

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR BARTOLOMÉ VASALLO”
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN



“COMPARACIÓN DE LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA, LA
DESINHIBICIÓN ALIMENTARIA Y LA ALIMENTACIÓN EMOCIONAL
EN ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD Y
NORMOPESO, DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY, ENTRE RÍOS, EN EL
PERIODO DEL MES DE MARZO DE 2023”

Tesina presentada para completar los requisitos del Plan de Estudios de la
Licenciatura en Nutrición

Alumna: PONCE, AGUSTINA NARELLA

Directora: Lic. en Nutrición HERNÁNDEZ, ROCÍO

Co Directora: Dra. en Psicología OÑATE, MARÍA EMILIA

“Las opiniones expresadas por el autor de esta Tesina no representa
necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la
Universidad de Concepción del Uruguay”

Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina
Marzo 2023



ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	7
ANTECEDENTES.....	11
Antecedentes / Estado del arte:.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
Preguntas de la investigación:.....	16
OBJETIVO.....	17
Objetivo general:.....	17
Objetivos específicos:.....	17
HIPÓTESIS.....	18
MARCO TEÓRICO.....	19
CAPÍTULO I: Conductas alimentarias y hábitos.....	19
→ RESTRICCIÓN ALIMENTARIA (RA).....	21
→ DESINHIBICIÓN ALIMENTARIA (DA).....	22
→ ALIMENTACIÓN EMOCIONAL (AE).....	23
CAPITULO II: Imagen Corporal.....	25
• Componente perceptual:.....	25
• Componente subjetivo (cognitivo-afectivo):.....	25
• Componente conductual:.....	26
CAPÍTULO III: Estado Nutricional.....	27
→ NORMOPESO - PESO SALUDABLE.....	27
→ OBESIDAD DE PESO NORMAL (OPN).....	29
→ SOBREPESO Y OBESIDAD.....	29
→ FORMAS DE DIAGNÓSTICO:.....	32
• Índice de Masa Corporal (IMC).....	32
• Índice de Cintura Cadera (ICC):.....	33
• Índice de circunferencia de cintura:.....	34
• Medición de los pliegues cutáneos:.....	34
→ SEDENTARISMO:.....	35
→ ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT):.....	36
MATERIAL Y MÉTODOS.....	38
Marco metodológico.....	38
Tipo de estudio:.....	38
Muestra.....	38
Criterios de exclusión:.....	39
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40
Procedimientos de recolección de datos.....	42
Análisis y procesamiento de los datos.....	43
RESULTADOS ALCANZADOS Y ANÁLISIS:.....	44
RESULTADOS ALCANZADOS:.....	47



GRUPO CON DIAGNÓSTICO DE NORMOPESO.....	47
GRUPO CON DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD.....	55
DISCUSIÓN.....	73
CONCLUSIÓN.....	77
LIMITACIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	92
Anexo 1. Consentimiento informado.....	92
Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico.....	93
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO:.....	94
Anexo 3. Instrumento de evaluación:	
Cuestionario de los Comportamientos Alimentarios de Tres Factores (TFEQ).97	



AGRADECIMIENTOS

A mi amada familia y a mi novio quienes han sido mi apoyo incondicional a lo largo de estos años, gracias por su amor, contención y confianza en mí. Siempre mi refugio en los momentos de duda y mi gran impulso en cada paso que doy. No hay palabras suficientes para expresar lo que valoro su presencia en mi vida. Su aliento me dio la fuerza necesaria aún cuando yo no me creía capaz.

A mi abuela Nana, fuiste y sos mi gran impulso y motivación en todo esto. Tus palabras de fuerza, tus abrazos contenedores y tus mensajes, ¡las tantas velas encendidas!. Gracias por transmitirme la confianza necesaria para creer en mí misma.

A mi Tata, que desde el cielo me sonrío, da paz y me acompaña siempre.

A mis tutoras de tesina, Emilia y Rocío, les agradezco profundamente por su guía, gran paciencia y dedicación para colaborar a que este trabajo y desarrollo académico hayan sido posibles. Su conocimiento, experiencia y apoyo han sido fundamentales en este viaje.

Y a mis facu - amigas y hermanas de la vida, futuras colegas, gracias por estar en cada momento, por haber hecho este camino más lindo y divertido, aún en los momentos difíciles, su presencia y amor han sido invaluable.

Sin ustedes, este logro no habría sido posible. ¡Gracias!

Agustina Ponce.



RESUMEN

Este trabajo se realizó con la intención de describir tres tipos de conductas alimentarias específicas: **la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional**; y compararlas según cómo se comportan en un grupo de personas con diagnóstico de normopeso y otras con diagnóstico de obesidad, según su Índice de Masa Corporal (IMC) , índice de circunferencia de cintura e índice de cintura - cadera, todos ellos adultos jóvenes de 18 a 28 años, residentes de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

La investigación fue de tipo cuantitativa, con un diseño descriptivo-comparativo, de corte transversal y de campo. Para responder a los objetivos de investigación, se constituyó una muestra intencional, no probabilística, de 40 adultos jóvenes que tenían entre 18 y 28 años. De esos 40 adultos jóvenes, 20 tuvieron diagnóstico de obesidad y 20 diagnóstico de normopeso.

Con respecto a las técnicas e instrumentos de recolección de datos, se aplicó un cuestionario sociodemográfico estructurado para obtener información sobre: sexo, edad, peso, altura, perímetros de cintura y cadera, enfermedades preexistentes, entre otros. Además, para evaluar la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional se utilizó el Cuestionario de los Comportamientos Alimentarios de Tres Factores (Three Factor Eating Questionnaire - Revised 21 items, TFEQ-r21). Los mismos fueron respondidos a través de un cuestionario de Google. Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva e inferencial para la prueba de hipótesis, específicamente Prueba T para muestras independientes. Los resultados revelaron que el grupo de jóvenes con diagnóstico de obesidad mostró niveles más altos de las tres variables evaluadas en comparación con los diagnosticados con normopeso. Además, se encontraron



diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de los dominios evaluados. En conclusión, estos hallazgos respaldan la hipótesis planteada, demostrando que los jóvenes con diagnóstico de obesidad tienen mayores niveles de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional, resaltando así la importancia de abordar de manera integral las conductas alimentarias en el tratamiento de la obesidad, promoviendo una relación sana con los alimentos y una adecuada educación alimentaria.

Palabras clave: restricción alimentaria, desinhibición alimentaria, alimentación emocional, obesidad, normopeso, jóvenes.



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La obesidad es una enfermedad que ha ido incrementando su prevalencia a lo largo de los años y está cada vez más arraigada en nuestra sociedad. A nivel universal, la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2021), ha realizado estimaciones donde reflejan la importancia y lo grave de la situación en la actualidad, con respecto al **sobrepeso y la obesidad**. Compuestos tanto cognitivos como conductuales, que son parte de la alimentación moderna hoy, como el consumo de alimentos altamente energéticos, son dos variables que se relacionan con lo que la tesista quiere investigar.

Por otro lado, las malas **conductas alimentarias**, combinadas con una escasa actividad física, el consumo indiscriminado de alcohol, tabaco o drogas, el mal manejo del tiempo libre y el sueño alterado en las personas, haciendo hincapié en los jóvenes, son factores que pueden llevar a tener sobrepeso u obesidad si no se revierten tempranamente. Tiene un gran valor para los ámbitos de salud que exista información acerca de cómo afectan también los factores emocionales y psicológicos, junto a las **conductas alimentarias**, ya que pueden ser determinantes o predisponentes de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. (Arrivillaga et al. 2003)

La alimentación en las personas ha cambiado de manera tal que los hábitos y rutinas alimentarias se modificaron, logrando que el riesgo de padecer obesidad se incremente con el pasar del tiempo, afectando a nivel salud con enfermedades silenciosas, despertando otras tantas complicaciones como cardiopatías, hipertensión, dislipidemias como hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia, entre otras.



Un estudio realizado por el repositorio del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2021), demuestra que el 57,4% de los adultos iguales o mayores de 20 años, tanto hombres como mujeres, en promedio, presentan sobrepeso o son obesos; y también revelaron que entre los años 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado.

Parula (2017) destacó que más de 1900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso (39% de la población) y más de 600 millones eran obesos (13%).

Se torna inminente la necesidad de buscar herramientas para combatir el sobrepeso y la obesidad, implementar como pilar la prevención y lograr tratamientos efectivos para estas condiciones; fomentar un estilo de vida saludable para una mejor calidad de vida, principalmente porque traen con sí múltiples enfermedades asociadas, cobrando importancia inclusive económica, política y social, ya que como la subalimentación, son cuestiones que conmueven a la población.

La OMS declaró a la obesidad como una **epidemia**, generando gran conmoción en la medicina, ya que crece exponencialmente el riesgo de episodios cardiovasculares, diabetes mellitus, inclusive cáncer (Cardone et al., 2010). Los autores hacen hincapié en que estamos frente a un **modelo de vida obesogénico**, donde la sociedad ha incorporado de tal manera el consumo de productos ultra procesados, ricos en calorías y grasas, alejándose del consumo de alimentos y preparaciones típicas. Los ritmos de vida de las personas son cada vez más sedentarios e inactivos.

Según el mismo autor, en la República Argentina ...“*el 49.1% de la población general presentaba exceso de peso, compuesto por 34,5% de sobrepeso y 14.6%*



de obesidad. En algunas provincias, por su parte, este exceso de peso alcanzó el 58% aproximadamente.”

Los autores Pérez Fuentes y colaboradores (2019), manifiestan que el fundamento de la alimentación está en las **conductas alimentarias**, que así como están pautadas por la cultura, religión, sociedad, psicología, cada vez es mayor la variación que tienen las personas en su alimentación, de modo tal que los desórdenes en la conducta han aumentado en los últimos años, provocando un interés a nivel nutricional, para la mejora de la calidad de vida de las mismas.

Observar este comportamiento es valioso para favorecer en las personas una ingesta alimentaria saludable, el mantenimiento del peso y la composición corporal. (Arias et al., 2018).

Ante lo planteado es que surge la temática de este estudio, de las variables de conductas alimentarias como son **la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional**.

