo, nivel educativo, estado civil, hipertensión, diabetes o dislipidemia, no mostraron diferencias significativas en relación con la adherencia a la dieta mediterránea.

Tabla 3. Análisis de la adhesión a la Dieta Mediterránea según variables sociodemográficas de los participantes.

ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA				
Variables	Total	Baja	Media/Alta	P
Sexo				
Femenino	125 (62.5%)	47 (58%)	78 (65.5%)	0.281
Masculino	75 (37.5%)	34 (42%)	41 (34.5%)	
Educación				
Básico	49 (24.5%)	20 (24.7%)	29 (24.4%)	0.983
Técnico	68 (34%)	28 (34.6%)	40 (33.6%)	
Universitario	83 (41.5%)	33 (40.7%)	50 (42%)	
Estado Civil				
Soltero	131 (65.5%)	50 (61.7%)	81 (68.1%)	0.542
Casado	63 (31.5%)	29 (35.8%)	34 (28.6%)	
Divorciado	6 (3%)	2 (2.5%)	4 (3.4%)	
El salado de sus alimentos es				
Poco o nada salados	122 (61%)	36 (44.4%)	86 (72.3%)	<0.01**
Muy o regularmente salados	78 (39%)	45 (55.6%)	33 (27.7%)	
El dulce de sus alimentos es				
Poco o nada dulces	125 (62.5%)	42 (51.9%)	83 (69.7%)	0.010*
Muy o regularmente dulces	75 (37.5%)	39 (48.1%)	36 (30.3%)	
Padece de Hipertensión Arterial				
Si	24 (12%)	10 (12.3%)	14 (11.8%)	0.901
No	176 (88%)	71 (87.7%)	105 (88.2%)	
Padece de Diabetes Mellitus tipo 2				
Si	17 (8.5%)	6 (7.4%)	11 (9.2%)	0.648
No	183 (91.5%)	75 (92.6%)	108 (90.8%)	
Padece de dislipidemias				
Si	79 (39.5%)	36 (44.4%)	43 (36.1%)	0.238
No	121 (60.5%)	45 (55.6%)	76 (63.9%)	
Índice de Masa Corporal				
Normopeso	70 (35%)	20 (24.7%)	50 (42%)	<0.01**
Sobrepeso	99 (49.5%)	40 (49.4%)	59 (49.6%)	
Obesidad	31 (15.5%)	21 (25.9%)	10 (8.4%)	

*p<0.05; **p<0.01

En la Tabla 4 se identificaron diferencias significativas en varios ítems del test KIDMED al considerar el sexo y la percepción de exceso de peso. Las mujeres mostraron con mayor frecuencia el consumo de legumbres más de una vez por semana (P7, $p = <0.01$) y pastas o arroz casi a diario (P8, $p = <0.01$), ambos alineados con patrones de alimentación saludable. No obstante, también mostraron una mayor proporción en el consumo de bollería industrial en el desayuno (P14, $p = 0.046$) y una menor ingesta diaria de yogures y/o queso (P14, $p = 0.043$) en comparación con la ingesta día de yogures y bollería industrial de los varones. Por otro lado, quienes no se perciben con exceso de peso presentaron una mayor frecuencia en el consumo de alimentos típicos de la dieta mediterránea, como los cereales en el desayuno (P9, $p = 0.027$), legumbres (P7, $p = 0.012$), pastas o arroz (P8, $p = 0.026$) y lácteos (P13, $p = 0.035$) en comparación con quienes sí se perciben con exceso de peso. No se hallaron diferencias significativas en los ítems entre quienes presentaban o no enfermedades no transmisibles (ENT).

Tabla 4. Comparación de medias de muestras independientes prueba t de Student (U de Mann Whitney) del índice de la Calidad de la Dieta Mediterránea según sexo, percepción de exceso de peso y presencia de ENT de los participantes.

Test KIDMED	Varones (n = 75)		Mujeres (n = 125)		Estadístico U	p	Percepción de EP (n=130)		No Percepción de EP (n=70)		Estadístico U	p	Presencia de ENT (n=86)		No presencia de ENT (n=114)		Estadístico U	p
	Media	DE	Media	DE			Media	DE	Media	DE			Media	DE	Media	DE		
P22	0.744	0.438	0.627	0.487	4137.5	0.080	0.669	0.472	0.757	0.432	4950	0.197	0.698	0.462	0.702	0.460	4922	0.950
P23	0.520	0.502	0.467	0.502	4437.5	0.466	0.492	0.502	0.514	0.503	4650	0.767	0.430	0.498	0.553	0.499	5502	0.087
P24	0.672	0.471	0.640	0.483	4537.5	0.645	0.631	0.484	0.714	0.455	4930	0.236	0.640	0.483	0.675	0.470	5078	0.597
P25	0.328	0.471	0.440	0.500	5212.5	0.113	0.354	0.480	0.400	0.493	4760	0.520	0.337	0.476	0.395	0.491	5184	0.405
P26	0.448	0.499	0.387	0.490	4400.0	0.397	0.454	0.500	0.371	0.487	4175	0.262	0.500	0.503	0.368	0.485	4257	0.063
P27	-0.504	0.502	-0.640	0.483	4050.0	0.062	-0.562	0.498	-0.543	0.502	4635	0.800	-0.558	0.500	-0.553	0.499	4929	0.938
P28	0.488	0.502	0.693	0.464	5650.0	<0.01**	0.500	0.502	0.686	0.468	5395	0.012*	0.547	0.501	0.579	0.496	5061	0.648
P29	0.488	0.502	0.693	0.464	5650.0	<0.01**	0.508	0.502	0.671	0.473	5295	0.026*	0.523	0.502	0.596	0.493	5261	0.302
P30	0.616	0.488	0.520	0.503	4237.5	0.184	0.523	0.501	0.686	0.468	5290	0.027*	0.593	0.494	0.570	0.497	4790	0.746
P31	0.384	0.488	0.360	0.483	4575.0	0.735	0.369	0.484	0.386	0.490	4625	0.819	0.384	0.489	0.368	0.485	4827	0.825
P32	0.360	0.482	0.347	0.479	4625.0	0.849	0.362	0.482	0.343	0.478	4465	0.793	0.326	0.471	0.377	0.487	5155	0.451
P33	-0.448	0.499	-0.533	0.502	4287.5	0.243	-0.523	0.501	-0.400	0.493	5110	0.097	-0.547	0.501	-0.430	0.497	5474	0.103
P34	0.656	0.477	0.547	0.501	4175.0	0.125	0.562	0.498	0.714	0.455	5245	0.035*	0.651	0.479	0.588	0.494	4591	0.363
P35	-0.288	0.455	-0.427	0.498	4037.5	0.046*	-0.369	0.484	-0.286	0.455	4930	0.236	-0.407	0.494	-0.289	0.456	5478	0.083
P36	0.480	0.502	0.333	0.475	4000.0	0.043*	0.423	0.496	0.429	0.498	4575	0.940	0.488	0.503	0.377	0.487	4357	0.116
P37	-0.304	0.462	-0.427	0.498	4112.5	0.079	-0.362	0.482	-0.329	0.473	4700	0.642	-0.360	0.483	-0.342	0.477	4992	0.788