La restricción alimentaria es una *limitación voluntaria cognitiva del ser humano para controlar el consumo y cantidad de alimentos ingeridos, por lo general relacionado con controlar su peso corporal* (Pérez Fuentes et al., 2019).; la desinhibición alimentaria, puede definirse como un *consumo excesivo de alimentos, en ausencia de hambre y/o cuando hay ciertos estímulos como estrés o situaciones de interacción social* (Ortiz Hernández et al., 2012). La alimentación emocional, suele ser *la utilización de algunas personas del consumo de alimentos como una*



forma de afrontar y /o lidiar con emociones, ya sean negativas, positivas o preocupantes (Parodi, 2015).

Algunos autores citados posteriormente en antecedentes de la investigación resaltaron en sus trabajos que, estas tres variables de conductas alimentarias se manifiestan mayormente en personas con obesidad, que aquellos normopeso, con similitudes también en claras disconformidades con su imagen corporal, enfatizándose en el sexo femenino. También destacan que se producen fluctuaciones entre las restricciones y desinhibiciones alimentarias, por factores emocionales, tanto positivos como negativos. (Silva, 2008); (Prieto et al., 2010) y (Cruzat - Mandich, 2017).

El estudio de estas tres conductas, es relevante para lograr diagnósticos certeros con anterioridad. Poder identificarlas de manera previa a que se agraven o comiencen a ser crónicas las problemáticas arraigadas, puede significar un aporte fundamental para la práctica profesional de la salud y nutrición.



ANTECEDENTES

Antecedentes / Estado del arte:

En este apartado describiremos los trabajos de investigación previa que nos informan sobre los tres tipos de conductas alimentarias que abordaremos: *restricción alimentaria*, *desinhibición alimentaria* y *alimentación emocional*. Específicamente atenderemos a las descripciones en grupos de adultos jóvenes con diagnóstico de normopeso y obesidad. Aún no se ha estudiado de forma puntual esta problemática, por lo que se detallarán estudios cercanos y serán expuestos en función de la antigüedad, desde lo más lejano a lo actual.

→ **Silva (2008)**, un Psicólogo de Temuco, Chile, publica en una revista médica su investigación sobre restricción alimentaria y sobrealimentación (desinhibición alimentaria), llamada “**Restricción alimentaria y sobrealimentación: Un modelo de la neurociencia afectiva**”. En ella, sustenta que cuando se da la combinación de los factores de restricción y desinhibición alimentarias, se pueden denominar a esas personas como **comedores refrenados** o **dietantes crónicos**. Explica que las emociones tienen un papel primordial con respecto al consumo de alimentos, diferenciando por ejemplo que en *personas normales*, suele darse que disminuyen su ingesta de alimentos al padecer una emoción negativa. Por otro lado, las personas que define como “dietantes crónicos”, poseen el mecanismo contrario, donde aumentan la ingesta frente a estas situaciones negativas. El autor informó que aquellos “dietantes crónicos” han reportado desinhibición alimentaria ante diferentes estados afectivos. Con esto revela



que no solo se da esta circunstancia frente a sentimientos negativos, sino ante emociones diferentes, que también pueden ser positivas.

- **Prieto, I. R., Fernández, M. S., Ríos, P. B. y Jáuregui-Lobera, I. (2010)**, publicaron un estudio llamado “Obesidad y rasgos de personalidad”, sostienen que cuando hablamos sobre los comportamientos alimentarios de personas obesas, suelen observarse sobre ingesta o desinhibición alimentaria. Además, advierten que la **restricción alimentaria**, *suele ser muy común entre personas que padecen obesidad, siendo mayores los niveles entre las mujeres*. Este estudio es un metaanálisis realizado sobre 79 trabajos de investigación. Dentro de sus hallazgos resulta importante destacar que, en un 29,6% de personas con obesidad, se da una **ingesta emocional**, por sentimientos negativos como la depresión, enojo, aburrimiento, ansiedad o cansancio (generando un estrés emocional), atribuyendo a éste la causa de su exceso de peso. En cambio, en un 10,2% de personas obesas se da la sobreingesta por emociones positivas o en menor medida por eventos sociales. Otras conductas alimentarias informadas fueron el comer por la noche y el picoteo. Su principal *conclusión* fue que no es posible describir un factor común en la personalidad de todos los obesos, pero que sí existen ciertas características que se comparten y repiten formando un patrón, como por ejemplo, que a mayor grado de obesidad, hay menor autoestima, **mayores dificultades con los comportamientos alimentarios**, depresión, **restricción alimentaria**, ansiedad y disconformidad corporal.
- **López, C., Raimann, T. X., y Gaete, M. V. (2015)** realizaron una investigación en Chile sobre la “Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico”. Los investigadores llevaron a cabo este



análisis advirtiendo que ciertas conductas alimentarias frecuentes y perpetuadas en el tiempo pueden llevar a desórdenes alimentarios. Específicamente, observaron que de los pacientes obesos que realizan una consulta nutricional, el 30% presentan una desinhibición alimentaria significativa. Además pueden también surgir otras conductas como la del comedor nocturno, episodios de “picoteos” o ingestas emocionales, conviviendo con momentos de **restricciones alimentarias**, que en casos graves incluso pueden culminar en episodios de bulimia. Los autores concluyen que, a mayor el nivel de sobrepeso, mayor el riesgo de desarrollar desinhibiciones alimentarias.

→ **Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, Lizana Calderón, Aravena Winkler, y Haemmerli Delucchi (2017)**, realizaron un estudio llamado “*Differences in body image of young normal weight and overweight/obese people*” en el cual, compararon la autopercepción de la imagen corporal en jóvenes normopeso y en jóvenes con sobrepeso u obesidad. Su muestra estuvo conformada por 376 jóvenes de ambos sexos, entre 18 y 25 años, los grupos de normopeso y sobrepeso u obesidad se conformaron según el índice de masa corporal. Advirtieron que los jóvenes con sobrepeso u obesidad que están menos satisfechos con su apariencia y con su cuerpo, presentan menos conductas orientadas a mantener o mejorar su forma física y presentan una mayor obsesión por la delgadez. A pesar de esto, no están dispuestos a realizar actividades concretas que les permitan cambiar su estado. Según los autores, en la actualidad, sobre todo en jóvenes, las **conductas alimentarias** están muy dictadas por la satisfacción corporal, ya que suelen guiarse mucho por la apariencia física y por “mejorarla”. La principal preocupación de este grupo



sería el peso y “lograr la delgadez”. Esto es mucho más visible en mujeres que en hombres, donde existe una negatividad mayor frente a la aceptación de su cuerpo. A partir de los resultados obtenidos, sugieren que es primordial darle atención a todas las conductas alimentarias en los tratamientos de obesidad para lograr un mayor éxito.

→ **Arias, T. V. C., Loor, M. I. F., Merizalde, D. L. A., Trujillo, C. A. A., y Padilla, P. D. R. 2018)** realizaron un trabajo de investigación basándose en el cuestionario de tres factores de la alimentación TFEQ (mismo estudio propuesto para ser utilizado en esta tesina para la recolección de datos), con la intención de evaluar la importancia de la **desinhibición del control de la alimentación**, también conocido como atracones o sobreingesta, en el aumento del peso corporal. A las personas estudiadas se les realizaron mediciones antropométricas según ISAK (Sociedad Internacional para el Avance de la Kinantropometría), se calcularon sus valores de IMC (Índice de masa corporal) y se les realizó el cuestionario TEFQ, obteniendo como resultado que los sujetos que presentan una **alta desinhibición alimentaria** tienen una media de peso corporal más alta y un IMC superior, comparado a los de **baja desinhibición alimentaria**, quienes presentaron mejores parámetros de peso y una composición corporal más saludable. Los autores concluyen que el estudio del comportamiento alimentario es útil para favorecer una ingesta alimentaria saludable, el mantenimiento del peso y la composición corporal.

→ **Pérez-Fuentes, Molero Jurado, Gázquez Linares, y Oropesa Ruiz (2019).** Realizaron un estudio llamado “Propiedades psicométricas del Three Factor Eating Questionnaire en personal sanitario”, analizando en el mismo



restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en una muestra de adultos de 22 y los 57 años, trabajadores de salud. Advirtieron que ciertas situaciones laborales estresantes facilitan o dan lugar a la **alimentación emocional**. La razón de esto es que surge el “hambre” frente a situaciones estresantes o emociones negativas, afectando a su alimentación. Consecuentemente, esta sensibilidad al hambre o predisposición a alimentarse emocionalmente, se puede vincular a la desinhibición alimentaria.

→ **Palomino-Pérez A. M. (2020)** en su estudio “Rol de la emoción en la conducta alimentaria” define como “comedores emocionales” a aquellas personas que se refugian en la ingesta de alimentos, que generalmente se destacan por ser ricos en grasas y/o azúcares, y los consumen frente a emociones negativas como frustraciones, enojos e ira. Lo relevante de esta investigación es que llega a la conclusión de que los que optan principalmente por la **alimentación emocional**, suelen ser las mujeres por sobre los hombres, y las personas que sufren obesidad por sobre los normopeso, y que puede darse en momentos marcados de restricción alimentaria. La autora concluye, que poner énfasis sobre **cómo se regulan las emociones**, impactaría en la elección de los alimentos ingeridos, como estrategia para el control alimentario.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Preguntas de la investigación:

¿Cómo se presenta la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **normopeso** de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023?

¿Cómo se presenta la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **obesidad** de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023?

¿Existe **diferencia** en la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional según la pertenencia al grupo de adultos jóvenes con diagnóstico de normopeso u obesidad de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023?



OBJETIVO

Objetivo general:

- **Analizar** la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional según la pertenencia al grupo con diagnóstico de normopeso u obesidad entre los adultos jóvenes de 18 a 28 años en el período del mes de marzo de 2023 en la ciudad de Concepción del Uruguay.

Objetivos específicos:

1. **Describir** la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **normopeso** de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023.
2. **Describir** restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **obesidad** de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023.
3. **Comparar** la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de normopeso u obesidad de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023.