DE = Desviación Estándar; EP = Percepción de Exceso de Peso; ENT = Presencia de Enfermedades No Transmisibles; *p<0.05; **p<0.01.

0 En la Tabla 5 se identificaron diferencias significativas en varios ítems relacionados con la percepción del etiquetado nutricional frontal
1 (octógonos). Los participantes que no percibían exceso de peso obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el ítem P11 (p <
2 0.01), lo que indica que, para ellos, el octógono influye más en su elección de productos. En cuanto a la presencia de enfermedades no
3 transmisibles (ENT), quienes no presentaban estas condiciones reportaron puntuaciones más altas en los ítems P11 (p < 0.01) y P12 (p <
4 0.01), lo que refleja una mayor valoración de la utilidad del etiquetado y su aplicación en el Perú. También se observaron diferencias
5 significativas en los ítems P16 (p < 0.01) y P17 (p < 0.01), indicando que los participantes sin ENT expresan un mayor deseo de recibir
6 orientación para interpretar los octógonos y de seguirlos si los comprendieran mejor. Finalmente, las mujeres mostraron una mayor
7 disposición que los varones a seguir los octógonos si entendieran mejor su significado (P17, p = 0.015).

Tabla 5. Comparación de medias de muestras independientes prueba t de Student (U de Mann Whitney) de la percepción del Etiquetado Nutricional Frontal de alimentos según sexo, percepción de exceso de peso y presencia de ENT de los participantes.

Percepción del Etiquetado Nutricional Frontal (octógonos)	Varones (n = 75)		Mujeres (n = 125)		Estadístico U	p	Percepción de EP (n=130)		No Percepción de EP (n=70)		Estadístico U	p	Presencia de ENT (n=86)		No presencia de ENT (n=114)		Estadístico U	p
	Media	DE	Media	DE			Media	DE	Media	DE			Media	DE	Media	DE		
PI1	3.280	1.126	3.373	1.063	4,843.0	0.679	3.162	1.119	3.600	1.013	5,597.0	<0.01**	2.942	1.099	3.596	1.019	6,472.5	<0.01**
PI2	3.176	1.245	3.480	1.070	5,239.0	0.148	3.192	1.233	3.471	1.086	5,096.5	0.146	2.965	1.260	3.535	1.074	6,124.5	<0.01**
PI3	2.936	1.113	3.253	1.116	5,425.0	0.054	3.031	1.120	3.100	1.131	4,641.5	0.809	3.093	1.081	3.026	1.156	4,735.0	0.670
PI4	2.960	1.221	3.173	1.256	5,247.0	0.233	3.131	1.210	2.871	1.273	4,041.5	0.180	3.047	1.105	3.035	1.330	4,908.5	0.987
PI5	3.192	1.209	3.200	1.219	4,609.5	0.839	3.123	1.175	3.329	1.271	5,009.0	0.226	3.151	1.173	3.228	1.241	5,069.5	0.670
PI6	3.744	1.106	3.987	1.059	5,281.0	0.118	3.662	1.124	4.157	0.958	5,696.5	<0.01**	3.453	1.081	4.123	1.014	6,641.0	<0.01**
PI7	3.312	1.174	3.733	1.095	5,616.0	0.015*	3.323	1.156	3.743	1.125	5,487.0	0.013*	2.988	1.222	3.833	0.968	6,812.5	<0.01**
PI8	3.080	1.161	3.027	1.150	4,667.0	0.958	3.077	1.125	3.029	1.215	4,511.5	0.919	3.000	1.158	3.105	1.155	5,092.0	0.628
PI9	3.032	1.135	2.933	1.143	4,513.0	0.650	3.023	1.191	2.943	1.034	4,457.0	0.806	2.919	1.150	3.053	1.128	5,226.0	0.409
P20	3.128	1.143	3.000	1.185	4,460.5	0.555	3.100	1.167	3.043	1.148	4,443.5	0.779	3.116	1.100	3.053	1.204	4,698.5	0.605

8 DE = Desviación Estándar; EP = Percepción de Exceso de Peso; ENT = Presencia de Enfermedades No Transmisibles; *p<0.05; **p<0.01

9 En la Tabla 6 se muestra la relación entre la adhesión a la dieta mediterránea y la percepción del etiquetado nutricional frontal. De todas
10 las preguntas evaluadas, solo una presentó una asociación estadísticamente significativa (p < 0.05): la creencia de que el octógono del
11 paquete influye sobre la elección del producto. Los participantes con una adherencia media/alta a la dieta mediterránea mostraron mayor
12 acuerdo con esta afirmación en comparación con aquellos con baja adherencia, lo que indicaría que quienes reconocen la influencia del
13 etiquetado nutricional tienden a adoptar patrones alimentarios más saludables.