HIPÓTESIS

Habrán diferencias significativas en la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional entre los adultos jóvenes, según la pertenencia al grupo de diagnóstico de normopeso u obesidad de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023, específicamente, quienes pertenecen al grupo con **diagnóstico de obesidad** presentarán mayores niveles de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional.



MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: Conductas alimentarias y hábitos

Una conducta es una actividad o proceso, que puede ser tanto animal como humano, cuyo objetivo es cubrir cierta situación de carencia o necesidad. Una **conducta alimentaria** es aquel comportamiento que adquirimos las personas, ya sea desde la selección de alimentos, preparaciones, costumbres, hábitos, volúmenes consumidos, influyendo de esta manera en el estado nutricional de los mismos. Troncoso C. y Amaya J.P. (2009) la definen como *“un fenómeno de naturaleza compleja y de origen multifactorial, que por definición es influenciado por diversos factores entre los cuales se distinguen la sociedad, cultura, religión, situación económica, disponibilidad de alimentos entre otros”*.

En ciertos casos pueden surgir trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que si bien no es el tema específico de interés en el informe de la tesista, definirlos vale la redundancia. Los TCA son una serie de alteraciones, por lo general de carácter persistente en relación a los alimentos, comportamientos y pensamientos, en los cuales se evoluciona a una gran preocupación por la pérdida de control con respecto al peso y la forma de alimentación (Chau Miyakawa et al., 2021).

Engloban una problemática muy actual, que relaciona tanto la medicina, la psicología y la nutrición, generando esta triada de trabajo indispensable para poder colaborar con las personas que lo padecen. No puede tratarse de manera individual ya que cada pilar de tratamiento es tan importante como el otro.

Reanudando a la temática de **conductas alimentarias**, debemos comenzar a profundizar en la temática y tener bien definidos ciertos conceptos.



“La conducta alimentaria es un constructo multidimensional que incluye tres componentes: **conductual, cognitivo y afectivo**” (López Aguilar, et al., 2011).

Según los autores, estas conductas están pautadas según dos límites, el primero es el **límite fisiológico de hambre y saciedad**, y el segundo es el **límite psicológico o cognitivo**.

Desde que nacemos hasta que partimos, nos alimentamos. Comer es nuestro combustible, una necesidad básica en la vida, y repetimos este acto miles de veces, todo lo que dura nuestra existencia. Cobra importancia en la vida de los humanos, no sólo de manera fisiológica, sino también afectiva, psicosocial y sociocultural. ¿Estamos felices? Comemos. ¿Estamos tristes? Comemos, o dejamos de comer.

De qué nos alimentamos y cómo lo hacemos, ha ido variando en el tiempo, por la mezcla de costumbres, religiones, el placer, los sabores, culturas, modas, etc. Entonces, ¿cómo nutrirse, y la manera de hacerlo, no va a influenciar en la estructura y funcionamiento de nuestro organismo? **“Los seres humanos no comemos sólo por necesidad biológica o para vivir”** (Torresani et al., 2009). Las conductas alimentarias pueden o no determinar algún trastorno alimentario, pero no siempre es el caso.

→ **RESTRICCIÓN ALIMENTARIA (RA)**

Puede definirse como la limitación cognitiva autoimpuesta del humano para controlar la ingesta de alimentos, relacionada con el control del peso corporal. (Pérez Fuentes et al., 2019).

Otra forma de definir **restricción alimentaria** es la posible reducción o abstinencia en la ingesta o bebida de alimentos, fluctuando desde la simple evitación de una comida considerada “engordante” o la omisión de uno de los tiempos de



comidas diarias, como puede ser el desayuno o la cena. Pueden darse inclusive ayunos prolongados en los cuales escasamente se consume agua. Suele suceder en personas que tienen la intención de reducir su peso, y es uno de los principales causantes de los desórdenes de conducta alimentaria. (Bojórquez et al., 2008).

Es mayormente visible esta conducta en el sexo femenino que masculino, siendo así, que los autores llegaron a la conclusión de que se da en 1 hombre, por cada 6 mujeres. Su causa generalmente es en base a **disconformidades con su cuerpo**, por el deseo de una imagen corporal delgada o un peso o talla diferente, coexistiendo constantemente con sentimientos negativos o de culpa con respecto a la comida, mayormente en períodos de la vida como la juventud o la adolescencia.

La principal problemática es que realizan dietas sin ningún tipo de control, dejándose llevar por comerciales televisivos o por redes sociales, revistas, etc.

Algo típico también de las personas que tienen comportamiento de restricción alimentaria es que, por lo general, suelen tener dificultades para mantener ciertas relaciones o participar en actividades sociales normales, como por ejemplo una comida con otras personas o adaptarse a lo que van a comer en reunión.

Retomando acerca de los **límites** y la conducta alimentaria, cuando se dan episodios de *restricción alimentaria*, suelen estar dominadas por el límite psicológico explicado anteriormente, no por el fisiológico. Un claro ejemplo son los episodios de hambre auto-producidos cuando existen **alteraciones de la conducta alimentaria**.

En cambio, la alimentación en condiciones normales de salud, están pautadas por el límite fisiológico, donde al no haber interacciones psicológicas de manera patológica, se produce el apetito y la saciedad, consumiendo los alimentos normalmente.



Por ello, cuando hay dietas restrictivas, estos se están obligando a tener “cuotas” para consumir alimentos, y cuando sienten que han excedido en esta cuota, tienden a realizar la *desinhibición alimentaria*, provocando inclusive atracones (López Aguilar, et al., 2011).

→ **DESINHIBICIÓN ALIMENTARIA (DA)**

Pérez Fuentes et al. (2019) sostienen que la **desinhibición alimentaria** se describe como una disposición a perder el control sobre la ingesta de comida. Lo asocian con un mayor índice de masa corporal (IMC) y obesidad, con elecciones de alimentos menos saludables, así como con menor autoestima y baja actividad física.

Ortiz Hernández et al. (2012) definen a la **desinhibición alimentaria** como el consumo excesivo de alimentos, en ausencia de hambre y/o cuando hay ciertos estímulos como estrés o situaciones de interacción social.

Los autores la relacionan también con episodios de *inseguridad alimentaria*, en un estudio realizado sobre adolescentes de México, demostraron que aquellos que poseen inseguridad alimentaria crónicamente, desarrollan desinhibición alimentaria, es decir, ignoran por completo la sensación de hambre o saciedad, reemplazándola por consumo indiscriminado de comida, en función de los alimentos que tienen disponibles. También frente a estímulos presentan hambre o comen rápidamente, desarrollando un aumento del riesgo de contraer obesidad con mayor distribución de grasa abdominal.

Vázquez Velázquez et al. (2001) comentan que, en la historia de la humanidad, a lo largo de los años se mantuvo la teoría de que la mayoría de las personas con obesidad tienen problemas con su personalidad, y que la alivian con sobre ingesta de alimentos (desinhibición), como recurso para reducir la ansiedad.



Está comprobado que *son mayores los casos de obesos con alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos que en personas normopeso.*

→ **ALIMENTACIÓN EMOCIONAL (AE)**

Parodi (2015) define como **alimentación emocional (AE)** a la utilización del consumo de alimentos como estrategia o forma de afrontar y /o lidiar con emociones que tienen algunas personas, ya sean negativas, positivas, preocupantes, etc. Otros lo manifiestan como una forma de reducir la conciencia del distrés (estrés negativo) a través de un bloqueo o disociación.

Cuando el comer se desvía de su principal función, para atender a alguna necesidad emocional, se vuelve un acto psíquico, que podría estar dirigido a obtener placer o relacionarse con otros en relaciones conflictivas.

La misma autora señala que una de las problemáticas psicológicas más frecuentes en pacientes con obesidad, es la depresión y/o ansiedad, en un 40 al 72% de los casos.

Peña Fernández et al. (2015) en un artículo, explica que por lo general las personas que sufren de **ingesta emocional**, en respuesta a emociones desagradables o disgustantes, aumentan el consumo de ciertos alimentos. Por otro lado, los comedores que **no** son emocionales, no modifican su alimentación, incluso pueden restringirla.

En un estudio mencionado también por estos autores, se relata que contrario a lo que suponían sus resultados, donde planteaban que los comedores emocionales aumentaban mayormente su ingesta en emociones desagradables, algunas personas estudiadas también tuvieron un **incremento de consumo** frente a emociones agradables, dejando así expuesto que puede darse en ambas



situaciones. En fin, del mismo modo, fueron más las ingestas frente a las emociones desagradables que agradables, para generar el “indicador” de la sobre ingesta alimentaria.

La **alimentación emocional** afecta de manera directa al estado nutricional, en mayor número al sexo femenino. Por lo general, mujeres de entre 20 a 26 años, suelen intensificar esta relación con los alimentos por alguna emoción negativa, en conjunto con estrés. *“Actualmente, se considera que la alimentación emocional es un factor mediador entre la depresión y la ganancia de peso y el IMC, especialmente en mujeres”*. (Díaz Castrillón et al.,2019).

CAPITULO II: Imagen Corporal

A lo largo de los años se han formado muchas percepciones distintas acerca de la definición de *imagen corporal*. En sí, no existe una puntual, ya que cada investigador que la definió, le dio distinto enfoque, tanto psicológicos, conductuales, literales, etc.

El autor Schilder (1950) sostenía que “la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual se nos representa a nosotros mismos”

En cambio Raich (2000), dice que es algo construido de manera compleja, que involucra tanto la apreciación que tenemos de toda nuestra figura y de cada una de sus partes, como los límites y movimientos de ésta, lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo.

Thompson et al. (2002) definen a la imagen corporal en tres componentes, uno **perceptual**, otro **subjetivo** y por último, **conductual**.



- **Componente perceptual:**

Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad.

- **Componente subjetivo (cognitivo-afectivo):**

Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (satisfacción, preocupación, ansiedad, etcétera).

- **Componente conductual:**

Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ej. conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.). Normalmente, la imagen corporal coincide con la realidad, lo cual significa que uno se ve tal como es.