Tabla 6. Adhesión a la Dieta Mediterránea y percepción de etiquetado nutricional frontal

TEST KIDMED				
Percepción del Etiquetado Nutricional Frontal (octógonos)	TOTAL	Adhesion Baja	Adhesion Media/Alta	P
¿Cree que el octógono del paquete influye sobre su elección?				
Totalmente desacuerdo	17 (8.5%)	7 (8.6%)	10 (8.4%)	0.04*
Desacuerdo	29 (14.5%)	18 (22.2%)	11 (9.2%)	
Medio	47 (23.5%)	12 (14.8%)	35 (29.4%)	
De acuerdo	88 (44%)	36 (44.4%)	52 (43.7%)	
Totalmente de acuerdo	19 (9.5%)	8 (9.9%)	11 (9.2%)	

*p<0.05; **p<0.01

Dado que inicialmente no se conocía con certeza cuáles variables podrían influir en la adherencia a la dieta mediterránea, se optó por realizar una regresión logística binaria utilizando el método de eliminación por pasos (Backward: Wald), incluyendo 20 variables independientes relacionadas con características sociodemográficas y de percepción del Etiquetado Nutricional Frontal. Este procedimiento permitió identificar un subconjunto de predictores estadísticamente relevantes. Con base en los resultados del modelo final (paso 17), se construyó un segundo modelo utilizando el método “Entrar” (INTRO), incorporando únicamente las cuatro variables significativas: intensidad del consumo de alimentos salados (P5), intensidad del consumo de alimentos dulces (P6), presencia de hipertensión arterial (P7) y el grado de acuerdo con la afirmación “Quisiera hacer caso a los octógonos, pero nadie me orienta para elegirlos” (P15).

En este modelo reducido, la intensidad del consumo de alimentos salados se asoció negativamente con la adherencia alta (OR = 0.261; IC 95%: 0.136–0.501; p < .001), al igual que el consumo dulce (OR = 0.490; IC 95%: 0.263–0.913; p = .025). La hipertensión mostró una asociación positiva no significativa (p = .078), mientras que el ítem P15 fue estadísticamente significativo (OR = 1.289; IC 95%: 1.002–1.659; p = .048), indicando que el deseo de seguir las advertencias nutricionales (aun sin orientación) podría asociarse a mayor adherencia. El modelo fue estadísticamente significativo ($\chi^2(4) = 27.351$, p < .001), con un R² de Nagelkerke de 0.173, y clasificó correctamente el 63.0% de los casos. Estos resultados permiten concluir que ciertos hábitos alimentarios y percepciones nutricionales influyen significativamente en la adherencia a la dieta mediterránea en la muestra estudiada.

Tabla 7. Estimaciones del modelo logístico binario: predictores de alta adherencia a la dieta mediterránea

Variable	B	SE	Wald	p	OR (Exp(B))	IC 95% para OR
Nivel de sal en alimentos (P5)	-1.344	0.333	16.253	<0.01**	0.261	[0.136, 0.501]
Nivel de dulzor en alimentos (P6)	-0.713	0.318	5.044	0.025*	0.49	[0.263, 0.913]
Padece hipertensión arterial (P7)	0.865	0.492	3.098	0.078	2.376	[0.906, 6.226]
Deseo seguir los octógonos, pero sin guía (P15)	0.254	0.129	3.907	0.048*	1.289	[1.002, 1.659]

*p<0.05; **p<0.01

39 Discusión

23

37

El presente estudio ofrece una nueva perspectiva a la literatura actual al examinar la relación entre la percepción del etiquetado nutricional frontal de alimentos y la calidad de la dieta en pacientes post-operados de cirugía bariátrica, un grupo poco explorado en la literatura científica. Nuestros hallazgos identificaron factores asociados tanto a nivel de adherencia a la dieta mediterránea como a la comprensión e influencia del etiquetado frontal en las decisiones alimentarias. Este enfoque permite ampliar la comprensión sobre cómo el comportamiento alimentario de esta población puede estar modulado no solo por sus condiciones clínicas, sino también por su capacidad para interpretar y aplicar la información nutricional disponible en los productos procesados. Asimismo, estos resultados abren la posibilidad de diseñar intervenciones más personalizadas y educativas que fortalezcan el uso del etiquetado como herramienta de promoción de una alimentación saludable tras la cirugía bariátrica.

51

Considerando que este estudio se enfocó únicamente en la etapa postoperatoria, los resultados evidencian que, a pesar de la adopción de hábitos alimentarios aparentemente saludables, los problemas metabólicos y el exceso de peso siguen presentes en la mayoría de los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Estudios recientes coinciden que, tras la cirugía bariátrica, muchos pacientes logran modificar algunos hábitos alimentarios, pero estos suelen ser parciales o poco sostenibles en el tiempo (Maxim et al., 2025), además, se advierte que la calidad global de la dieta, más allá de nutrientes críticos, es determinante para mantener mejoras en el peso y remisión de problemas metabólicos (Cheung et al., 2023). Aún con cambios positivos, el organismo responde con mecanismos compensatorios (como un aumento de grelina o disminución del gasto energético), (Tuero et al., 2020), (Torensma et al., 2025) que dificultan mantener la pérdida de peso, esto respaldaría por qué cambiar algunos hábitos no garantiza resultados sostenibles y respalda la necesidad de reforzar el acompañamiento interdisciplinario, particularmente en educación nutricional, control clínico y soporte psicológico, a fin de consolidar los beneficios metabólicos y prevenir recaídas en el tiempo (Althumiri et al., 2024).