En resumen, la **definición integradora** propuesta por Baile Ayensa (2003) engloba que *“la imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.”*

Los estándares de belleza que tan visibles están hoy en redes sociales, revistas, televisión, anuncios y moda, son bastante similares en todo el mundo, sobre todo en países desarrollados, donde todo es pro-delgadez, a veces incluso extrema. La situación de los jóvenes y adolescentes es delicada ya que vivencian estos estereotipos desde muy temprana edad generando un riesgo a padecer alteraciones o incomodidades con su imagen corporal o con su peso, predominando sobre todo en el sexo femenino. (Raquel Vaquero C. et al.,2013)

Las señales que aportan una distorsión de la imagen corporal o estar disconforme con ésta, son una útil herramienta para identificar ciertos **desórdenes de conducta**



alimentaria. En cambio, según los autores Stice y Shaw (2004), sostienen que el poseer una satisfacción corporal alta, disminuye el riesgo de padecer patologías de la conducta alimentaria.

CAPÍTULO III: Estado Nutricional

→ NORMOPEO - PESO SALUDABLE

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2021) considera **normopeso o peso normal** a aquellas personas cuyo índice de masa corporal (IMC) se encuentra entre los valores de 19 a 25. El índice de masa corporal, es un indicador antropométrico que es calculado a partir de dividir el peso en kilogramos, entre la estatura en metros elevada al cuadrado ($IMC = kg/m^2$).

Algunos autores definen el **peso saludable** como aquel intervalo de peso en el que se lo relaciona con estadísticas de buena salud, existiendo un límite mínimo y máximo donde puede ser posible mantenerse un adecuado estado de salud.

Los profesionales de salud pueden estimar el peso saludable con el uso de tablas de crecimiento o con el uso de fórmulas. También es conocido como **“PESO IDEAL”**. Existe una problemática con la palabra “ideal”, ya que genera una connotación. Se discute que puede llevar a un manejo inapropiado en el uso cotidiano de los profesionales para calcular las fórmulas de requerimientos nutricionales, por ello se creó el **peso objetivo**, siendo más realista, ya que existen situaciones donde una persona sufre diferentes patologías donde no podrían alcanzarlo.

Los mismos autores sostienen que *“...es necesario subrayar que el peso saludable no disminuye el riesgo de enfermedad, no sugiere que se obtenga un*



mejor rendimiento para el trabajo ni tampoco una mejor apariencia” (Ramírez et al.,2012).

No siempre la palabra normopeso o peso ideal es un *sinónimo de salud*. Usualmente los signos exteriores o un número reflejado en una balanza que está dentro de los rangos de normalidad, pueden hacer creer que una persona goza de buena salud cuando por dentro la realidad puede ser completamente diferente. Hay casos donde se da la **obesidad con peso normal (OPN)**.

La población de jóvenes y adolescentes hoy en día se considera el ojo de la preocupación a nivel salud pública, ya que éste es un período crítico en el cual las rutinas y hábitos se arraigan trayendo posibles problemas a largo plazo, hasta la adultez. Es preocupante la incidencia de obesidad que existe en este grupo, ya que cada vez son más visibles sus malos hábitos alimentarios, mayor sedentarismo, bajo consumo de frutas y hortalizas e inhibición de comidas importantes. (Díaz Castrillón et al.,2019).

Conservar un **peso saludable** y mantener hábitos alimentarios saludables, lleva a adoptar una conducta que promueve la salud, evitando a largo plazo enfermedades coronarias y metabólicas, trastornos psicológicos, como ansiedad, conductas alimentarias, del sueño, malnutrición, etc. (Osorio et al.,2010). Aunque practicar hábitos de vida saludables no garantiza gozar de una vida más larga, definitivamente puede mejorar la calidad de vida de una persona.



→ **OBESIDAD DE PESO NORMAL (OPN)**

La **Obesidad de Peso Normal (OPN)**, es definida como Índice de Masa Corporal (IMC) normal, asociado a elevada proporción de grasa corporal (GC), aumento desfavorable de lípidos y del perfil inflamatorio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el aumento de la grasa corporal, por sobrepeso u obesidad, incrementa el riesgo para la salud, por ser enfermedades crónicas.

La acumulación excesiva de grasa corporal que se da en el sobrepeso y la obesidad, trae consigo un riesgo de desarrollo de otras enfermedades y comorbilidades, tanto cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes tipo 2, incluso neoplasias en mama, endometrio, colon, próstata, etc. en conjunto a veces también con trastornos psicológicos y sociales. (Torres Zapata et al., 2018).

En muchos casos, algunas personas puede que no sea adecuado evaluarlas según IMC, ya que su evaluación puede revelar que son normopeso, pero pueden ser **obesos de peso normal**. ¿Qué significa esto? El IMC no diferencia la masa magra de la grasa, dejando el indicador con una precisión limitada para diagnosticar individuos con un exceso de masa grasa que presenta un IMC dentro del rango normal (Madeira et al., 2013).

→ **SOBREPESO Y OBESIDAD**

Sobrepeso (SP): se define como sobrepeso al aumento del peso corporal, en relación a la talla.

Obesidad (OB): se define como obesidad al aumento excesivo de la grasa



corporal.

Según la OMS (2021), La obesidad y el sobrepeso se definen como *“una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”* Establecen también a la obesidad como una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud.

Mahan et al. (2013) en el libro *“Krause, Dietoterapia”*, detalla que *“El SP y la OB suelen ir en paralelo, si bien es posible presentar sobrepeso con arreglo a los valores de referencia sin padecer obesidad. De igual modo, un individuo puede tener una gordura excesiva sin padecer sobrepeso”*.

Según el Dr. Braguinsky (2007), una definición de obesidad es *“un incremento en el porcentaje de grasa corporal, generalmente acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo”*.

Otra definición propuesta por el mismo Dr. es que es un *“grupo de cuadros clínicos de tipo crónico, caracterizados por el aumento de grasa corporal, frecuentemente acompañado de un incremento del peso corporal. La magnitud del exceso de grasa corporal, su distribución, su posible carácter hipertrófico y el eventual depósito ectópico de la grasa determinan el grado de enfermedad de estos cuadros. “*

Etiología:

En la obesidad existe un desequilibrio entre la **ingesta calórica** y el **gasto energético**. Este balance energético positivo lleva a que haya un aumento del tejido adiposo.



La obesidad está determinada por la interacción de ciertos factores:

- **Genéticos:** a partir de un genoma de tipo que se expresa en un medio obesogénico en diversas hormonas, enzimas y otras sustancias de acción metabólica.
- Factores del medio (social, económico, cultural)
- Alimentación hipercalórica, con exceso de grasas, azúcares concentrados, pobre en fibras, frutas y hortalizas.
- Un marcado sedentarismo. Es el síndrome de inactividad física. Enfermedad por carencia de actividad que debería ser considerado “sedentarismo obligado” ya que está impuesto por las características del actual modo de vida.
- Problemas sociales (depresión, soledad, algún trastorno psicológico, etc.)
- Otros factores como el excesivo consumo de alcohol, supresión del tabaquismo, factores víricos y tóxicos, etc.

El libro “Lineamientos para el cuidado nutricional” de Torresani y Somoza (2009), deja pautados ciertos ítems que aclaran:

- *La obesidad es una enfermedad crónica, que se puede controlar pero no curar.*
- *Implica riesgos para la salud, siendo este uno de los conceptos de mayor importancia.*



→ **FORMAS DE DIAGNÓSTICO:**

- **Índice de Masa Corporal (IMC)**

El **IMC** es una de las medidas más útiles e ideales para valorar y diagnosticar este tipo de patología, ya que es la misma para ambos sexos, para los adultos de todas las edades y por su buena correlación con la grasa corporal total. De igual manera hay que ser precavido ya que es siempre una aproximación. Su fórmula de cálculo es $(IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2)$.

Tabla N°1: “Diagnóstico del grado de Obesidad, según IMC, y clasificación del riesgo”.

IMC	Clasificación	Riesgo
< 18,5	Bajo peso	Bajo
18,5 – 24,9	Normal	Peso saludable
25,0 – 29,9	Sobrepeso	Moderado
30,0 – 34,9	Obesidad grado I	Alto
35,0 – 39,9	Obesidad grado II	Muy alto
> 40,0	Obesidad grado III (mórbida)	Extremo

* Organización Mundial de la Salud (OMS), 1998.



- **Índice de Cintura Cadera (ICC):**

Expresa la cantidad de grasa intra-abdominal en las personas. Tiene un valor predictivo importante de riesgo de alteraciones y consecuencias metabólicas de la obesidad, por lo cual su uso como diagnóstico de obesidad casi iguala en importancia al IMC.

Se determina dividiendo la circunferencia a nivel del ombligo y el máximo de circunferencia de las caderas y los glúteos. Este índice es mayor en el hombre que en la mujer, precisamente por la distribución de la grasa en ambos sexos y tiende además a aumentar con la edad. **Un índice mayor de 0,95 en el hombre y de 0,80 en la mujer es predictor de aumento del riesgo de anomalías metabólicas.**

Una circunferencia de la cintura mayor de 94 cm en el hombre y de 80 cm en la mujer, es diagnóstico de **sobrepeso u obesidad abdominal aún cuando el IMC no lo evidencie**, y resulta un marcador importantísimo de futuras complicaciones; por lo tanto, es un punto de partida para la intervención médica, sobre todo si se asocian otros factores de riesgo como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), o las alteraciones lipídicas.

$$ICC = \frac{cintura(cm)}{cadera(cm)}$$

Riesgo	Mujer	Hombre
Bajo	<0,80	<0,95
Moderado	0,81 - 0,85	0,96 - 1
Alto	>0,86	>1

- **Índice de circunferencia de cintura:**

La circunferencia de cintura (CC) es una medida antropométrica que evalúa la distribución de grasa corporal alrededor de la cintura.



Es útil para la identificación de la obesidad abdominal y ha sido calificada como una mejor herramienta para evaluar riesgo cardiovascular, más que el índice de masa corporal (IMC). Velásquez, E et al (2015).