Un hallazgo destacado de esta investigación es que, aunque los pacientes bariátricos muestran alta aceptación del diseño del etiquetado frontal, muchos de ellos no logran interpretarlo correctamente ni cuentan con orientación adecuada para aplicarlo en sus decisiones alimentarias. Esta brecha entre percepción positiva y su uso funcional ha sido reportada en estudios recientes, los cuales evidencian que la efectividad de estos sistemas de advertencia se ve limitada por el bajo nivel de alfabetización nutricional de los consumidores (Mejía et al., 2019), (Kelly et al., 2024). Si bien el diseño del octógono cumple su función disuasoria inicial al captar visualmente la atención y advertir sobre productos altos en azúcar, sodio o grasas, su utilidad real depende de que el usuario entienda el contenido nutricional subyacente. La literatura señala que esta herramienta debe ser complementada con estrategias educativas que permitan interpretar su mensaje en un contexto dietético más amplio. Por lo tanto, el etiquetado frontal es una señal de alerta eficaz, pero sin el acompañamiento de educación práctica, su impacto sobre el comportamiento alimentario es limitado (Graham et al., 2023).

10

Los resultados mostraron que la adhesión a la Dieta Mediterránea se asoció significativamente con un índice de masa corporal más saludable y con un menor consumo de alimentos salados y dulces, lo cual sugiere un patrón dietético más saludable asociado a la cirugía. Esta observación es coherente con estudios que indican que una alta adhesión a la dieta mediterránea se asocia con mejores resultados en la pérdida de peso posquirúrgica (Gils Contreras et al., 2020). Aunque otros trabajos reportan baja adhesión a patrones saludables tras un año de la cirugía (Hosseini-Esfahani et

84 al., 2023), estos resultados pueden depender de la orientación nutricional recibida y del grado de
85 motivación individual (ERDEM & AVŞAR, 2023). Además, se ha observado que los pacientes con
86 mayor grado de obesidad previo a la cirugía tienden a adoptar conductas alimentarias más
87 favorables (Sobas et al., 2025), posiblemente como respuesta adaptativa a su estado previo. Por
88 otro lado, la literatura refiere que la cirugía no solo produce cambios físicos sino también una
89 combinación de factores fisiológicos y conductuales que hacen modificaciones en la respuesta al
90 sabor, es decir, se reduce el deseo por alimentos azucarados (Alessi et al., 2024) y una mayor
91 sensibilidad al sabor salado (Cattaneo et al., 2023), lo cual contribuye a un cambio en el
92 comportamiento alimentario (Nance et al., 2020). Estos mecanismos, junto con factores
93 motivacionales, facilitan la adherencia sostenida a patrones como la dieta mediterránea (Gastaldo et
94 al., 2022).

95 Los resultados también indican que tanto el sexo como la percepción del estado corporal son
96 variables influyentes en la calidad de la dieta. Este hallazgo muestra que las mujeres presentaron un
97 patrón alimentario mixto: mostraron mayor consumo de legumbres y cereales como pastas o arroz,
98 pero también mayor ingesta de productos ultraprocesados como bollería en el desayuno. Esta
99 dualidad puede deberse a una combinación de factores socioculturales, preferencias personales y
100 hábitos arraigados que persisten incluso después de la cirugía bariátrica. Este patrón ha sido
101 observado en otras poblaciones en donde se confirma que las mujeres tienden a consumir
102 alimentos saludables (verduras, frutas, legumbres, alimentos integrales, etc.), pero también reportan
103 mayor frecuencia de consumo de snacks azucarados y bebidas dulces en comparación con los
104 varones, reflejando un patrón dietético no del todo equilibrado (Barrea et al., 2024), (Alkazemi,
105 2019) (Mehta et al., 2023) (Letamo et al., 2022). Este patrón ha sido observado en otras poblaciones
106 que respaldan que las mujeres tienden a alternar entre elecciones saludables impulsadas por el
107 autocontrol y la conciencia de imagen corporal, y episodios de consumo de alimentos
108 ultraprocesados motivados por emociones o antojos (Krishnan et al., 2016), (Triana et al., 2025).
5 109 Por otro lado, no se hallaron diferencias significativas en estos ítems según la presencia de
110 enfermedades no transmisibles (ENT), lo que podría indicar que la percepción del propio estado de
56 111 salud (como el exceso de peso) tiene un mayor impacto en las decisiones alimentarias cotidianas
112 que la presencia real de una condición clínica diagnosticada.

35 113 Los hallazgos indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables
114 sexo, percepción de exceso de peso y presencia de enfermedades no transmisibles (ENT) con la
115 percepción del etiquetado nutricional frontal (octógonos). Sin embargo, se observó que los
116 participantes que no percibían exceso de peso obtuvieron puntuaciones significativamente más altas
117 en el ítem que evalúa la influencia del octógono en la elección del producto, lo que sugiere que, para
118 este grupo, el etiquetado podría tener un mayor impacto en sus decisiones de compra. Estos
119 resultados contrastan parcialmente con estudios previos realizados en población general, donde se
120 ha reportado que el etiquetado nutricional frontal influye positivamente en las decisiones de compra
121 y en la elección de alimentos más saludables (Pineda Soto & Estrada Oré, 2020).