- **Medición de los pliegues cutáneos:**

Se realiza la medición de los pliegues cutáneos en diferentes sitios del cuerpo, con ecuaciones y nomogramas para la conversión del grosor del pliegue en grasa y que se expresa en el porcentaje de grasa corporal que debe ser no mayor de 28 % en la mujer y no mayor del 20 % en el hombre.

Se requiere la suma de **cuatro pliegues** para estas mediciones, que son:

- ❖ *Tricipital*: Se lo ubica sobre el músculo tricipital en la cara posterior del brazo. Se lo observa aumentado en obesidad, pero principalmente en pacientes con distribución grasa ginoide.

- ❖ *Subescapular*: Ubicado a un cm por debajo de la punta de la escápula y orientado en forma oblicua, se lo encuentra proporcionalmente aumentado fundamentalmente en las obesidades androides.

- ❖ *Ilíaco*: Se lo toma a un centímetro por encima de la cresta ilíaca, a la altura de la línea axilar anterior.

- ❖ *Bicipital*: Se ubica en el punto medio del brazo, en la cara anterior, sobre el músculo bicipital.

* *Además de la sumatoria de los 4 pliegues, la bioimpedancia monofrecuencia y la interactividad infrarroja son los métodos más económicos.*

La medición de los pliegues tiene el inconveniente de que la distribución de la grasa difiere en individuos con igual cantidad de tejido adiposo y que en ciertas formas de obesidad, la grasa tiene una distribución generalizada, mientras en otras es



fundamentalmente abdominal.

Cualquier resultado que supere el percentil 95 es diagnóstico de obesidad. Existen a su vez, algunos inconvenientes para su uso, como la variabilidad inter operadora o la dificultad en la toma de grandes pliegues. Además, sólo estima la grasa subcutánea y no la visceral.

→ **SEDENTARISMO:**

Desde el punto de vista antropológico, el término "sedentarismo" (del Latín "sedere", o la acción de tomar asiento) se ha utilizado para describir la transición de una sociedad nómada a otra establecida en torno a un lugar o región determinada.

Según la OMS (2021), al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte a la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte "pasivos" también ha reducido la actividad física.

*“Las enfermedades no transmisibles asociadas a la inactividad física son el **mayor problema de salud pública** en la mayoría de los países del mundo. Se necesitan con urgencia medidas de salud pública eficaces para mejorar la actividad física de todas las poblaciones.” (OMS, 2021)*

El autor Lí (2010) define el **sedentarismo** como la realización de actividad física durante menos de 15 minutos y menos de tres (3) veces por semana durante el último trimestre.



El sedentarismo en nuestro mundo es una **situación preocupante y crítica**, ya que afecta tanto a niños y jóvenes como a los adultos. Desde hace varios años atrás los índices de obesidad y enfermedades causadas por esta problemática han aumentado considerablemente. Este es considerado como **la cuarta causa de mortalidad mundial**.

→ ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT):

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la primera causa de muerte en la República Argentina. Factores como el consumo de tabaco, alcohol, alimentación inadecuada, falta de actividad física, son los principales determinantes de estas.

Martinez y Díaz (2010) en Colombia, definen las enfermedades crónicas como “un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tienen una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo, con algunas excepciones su origen no es contagioso”

“Entre estas ECNT encontramos patologías como: **cardiopatía, episodios cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas** son causados por factores de riesgo como la **hipertensión, el glucosa en sangre elevada, la hiperlipidemia, y sobrepeso/obesidad**, que a la vez son el resultado de regímenes alimentarios no saludables, inactividad física, consumo de tabaco y



exceso de alcohol.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018 (ENFR 2018) de Ferrante D. et al. (2011), **el 66,1% de la población adulta de la Argentina tiene exceso de peso**, donde el sobrepeso alcanza al 33,1% de la población y la obesidad al 32,4%, en base a la medición objetiva. Además, el 34,6% tiene presión arterial elevada y el 22,2% es tabaquista. La encuesta también indica que el 64,9% no realiza suficiente actividad física y que solo el 6% cumple con la recomendación de consumo de cinco porciones de frutas o verduras al día. En cuanto a los indicadores de alcohol, la ENFR de 2013 refleja que el consumo de alcohol regular de riesgo a nivel nacional es de 7,8%.



MATERIAL Y MÉTODOS

Marco metodológico

Tipo de estudio:

La investigación se realizó de tipo cuantitativa, con un diseño descriptivo-comparativo, de corte transversal y de campo (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2014). Acorde a la temporalidad, se condujo de corte transversal porque las mediciones fueron realizadas durante el mes de marzo del año 2023. Según los objetivos, se trató de un estudio comparativo, dado que su finalidad fue comparar el grado en el que se presentaban las variables en ambos grupos y **analizar** el comportamiento en cada uno de ellos, es decir, en aquellos con diagnóstico de obesidad y diagnóstico de normopeso. Finalmente, considerando el tipo de fuente, se clasificó como de campo porque consistió en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados.

Muestra

Para responder a los objetivos de investigación, se constituyó una muestra intencional, no probabilística, de 40 adultos jóvenes que tenían entre 18 y 28 años. De esos 40, 20 con diagnóstico de obesidad y 20 con diagnóstico de normopeso, según su Índice de Masa Corporal , índice de circunferencia de cintura e índice de cintura - cadera. Todos ellos provenientes de la ciudad de Concepción del Uruguay, provincia de Entre Ríos, Argentina.



Los **criterios de inclusión** para la obtención de la muestra fueron los siguientes:

- Sexo **masculino y/o femenino**.
- Edades entre **18 a 28 años**.
- Provenientes de la ciudad de **Concepción del Uruguay**, provincia de Entre Ríos, Argentina.
- IMC para diagnóstico de adultos jóvenes con obesidad , un puntaje de **30 o mayor**.
- IMC para diagnóstico de adultos jóvenes normopeso, un puntaje de **18,4 a 24,9**.
- Índice de cintura - cadera para diagnóstico de obesidad, **mayor de 0,95 en el hombre y de 0,80 en la mujer**.
- Índice de cintura cadera para diagnóstico de normopeso, **menor o igual a 0,95 en el hombre y menor o igual a 0,80 en la mujer**.
- Circunferencia de la cintura para diagnóstico de obesidad, **mayor de 94 cm en el hombre y de 80 cm en la mujer**.
- Circunferencia de la cintura para diagnóstico de normopeso, **menor o igual a 94 cm en el hombre y menor o igual a 80 cm en la mujer**.
- Que estén dispuestos voluntariamente a participar mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Aquellos que participaran del cuestionario y posean según IMC (índice de masa corporal) dando un diagnóstico de **bajo peso** o de **sobrepeso**; y circunferencias menores a los rangos dispuestos anteriormente.
- No pertenecer al rango etáreo establecido



Técnicas e instrumentos de recolección de datos

❖ **Cuestionario sociodemográfico**

Con el propósito de recabar datos significativos en relación a los sujetos de la muestra y su contexto, se confeccionó un cuestionario estructurado para que mediante su administración, se obtuviera así información sobre: sexo, edad, peso, altura, índice de cintura, de cintura - cadera, enfermedades preexistentes, entre otros ¹.

❖ **Evaluación de la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional.**

Para analizar la **restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional** se utilizó el Cuestionario de los Comportamientos Alimentarios de Tres Factores² (Three Factor Eating Questionnaire - Revised 21 items, TFEQ-r21; Cappelleri, Bushmakin, Gerber, Leidy, Sexton, Lowe, 2009). El TFEQ-r21 se compone de tres subescalas: *restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional*. Son 21 ítems que se responden en escala de Likert. Los ítems del 1 al 20 tienen una escala Likert de cuatro puntos; y el ítem 21 tiene una escala Likert de calificación numérica de ocho puntos (Wilson, 2009).

- ❖ La subescala de *restricción alimentaria* evalúa la restricción consciente de la ingesta de alimentos con el objetivo de controlar el peso corporal y la forma, y para promover la pérdida de peso. (Los ítems son 1, 5, 11, 17, 18 y 21).

➤ **Por ejemplo: “No como algunos alimentos porque me engordan”.**

¹ Puede encontrarse un modelo del cuestionario sociodemográfico en el anexo 2.

² Puede encontrarse un modelo del instrumento en el anexo 3.



- ❖ Por otro lado, la subescala de *desinhibición alimentaria* evalúa la falta de habilidad de la persona para mantener el control sobre la ingesta, cuando tiene hambre o cuando hay comida presente. (Los ítems son 3, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 19 y 20).

➤ *Por ejemplo: “A veces cuando empiezo a comer, parece que no puedo parar”.*

- ❖ Por último, la subescala de *alimentación emocional* evalúa la tendencia a comer en exceso por emociones negativas como la ansiedad y la depresión. (Los ítems son 2, 4, 7, 10, 14 y 16).

➤ *Por ejemplo: “Cuando me siento deprimido, quiero comer”.*

Por cada una de estas subescalas se obtiene un puntaje, sumando las respuestas de las preguntas correspondientes a cada subescala. Los puntajes más altos indican mayor tendencia a tener *restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional* (Natacci, 2009).

Este instrumento ha dado cuenta de buenas propiedades de confiabilidad y validez con un alfa de Cronbach de 0.73 para el total de la escala (Chau Miyakawa y Paredes Vargas, 2021).

Procedimientos de recolección de datos

Los datos fueron recabados de forma intencional, no probabilística, con la forma de muestreo denominada “*snowballing*” o *bola de nieve*, también conocida como muestras en cadena o por redes, la cual consiste en aprovechar o utilizar para el estudio las personas disponibles en un momento dado, localizando a algunos



individuos conocidos por el investigador que cumplen los criterios de inclusión, los cuales conducen a otros y estos a otros (Hernández Sampieri et al., 2014).

En principio, se estableció contacto con los sujetos que cumplían los criterios de inclusión; seguido a esto se procedió a informar sobre el propósito de la investigación. Estando los mismos de acuerdo, se les envió un enlace para que respondan al cuestionario.

En ese enlace, que los dirigía a un formulario de Google en línea, inicialmente estaba el consentimiento informado³ en el cual se les explicaba a los participantes las características y el propósito de investigación, como así también el tratamiento absolutamente confidencial de la información proporcionada por ellos y con únicos fines de investigación, además se mencionaba que la participación era voluntaria y retirarse no le causaría ningún perjuicio, también se brindaron los datos del investigador por si eventualmente quisieran comunicarse. Quienes aceptaron participar continuaron completando el formulario.

Seguidamente, accedían a completar el **cuestionario sociodemográfico** y finalmente respondieron el Cuestionario de los Comportamientos Alimentarios de Tres Factores.

Análisis y procesamiento de los datos

Con la información obtenida a través de los cuestionarios, se realizó un procesamiento y análisis estadístico de los datos, utilizando el programa Excel y el Statistical Package for Sciences (SPSS) versión 22.

³ Puede encontrarse un modelo del consentimiento informado en el Anexo 1.



Primeramente, se llevó a cabo un análisis de estadística descriptiva básica de la muestra para poder describirla, obteniendo las frecuencias, medias y desvíos típicos.

Seguidamente, para cumplir los objetivos específicos 1 y 2, se llevó a cabo un análisis de estadística descriptiva básica sobre las variables de estudio en los distintos grupos, específicamente: frecuencias, medias y desvíos típicos, puntajes observados mínimos y máximos, con el objeto de conocer los niveles con los que se presentaron las diferentes medidas de **restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional** según el grupo de pertenencia de diagnóstico de obesidad o normopeso en la muestra de adultos jóvenes de Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

Finalmente, con el objetivo de probar la hipótesis planteada y a fin de analizar si *existen diferencias en la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional* según la pertenencia al grupo de diagnóstico de obesidad y normopeso, se utilizó la Prueba T de Student para muestras independientes.



RESULTADOS ALCANZADOS Y ANÁLISIS:

Luego de la realización de esta investigación de tipo cuantitativa, con diseño descriptivo-comparativo, de corte transversal y de campo (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2014), se esperó poder responder a los objetivos de investigación. Con ese fin, la expectativa era poder constituir una muestra intencional, no probabilística, de 40 adultos jóvenes que tengan entre 18 y 28 años, de cualquier sexo. De esos 40, 20 con diagnóstico de obesidad y 20 con diagnóstico de normopeso, teniendo en cuenta su Índice de Masa Corporal, índice de circunferencia de cintura y su índice de cintura - cadera, todos ellos provenientes de la ciudad de Concepción del Uruguay, provincia de Entre Ríos, Argentina.

Las personas encuestadas que nos brindaran su consentimiento debían responder un **cuestionario sociodemográfico** y el Cuestionario de los Comportamientos Alimentarios de Tres Factores (Cappelleri, Bushmakin, Gerber, Leidy, Sexton, Lowe, 2009) que se compone de tres subescalas: *la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional*. Los datos fueron recabados a través de internet con un cuestionario en línea, utilizando la forma de muestreo denominada “*snowballing*” o *bola de nieve*, la cual consiste en aprovechar o utilizar para el estudio las personas disponibles en un momento dado, localizando a algunos individuos conocidos por el investigador que cumplen los criterios de inclusión, los cuales conducen a otros y estos a otros (Hernández Sampieri et al., 2014).

Luego se procedió a realizar los análisis de datos llevando a cabo un análisis de estadística descriptiva básica de la muestra para poder describirla, obteniendo las frecuencias, medias y desvíos típicos. Seguidamente, se llevó a cabo un análisis de



estadística descriptiva básica sobre las variables de estudio en los distintos grupos, específicamente: frecuencias, medias y desvíos típicos, puntajes observados mínimos y máximos, con el objeto de conocer los niveles con los que se presentaron las diferentes medidas de **restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional** según el grupo de pertenencia de diagnóstico de obesidad o normopeso en la muestra de adultos jóvenes de Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Finalmente, **se observó si existían diferencias** en *la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional* según la pertenencia al grupo de adultos jóvenes con diagnóstico de obesidad y de normopeso. Se utilizó la Prueba T de Student para muestras independientes.

Con todo esto se esperaba **analizar** la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional según la pertenencia al grupo de diagnóstico de obesidad y de normopeso entre los adultos jóvenes de 18 a 28 años en el período del mes de Marzo de 2023.

Específicamente, para poder describir la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **normopeso** de Concepción del Uruguay en el período del mes de Marzo de 2023, describir restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **obesidad** de Concepción del Uruguay en el período del mes de Marzo de 2023, y comparar la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de obesidad y de normopeso de Concepción del Uruguay en el período del mes de Marzo de 2023.



Se hipotetizó que habría diferencias significativas en la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional según la pertenencia al grupo con diagnóstico de normopeso y de obesidad entre los adultos jóvenes de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023, específicamente, quienes pertenecían al grupo de diagnóstico de obesidad presentarían mayores niveles de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional.

Finalmente, en base a estos datos, se elaboró un **informe de resultados**, que serán analizados en el capítulo siguiente en la discusión; y comparados con el estado del arte y los antecedentes vinculados a este tema. Así también con estos datos se permitió redactar las conclusiones finales del trabajo de tesis, junto con un detalle de sus limitaciones y recomendaciones para futuros estudios.



RESULTADOS ALCANZADOS:

Descripción de la muestra:

Se obtuvo una muestra intencional que comprendió a 65 adultos jóvenes que tenían entre 18 a 28 años de edad, de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Durante el mes de marzo del 2023 se realizaron los cuestionarios a través de Formularios de Google y una vez recabado el número solicitado para los fines de esta investigación, se procedió a realizar el diagnóstico de cada uno de ellos, siguiendo los criterios de (IMC) Índice de Masa Corporal, Índice de circunferencia de cintura y el (ICC) Índice de Cintura y Cadera. Teniendo esta información se conformó un grupo de 20 personas a las que se las denominó con **diagnóstico de normopeso**; y un segundo grupo de 20 personas al que se lo denominó con **diagnóstico de obesidad**. El resto de los individuos encuestados no cumplían con los criterios planteados anteriormente, por lo cual fueron retirados de la muestra por no cumplir con los criterios mencionados.

A continuación, realizaremos una descripción de cada grupo.

GRUPO CON DIAGNÓSTICO DE NORMOPESO

Este grupo fue conformado por **20 adultos jóvenes** que tenían entre 18 y 28 años de edad, siendo la media de *24,85 años* y el desvío de *1,92 años*. Todos ellos de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

Para la conformación y diagnóstico del grupo se tuvo en cuenta que su **IMC** (Índice de Masa Corporal) sea con puntaje de entre **18,4 a 24,9**; un ICC **menor o igual a 0,95 en el hombre y menor o igual a 0,80 en la mujer** y una CC

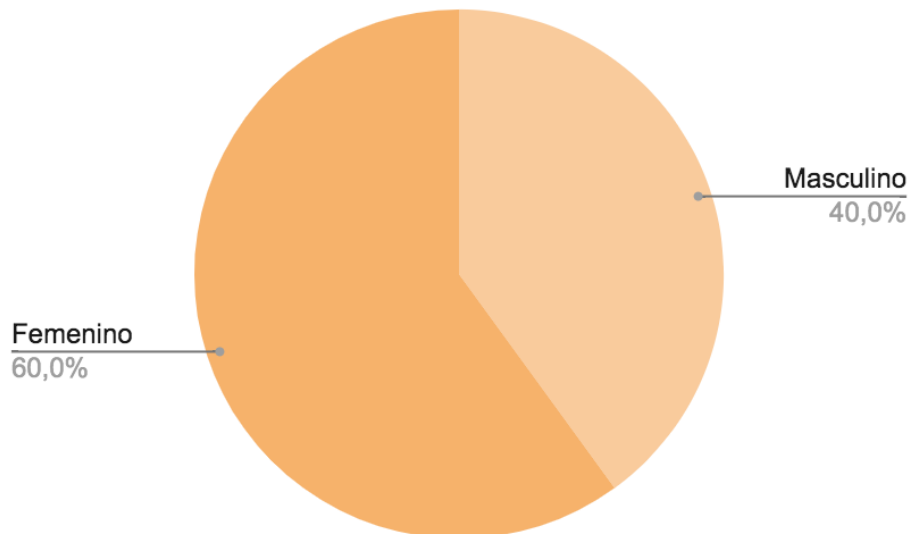


(circunferencia de cintura) **menor o igual a 94 cm en el hombre y menor o igual a 80 cm en la mujer.**

Fueron seleccionados en este grupo como con diagnóstico de **normopeso** ya que su IMC y la medición de sus circunferencias se encuentran dentro de los rangos normales según lo establecido por la OMS (Organización mundial de la Salud, 2021).

A continuación, se detallarán algunas características sociodemográficas y otras características referidas a la salud de los sujetos.

Figura 1. Categorización del sexo de los sujetos evaluados con diagnóstico de **normopeso**.



En relación al sexo de las 20 personas encuestadas, el **60%** (n=12) era de sexo **femenino** y el **40%** (n=8) de sexo **masculino**, como puede observarse en la figura 1. En cuanto al nivel socioeconómico, el 95% era de nivel medio y el 5% era de nivel alto.



Tablas de frecuencia

Tabla 1. Sexo

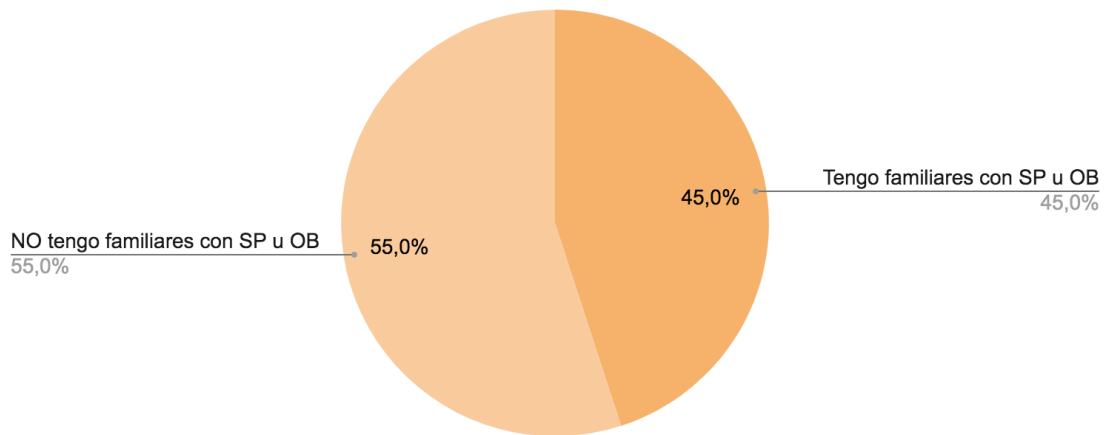
Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	8	40,0	40,0	40,0
Femenino	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabla 2. Nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Medio	19	95,0	95,0	95,0
Alto	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



Figura 2. Antecedentes familiares de obesidad y/o sobrepeso en grupo con diagnóstico de normopeso.