122 Aunque algunas variables como la conformidad con el diseño del etiquetado o la influencia de
123 precios y promociones mostraron razones de odds mayores a 1, sus niveles de significancia
124 estadística no fueron suficientes para establecer relaciones concluyentes. De forma similar, las
125 variables asociadas al conocimiento nutricional (por ejemplo, niveles recomendados de consumo de
126 sal o azúcar) tampoco demostraron un impacto significativo sobre la adhesión a la dieta
127 mediterránea. Una posible explicación para estos hallazgos podría estar en las características
128 propias de la población estudiada. En pacientes sometidos a cirugía bariátrica, el comportamiento
129 alimentario puede estar influenciado por múltiples factores adicionales, como el acompañamiento de

11

un psicólogo bariátrico, un nutricionista especializado o un deportólogo, que actúan como mediadores del cambio de hábitos (Gastaldo et al., 2022). Asimismo, la falta de significancia estadística en algunas asociaciones podría deberse a limitaciones metodológicas como el tamaño muestral reducido, lo cual limita la potencia estadística del análisis.

11

Los resultados observados en la Tabla 6 permiten destacar un hallazgo relevante: la percepción del etiquetado nutricional frontal, específicamente la creencia de que el octógono influye en la elección del producto, se asocia significativamente con una mayor adhesión a la dieta mediterránea. Este resultado sugiere que los consumidores que son conscientes del impacto de los mensajes del etiquetado frontal en su decisión de compra podrían estar más comprometidos con la adopción de patrones alimentarios saludables. En este sentido, el etiquetado nutricional actuaría como una herramienta de orientación efectiva en la selección de alimentos, reforzando decisiones alimentarias coherentes con una dieta equilibrada como la mediterránea. Estos resultados contrastan con estudios que recientemente han demostrado que el etiquetado frontal mejora la comprensión y reduce la intención de compra de alimentos no saludables (Taillie et al., 2020a). Sin embargo, es importante resaltar que, aunque este componente influye otros factores como la educación nutricional, prácticas culturales (Martini & Menozzi, 2021) por lo tanto el etiquetado debe entenderse como parte de un conjunto de intervenciones más amplias.

50

El análisis mediante regresión logística binaria permitió identificar variables significativas que influyen en la adherencia a la dieta mediterránea. En particular, el consumo frecuente de alimentos salados y dulces mostró una asociación negativa con dicha adherencia, lo cual concuerda con estudios recientes que señalan cómo los alimentos ultra procesados, ricos en sodio, azúcares y grasas, desplazan patrones dietéticos saludables y elevan el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (Khandpur et al., 2018; Monteiro et al., 2019). Este hallazgo refuerza el contraste entre la dieta mediterránea basada en alimentos frescos, mínimamente procesados y ricos en nutrientes y los hábitos alimentarios característicos de una dieta occidentalizada y ultra procesada. Por otro lado, la ausencia de una asociación significativa entre la presencia de hipertensión arterial y la adherencia a esta dieta sugiere que tener una condición crónica no necesariamente se traduce en cambios conductuales en la alimentación. Esto podría explicarse por barreras estructurales, falta de educación alimentaria o dificultades prácticas para implementar cambios sostenibles en la dieta (Monteiro et al., 2019).

29

27

En contraste, se identificó que el deseo de seguir los octógonos nutricionales del etiquetado frontal se asocia positivamente con la adherencia a la dieta mediterránea, lo que destaca la importancia de la motivación individual como factor influyente. Este resultado está en línea con investigaciones que respaldan la efectividad del etiquetado frontal como herramienta para promover elecciones alimentarias más saludables, especialmente cuando se complementa con educación nutricional y estrategias de comunicación efectivas (Aumesquet García et al., 2020; Taillie et al., 2020b). Si bien el modelo de regresión presentó una capacidad explicativa moderada, su significancia estadística evidencia que variables perceptivas y conductuales como el uso del etiquetado nutricional y los hábitos de consumo deben ser consideradas al momento de diseñar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de la alimentación. No obstante, se recomienda que futuras investigaciones incorporen otras variables contextuales, como el entorno socioeconómico, la disponibilidad de alimentos saludables y el nivel de alfabetización nutricional, a fin de lograr una comprensión más integral de los factores que influyen en la adherencia a patrones dietéticos saludables (Cardozo et al., 2024).

174 Implicancias (teóricas y prácticas)

Los hallazgos de este estudio tienen implicancias tanto teóricas como prácticas. En el ámbito teórico, contribuyen al escaso conocimiento existente sobre la percepción del etiquetado nutricional en pacientes bariátricos, una población específica con características dietéticas particulares. Además, se evidencia que la información nutricional de los alimentos, aunque esté visible, no siempre es comprendida ni utilizada adecuadamente por los pacientes, lo que resalta la necesidad de incorporar educación nutricional tanto en la etapa preoperatoria como postoperatoria. Desde una perspectiva práctica, los resultados pueden orientar a los profesionales de la salud en el diseño de intervenciones educativas más efectivas, con énfasis en la interpretación del etiquetado nutricional. Asimismo, se plantea la importancia de reforzar y adaptar las políticas de etiquetado para que sean más accesibles y comprensibles para esta población. Finalmente, se destaca el papel fundamental del equipo multidisciplinario, así como la necesidad de incluir la lectura crítica del etiquetado, la promoción de la alimentación saludable y la capacitación continua del personal de salud que brinda atención a pacientes bariátricos.

Limitaciones del estudio

Nuestros hallazgos subrayan la relevancia de la percepción del etiquetado frontal como un factor asociado a la adherencia dietética saludable tras la cirugía bariátrica, y permiten comprender mejor los patrones alimentarios en esta población clínica específica. Sin embargo, como toda investigación, este estudio presenta ciertas limitaciones. La primera limitación se refiere a su diseño transversal, el cual no permite establecer relaciones causales entre las variables analizadas, ya que el estudio se centró únicamente en la fase postoperatoria, sin incluir datos del periodo preoperatorio. Futuros estudios podrían incluir una evaluación longitudinal que capture estos cambios antes y después de la intervención quirúrgica, lo cual enriquecería la comprensión del impacto del procedimiento sobre el comportamiento alimentario y permitiría identificar puntos críticos para la intervención educativa y terapéutica. Finalmente, el estudio se centró en una muestra localizada en una única institución de salud en Lima, lo que limita la generalización de los estudios en otras regiones o contextos culturales. Investigaciones posteriores podrían ampliar la muestra geográfica y considerar otras variables como el apoyo social y la motivación para el cambio de hábitos, que pueden influir significativamente en la adherencia a la dietética tras una cirugía de esta índole.

Conclusión

Los resultados de este estudio sugieren que, en pacientes post operados de cirugía bariátrica, la adherencia a la dieta mediterránea se ve influenciada tanto por la percepción positiva del etiquetado frontal como por factores de comportamiento alimentario; mientras que los factores sociodemográficos tradicionales no mostraron asociaciones fuertes, posiblemente debido al impacto transformador de la cirugía sobre los hábitos alimentarios. Estos hallazgos reflejan no solo una transformación fisiológica y conductual inducida por la cirugía, sino también el papel activo que puede tener la información nutricional visible en las decisiones alimentarias posteriores, consolidándose como una herramienta eficaz de educación nutricional. Asimismo, se identificaron diferencias por sexo y percepción de imagen corporal que podrían influir en las elecciones alimentarias y que merecen ser consideradas en futuras intervenciones postoperatorias.

214 Referencias

- 215 Alessi, J., Dzemić, M., Hareziak, J., Kareken, D. A., & Considine, R. V. (2024). Neural processing
216 of sweet taste in reward regions is reduced following bariatric surgery. *Obesity*, 32(9), 1709–
217 1720. <https://doi.org/10.1002/OBY.24103>,
- 218 Alkazemi, D. (2019). Gender differences in weight status, dietary habits, and health attitudes among
219 college students in Kuwait: A cross-sectional study. *Nutrition and Health*, 25(2), 75–84.
220 <https://doi.org/10.1177/0260106018817410;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:NAHA>
- 221 Althumiri, N. A., Bindhim, N. F., Al-Rayes, S. A., & Alumran, A. (2024). A Systematic Review
222 Exploring Dietary Behaviors, Psychological Determinants and Lifestyle Factors Associated with
223 Weight Regain After Bariatric Surgery. *Healthcare (Switzerland)*, 12(22), 2243.
224 <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE1222243/S1>
- 225 Andromalos, L., Crowley, N., Brown, J., Craggs-Dino, L., Handu, D., Isom, K., Lynch, A., &
226 DellaValle, D. (2019). Nutrition Care in Bariatric Surgery: An Academy Evidence Analysis
227 Center Systematic Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(4), 678–686.
228 <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.08.002>
- 229 Aumesquet García, L., Bermúdez Edo, J., Barberá Saéz, R., & Alegría Torán, A. (2020). Percepción
230 del etiquetado nutricional en población con obesidad y sobrepeso. *Revista Española de Nutrición*
231 *Comunitaria*, 26(1), 1–12.
232 https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_I_06._Percepcion_del_EN_en_poblacion_con_S-O.pdf
233
- 234 Barrea, L., Verde, L., Suárez, R., Frias-Toral, E., Vázquez, C. A., Colao, A., Savastano, S., &
235 Muscogiuri, G. (2024). Sex-differences in Mediterranean diet: a key piece to explain sex-related
236 cardiovascular risk in obesity? A cross-sectional study. *Journal of Translational Medicine*, 22(1),
237 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12967-023-04814-Z/FIGURES/5>
- 238 Cardozo, N. de O., Barbosa, A. A. de O., Crisp, A. H., Ramírez, Y. P. G., & Oliveira, M. R. M. de.
239 (2024). Rotulagem frontal de embalagem de alimentos da América do Sul: Uma revisão de
240 escopo. *Research, Society and Development*, 13(2), e7113244949. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i2.44949>
- 242 Casas-CaruaJulca, E., Muguruza-Sánchez, L. J., Calizaya-Milla, Y. E., & Saintila, J. (2021). Perception of
243 frontal food labeling, purchase and consumption of ultra-processed foods during the COVID-
244 19 quarantine: A cross-sectional study in the Peruvian population. *Revista Española de Nutrición*
245 *Humana y Dietética*, 25. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.S2.1473>
- 246 Cattaneo, C., Mambrini, S. P., Gilardini, L., Scacchi, M., Pagliarini, E., & Bertoli, S. (2023). Impact of 4-
247 week of a restricted Mediterranean diet on taste perception, anthropometric, and blood
248 parameters in subjects with severe obesity. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1196157.
249 <https://doi.org/10.3389/FNUT.2023.1196157/BIBTEX>
- 250 Cheung, H. C., Strodl, E., Musial, J., MacLaughlin, H. L., Byrnes, A., Lewis, C. A., & Ross, L. J. (2023).
251 Associations between diet composition, dietary pattern, and weight outcomes after bariatric
252 surgery: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 47(9), 764–790.
253 <https://doi.org/10.1038/S41366-023-01333->