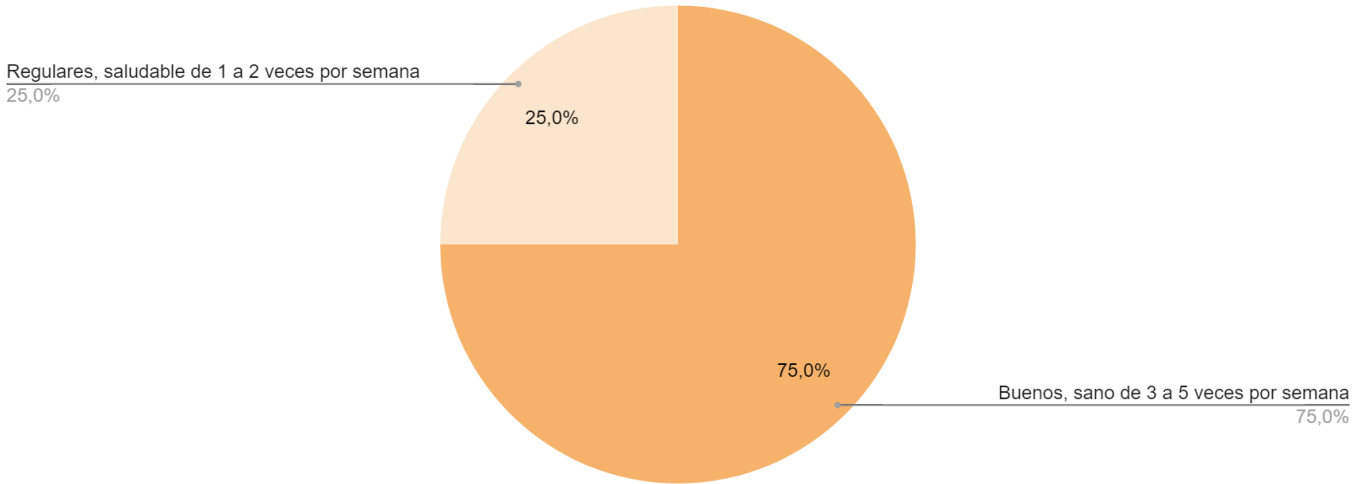
Podemos apreciar interpretando la *Tabla 3* y *Figura 2* de antecedentes familiares de obesidad y sobrepeso, que el **55%** (n=11) **no poseen antecedentes** de estas patologías.

Tabla 3. Familia y antecedentes de obesidad - sobrepeso

Familia y antecedentes de obesidad - sobrepeso				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tengo familiares con obesidad o sobrepeso	9	45,0	45,0	45,0
No hay antecedentes de obesidad o sobrepeso en mi familia	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



Figura 3. Hábitos alimentarios en grupo con diagnóstico normopeso.



Según los datos obtenidos en la *Tabla 4* y *Figura 3* observamos un pronunciado patrón de alimentación con respecto a sus hábitos alimentarios.

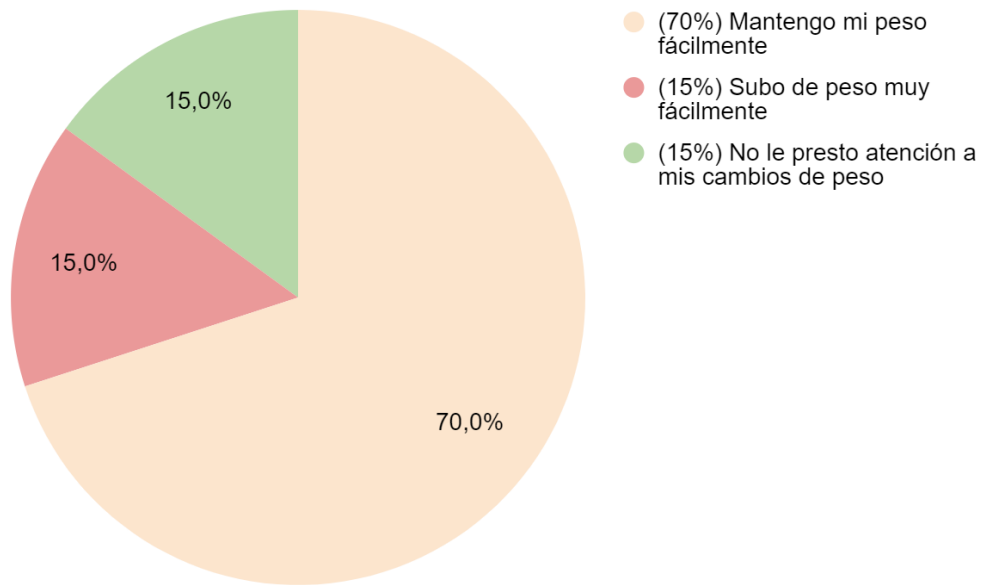
El **75% (n=15)** de las personas con diagnóstico de normopeso tienen hábitos saludables de 3 a 5 veces en la semana y una minoría del **25% (n=5)**, tiene hábitos regulares.

Tabla 4. Hábitos alimentarios

¿Considera que sus hábitos alimentarios son saludables?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e válido	Porcentaje acumulado
Buenos, como sano de 3 a 5 veces por semana	15	75,0	75,0	75,0
Regulares, mi alimentación es saludable de 1 a 2 veces por semana	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



Figura 4. Fluctuaciones en el peso del grupo con diagnóstico **normopeso.**



El gráfico de la **Figura 4** muestra según sus resultados que el **70%** (n=14), no le presta atención a sus cambios de peso. Otro **15%** (n=3) de los participantes indicó que no le presta atención a sus cambios de peso, mientras que el restante **15%** (n=30) sube de peso fácilmente.

Tabla 5. Fluctuaciones de peso corporal

Fluctuaciones en el peso corporal				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mantengo mi peso fácilmente	14	70,0	70,0	70,0
Subo de peso muy fácilmente	3	15,0	15,0	85,0
No le presto atención a mis cambios de peso	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



Imagen Corporal

La tabla de frecuencia de *imagen corporal* *Tabla 6.* refleja una evaluación en general positiva por parte de los individuos de esta muestra. La **mayoría se siente conforme**, tanto en el rango de 1 a 5 puntos, como en el de 5 a 10 puntos. Sólo una pequeña proporción de la muestra mostró sentirse insatisfecho con su imagen corporal.

Si consideramos la escala de los puntajes, observamos que el **20% (n=4)** de los individuos se consideran conformes en el rango de 1 a 5 puntos. Además, el **75% (n=15)** muestra una evaluación aún más positiva en el rango de 5 a 10 puntos. Sólo el **5% (n=1)** se mostró disconforme con su imagen corporal.

Tabla 6. Imagen corporal

Imagen corporal				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Conforme de 1 a 5 puntos	4	20,0	20,0	20,0
Conforme de 5 a 10 puntos	15	75,0	75,0	95,0
No estoy conforme	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Actividad física

Según los datos de la tabla de frecuencia *Tabla 7,* de actividad física, concluimos en que el **85% (n=17)** de los individuos **realizan actividad física al menos una vez a la semana.** Esto lo logramos sumando los porcentajes de los que hacen ejercicio de 3 a 5 veces a la semana (75%) y el de los que lo hacen de 1 a 2



veces semanalmente (10%). Por otro lado, el **15% (n=3)** restante **no realiza ningún tipo de actividad**.

Tabla 7. Actividad física

Actividad física				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Realizo actividad física de 3 a 5 veces por semana	15	75,0	75,0	75,0
Realizo actividad física de 1 a 2 veces por semana	2	10,0	10,0	85,0
No realizo actividad física	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

GRUPO CON DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD

Este grupo fue conformado por **20 adultos jóvenes** que tenían entre 18 y 28 años de edad, siendo la media de **25,55 años** y el desvío de **2,78 años**. Todos ellos de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

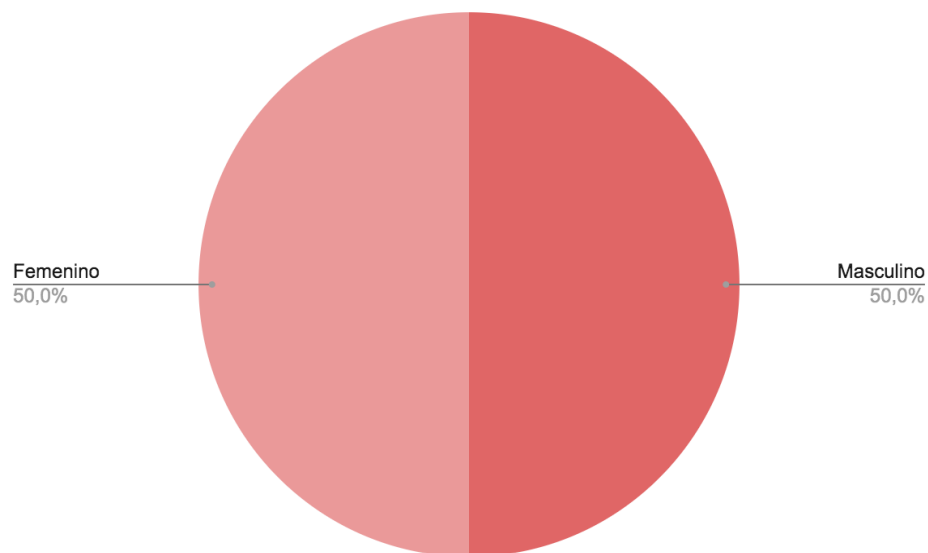
Para la conformación del grupo se tuvo en cuenta que su **IMC** sea un puntaje de **de 30 o mayor**; un ICC **mayor de 0,95 en el hombre y menor o igual a 0,80 en la mujer** y una CC menor o igual a mayor de **94 cm en el hombre y de 80 cm en la mujer**.