- 254 I;SUBJMETA=163,2743,2814,2817,393,692,700;KWRD=NUTRITION,OBESITY,WEIGHT+MA
255 NAGEMENT
- 256 ERDEM, N. Z., & AVŞAR, F. M. (2023). Effects of Patients Quality of Alimentation on Long-Term
257 Clinical Outcomes After Laparoscopic AdjustableGastric Band: Prospective-Cohort Clinical
258 Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 43(3), 269–280.
259 <https://doi.org/10.5336/MEDSCI.2022-94459>
- 260 Frigolet, M. E., Dong-Hoon, K., Canizales-Quinteros, S., & Gutiérrez-Aguilar, R. (2020). Obesity,
261 adipose tissue, and bariatric surgery. *Boletin Medico Del Hospital Infantil de Mexico*, 77(1), 3–14.
262 <https://doi.org/10.24875/BMHIM.19000115>
- 263 Gastaldo, I., Casas, R., & Moizé, V. (2022). Clinical Impact of Mediterranean Diet Adherence before
264 and after Bariatric Surgery: A Narrative Review. *Nutrients* 2022, Vol. 14, Page 393, 14(2), 393.
265 <https://doi.org/10.3390/NU14020393>
- 266 Gils Contreras, A., Bonada Sanjaume, A., Becerra-Tomás, N., & Salas-Salvadó, J. (2020). Adherence
267 to Mediterranean Diet or Physical Activity After Bariatric Surgery and Its Effects on Weight
268 Loss, Quality of Life, and Food Tolerance. *Obesity Surgery*, 30(2), 687–696.
269 <https://doi.org/10.1007/S11695-019-04242-3>,
- 270 Graham, D. J., Lucas-Thompson, R. G., & Slejko, G. (2023). The Role of Front-of-Package Nutrition
271 Labels with and without Explanatory Videos on Parent and Child Food Choices. *Nutrients*,
272 15(18). <https://doi.org/10.3390/NU15184082>,
- 273 Hernández Sampieri, R., Carlos Fernández Collado, & Pilar Baptista Lucio. (2014). *Metodología de la*
274 *Investigación: Vol. 6ta edición* (6ta edición). McGraw-Hill Education.
- 275 Hosseini-Esfahani, F., Kazemi-Aliakbar, M., koochakpoor, G., Barzin, M., Khalaj, A., Valizadeh, M., &
276 Mirmiran, P. (2023). Diet quality and anthropometric indices of patients undergone bariatric
277 surgery: the prospective Tehran obesity treatment study. *BMC Surgery*, 23(1), 1–9.
278 <https://doi.org/10.1186/S12893-023-02032-4/FIGURES/1>
- 279 Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual –
280 INDECOPI. (2021). *El perfil del consumidor en el Perú: Un enfoque de protección*.
281 [http://portaleshome.club/wp-](http://portaleshome.club/wp-content/uploads/2020/07/Perfil_Consumidor_PeruUrbano_2021.pdf)
282 [content/uploads/2020/07/Perfil_Consumidor_PeruUrbano_2021.pdf](http://portaleshome.club/wp-content/uploads/2020/07/Perfil_Consumidor_PeruUrbano_2021.pdf)
- 283 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2024). *Perú: Enfermedades No Transmisibles y*
284 *Transmisibles 2023*.
285 https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1951/libro.pdf
- 286 Kelly, B., Ng, S. H., Carrad, A., & Pettigrew, S. (2024). The Potential Effectiveness of Front-of-Pack
287 Nutrition Labeling for Improving Population Diets. *Annual Review of Nutrition*, 44(1), 405–440.
288 <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-NUTR-011224-030917>,
- 289 Khandpur, N., Swinburn, B., & Monteiro, C. A. (2018). Nutrient-Based Warning Labels May Help in
290 the Pursuit of Healthy Diets. *Obesity*, 26(11), 1670–1671. <https://doi.org/10.1002/oby.22318>

- 291 Krishnan, S., Tryon, R. R., Horn, W. F., Welch, L., & Keim, N. L. (2016). Estradiol, SHBG and leptin
292 interplay with food craving and intake across the menstrual cycle. *Physiology & Behavior*, 165,
293 304–312. <https://doi.org/10.1016/j.PHYSBEH.2016.08.010>
- 294 Letamo, G., Keetile, M., Navaneetham, K., & Medupe, K. (2022). Gender differences in dietary
295 behaviours, health-related habits and prevalence of non-communicable diseases in Botswana.
296 *Journal of Biosocial Science*, 54(6), 1067–1077. <https://doi.org/10.1017/S0021932021000572>,
- 297 Martini, D., & Menozzi, D. (2021). Food Labeling: Analysis, Understanding, and Perception. *Nutrients*,
298 13, 268. <https://doi.org/10.3390/nu13010268>
- 299 Maxim, M., Soroceanu, R. P., Vlăsceanu, V. I., Platon, R. L., Toader, M., Miler, A. A., Onofriescu, A.,
300 Abdulan, I. M., Ciuntu, B. M., Balan, G., Trofin, F., & Timofte, D. V. (2025). Dietary Habits,
301 Obesity, and Bariatric Surgery: A Review of Impact and Interventions. *Nutrients* 2025, Vol. 17,
302 Page 474, 17(3), 474. <https://doi.org/10.3390/NU17030474>
- 303 Mehta, M., Izurieta, R., Nishio, A., Horita, R., & Yamamoto, M. (2023). Nutritional intake and
304 metabolic parameters of Japanese university students with and without obesity: Sex-specific
305 differences. *PLOS ONE*, 18(5), e0285088. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0285088>
- 306 Mejia, C. R., Aguilar-Pantaleón, ;, Carlos, Alfaro, ;, Sabrina, Carranza, ;, Brian, Eulogio, ;, Perla,
307 Gálvez-N, ;, Angela, Godo, ;, & Ghiuliana. (2019). Artículo Original. *Nutr. Clín. Diet. Hosp*, 39(4),
308 65–71. <https://doi.org/10.12873/3943mejia>
- 309 Mikler, R., Fabio Eduardo Pinzón, C., & Metke, R. (2021). Secondary bariatric surgery at San Ignacio
310 university hospital. *Revista Colombiana de Cirugia*, 36(3), 457–461.
311 <https://doi.org/10.30944/20117582.752>
- 312 Monteiro, C. A., Cannon, G., Levy, R. B., Moubarac, J. C., Louzada, M. L. C., Rauber, F., Khandpur,
313 N., Cediel, G., Neri, D., Martinez-Steele, E., Baraldi, L. G., & Jaime, P. C. (2019). Ultra-
314 processed foods: What they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*, 22(5), 936–
315 941. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>
- 316 Nance, K., Acevedo, M. B., & Pepino, M. Y. (2020). Changes in taste function and ingestive behavior
317 following bariatric surgery. *Appetite*, 146. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104423>
- 318 Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023a, March 3). *La OPS insta a hacer frente a la*
319 *obesidad, principal causa de enfermedades no transmisibles en las Américas - OPS/OMS |*
320 *Organización Panamericana de la Salud*. [https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2023-ops-insta-](https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2023-ops-insta-hacer-frente-obesidad-principal-causa-enfermedades-no-transmisibles)
321 [hacer-frente-obesidad-principal-causa-enfermedades-no-transmisibles](https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2023-ops-insta-hacer-frente-obesidad-principal-causa-enfermedades-no-transmisibles)
- 322 Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023b, November 9). *Nuevo informe de la ONU: 43,2*
323 *millones de personas sufren hambre en América Latina y el Caribe y la región registra niveles de*
324 *sobrepeso y obesidad mayores a la estimación mundial - OPS/OMS | Organización Panamericana de la*
325 *Salud*. [https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2023-nuevo-informe-onu-432-millones-personas-](https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2023-nuevo-informe-onu-432-millones-personas-sufren-hambre-america-latina-caribe)
326 [sufren-hambre-america-latina-caribe](https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2023-nuevo-informe-onu-432-millones-personas-sufren-hambre-america-latina-caribe)
- 327 Pajuelo Ramírez, J., Torres Aparcana, L., Agüero Zamora, R., & Bernui Leo, I. (2019). El sobrepeso,
328 la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. *Anales de La Facultad de*
329 *Medicina*, 80(1), 21–27. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15863>

- 330 Panduro-Barón, J. G., Barrios-Prieto, E., Pérez-Molina, J. J., Panduro-Moore, E. G., Rosas-Gómez, E.
331 S. M., & Quezada-Figueroa, N. A. (2021). Obesity and its maternal perinatal complications.
332 *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 89(7), 530–539. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i7.4561>
- 333 Pineda Soto, V. I., & Estrada Oré, E. L. del S. (2020). Comparación de tres modelos de etiquetado
334 nutricional frontal de productos industrializados en Perú, 2019. *Perspectivas En Nutrición*
335 *Humana*, 22(1), 35–45. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v22n1a03>
- 336 Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J.
337 (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED,
338 Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(7), 931–
339 935. <https://doi.org/10.1079/PHN2004556>
- 340 Sobas, K., Suliga, E., Bryk, P., & Gluszek, S. (2025). Dietary Patterns and Nutritional Status in
341 Bariatric Surgery Candidates—A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 17(4), 716.
342 <https://doi.org/10.3390/NU17040716/S1>
- 343 Taillie, L. S., Hall, M. G., Popkin, B. M., Ng, S. W., & Murukutla, N. (2020a). Experimental studies of
344 front-of-package nutrient warning labels on sugar-sweetened beverages and ultra-processed
345 foods: A scoping review. In *Nutrients* (Vol. 12, Issue 2). <https://doi.org/10.3390/nu12020569>
- 346 Taillie, L. S., Hall, M. G., Popkin, B. M., Ng, S. W., & Murukutla, N. (2020b). Experimental studies of
347 front-of-package nutrient warning labels on sugar-sweetened beverages and ultra-processed
348 foods: A scoping review. *Nutrients*, 12(2). <https://doi.org/10.3390/nu12020569>
- 349 Torensma, B., Hany, M., Aarts, E., Berends, F., van Wagenveld, B., Parmar, C., Shikora, S., & Cohen,
350 R. V. (2025). Reframing Obesity: Physiological Mechanisms, Clinical Diagnosis, and Implications
351 for Metabolic Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 35(6), 2004–2006.
352 <https://doi.org/10.1007/S11695-025-07870-0/METRICS>
- 353 Triana, G. J. C., Luque, A. P. P., Alvarado, W. S., & Rojas, J. F. B. (2025). Las redes sociales y su
354 influencia en la aceptación e intención de hacerse cirugías estéticas en mujeres centennials.
355 *Anuario Electrónico de Estudios En Comunicación Social “Disertaciones,”* 18(2).
356 <https://doi.org/10.12804/REVISTAS.UROSARIO.EDU.CO/DISERTACIONES/A.14472>
- 357 Tuero, C., Valenti, V., Rotellar, F., Landecho, M. F., Cienfuegos, J. A., & Frühbeck, G. (2020).
358 Revisiting the Ghrelin Changes Following Bariatric and Metabolic Surgery. *Obesity Surgery*,
359 30(7), 2763–2780. <https://doi.org/10.1007/S11695-020-04601-5/METRICS>
- 360 Vilugrón, F., Fernández, N., Letelier, J., Medina, A., & Torrejón, M. (2022). Use of nutrition labelling
361 and its association with the adherence to Mediterranean diet and nutritional status determined
362 through the perception of body image in university students of Valparaíso, Chile: a cross-
363 sectional study. *Revista Espanola de Nutricion Humana y Dietetica*, 26(1), 41–51.
364 <https://doi.org/10.14306/renhyd.26.1.1438>
- 365 World Health Organization. (2004). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report
366 of a WHO Consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. *Who*, 1–253.