Esta muestra fue seleccionada como diagnóstico de obesidad ya que su IMC y mediciones antropométricas (circunferencias e índices) se encuentran por encima de los rangos establecidos como normales por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2021).

A continuación, se detallarán algunas de las características socio demográficas y otras características referidas a la salud de los sujetos.

Figura 5. Categorización del sexo de los sujetos evaluados con diagnóstico de obesidad



En relación con el sexo de las personas encuestadas, el **50%** (n=10) eran de sexo femenino y el **50%** (n=10) de sexo **masculino**, como puede observarse en la *Figura 5*. En cuanto al nivel socioeconómico, el 95% era de nivel medio y el 5% era de nivel bajo.



Tablas de frecuencia

Tabla 8. Sexo

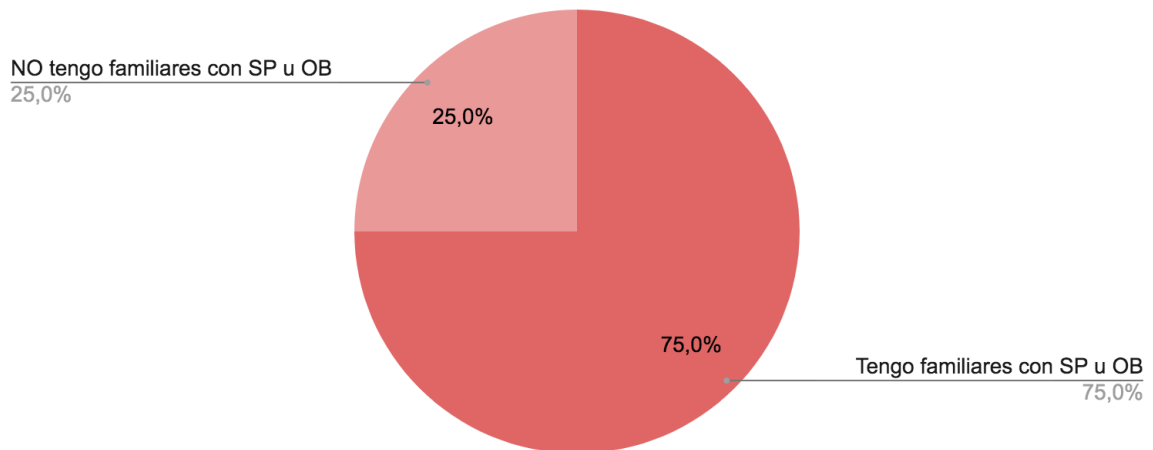
Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	10	50,0	50,0	50,0
Femenino	10	50,0	50,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabla 9. Nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	1	5,0	5,0	5,0
Medio	19	95,0	95,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



Figura 5. Antecedentes familiares con obesidad y/o sobrepeso en grupo con diagnóstico de obesidad.



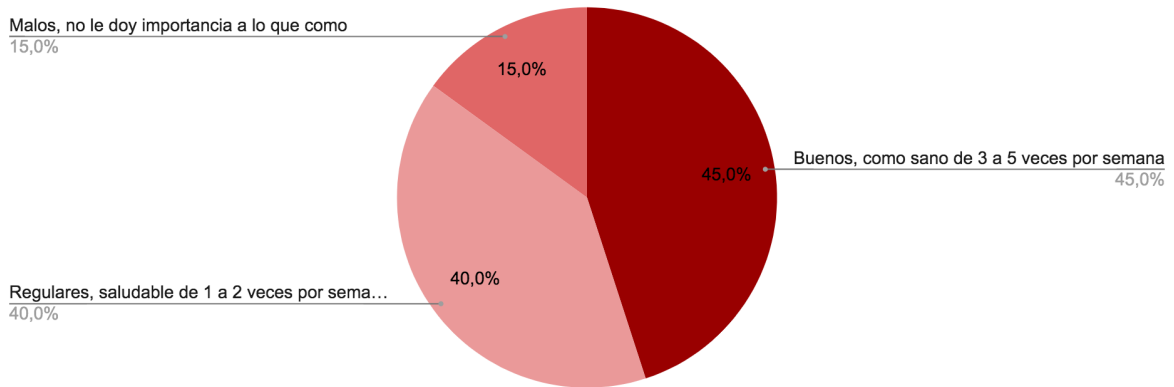
Podemos apreciar interpretando la *Tabla 10* y *Figura 5* de antecedentes familiares de obesidad y sobrepeso, que el **75%** (n=15) de los participantes en la muestra **tienen antecedentes** familiares de estas patologías.

Tabla 10. Familia y antecedentes de obesidad - sobrepeso

Familia y antecedentes de obesidad - sobrepeso				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tengo familiares con obesidad o sobrepeso	15	75,0	75,0	75,0
No hay antecedentes de obesidad o sobrepeso en mi familia	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



Figura 5. Hábitos alimentarios en grupo de personas con diagnóstico de obesidad.



De acuerdo con los resultados presentados en la *Figura 5* y *Tabla 11* se observa que una proporción significativa de las personas con diagnóstico de obesidad en la muestra tienen diferentes patrones de alimentación.

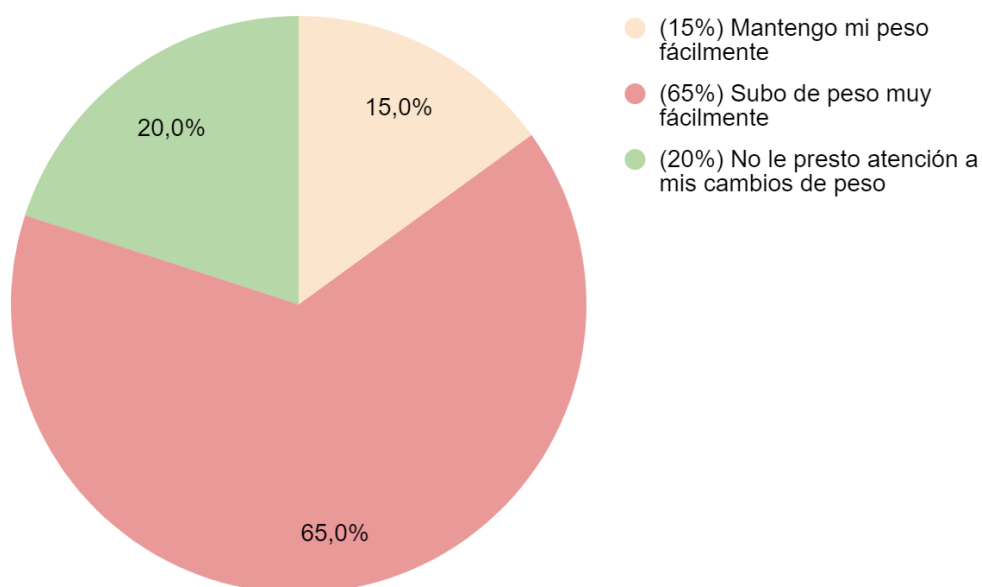
El **45% (n=9)** de las personas con diagnóstico de obesidad tienen hábitos saludables de 3 a 5 veces a la semana. Por otro lado, un **40% (n=8)** presentan hábitos regulares en su dieta, eligiendo opciones saludables solo de 1 a 2 veces a la semana. Por último, el restante **15% (n=3)** muestra una falta de importancia hacia lo que consumen, evidenciando así malos hábitos alimentarios.

Tabla 11. Hábitos alimentarios en grupo con diagnóstico de obesidad.

¿Considera que sus hábitos alimentarios son saludables?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buenos, como sano de 3 a 5 veces por semana	9	45,0	45,0	45,0
Regulares, mi alimentación es saludable de 1 a 2 veces por semana	8	40,0	40,0	85,0
Malos, no le doy importancia a lo que como	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



Figura 6. Fluctuaciones en el peso del grupo con diagnóstico de **obesidad.**



Según los resultados que muestra el gráfico de la **Figura 6**, el **65% (n=13)** de los participantes indica que sube de peso fácilmente. Por otro lado, el **20% (n=4)** no le presta atención a las fluctuaciones de su peso. Por último, el **15% (n=3)** restante mantiene su peso con facilidad.

Tabla 12. Fluctuaciones en el peso del grupo con diagnóstico normopeso.

Fluctuaciones (cambios) en el peso corporal				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mantengo mi peso fácilmente	3	15,0	15,0	15,0
Subo de peso muy fácilmente	13	65,0	65,0	80,0
No le presto atención a mis cambios de peso	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



Imagen Corporal

La *Tabla 13* refleja una evaluación bastante diversa con respecto a sus niveles de conformidad con su *imagen corporal*. Algunos muestran una aceptación moderada o baja, otros más alta y un grupo considerable **no está conforme** en absoluto.

Teniendo en cuenta la escala de los puntajes, se puede observar que el **35% (n=7)** se considera conformes en el rango de 1 a 5 puntos. Por otro lado, el **30% (n=6)** muestra una evaluación más positiva acerca de su imagen corporal identificándose con el rango de 5 a 10 puntos. Por último, el **35% (n=7)** se consideran disconformes con ella.

Tabla 13. Imagen corporal

Imagen corporal				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Conforme de 1 a 5 puntos	7	35,0	35,0	35,0
Conforme de 5 a 10 puntos	6	30,0	30,0	65,0
No estoy conforme	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Actividad Física

Según los datos de la tabla de frecuencia *Tabla 14*, de actividad física, concluimos en que sólo el **50% (n=10)** de los individuos realizan actividad física *al menos de 3 a 5 veces por semana* y el **30% (n=6)** de 1 a 2 veces semanalmente. Por otro lado, el **20% (n=4)** restante **no realiza ningún tipo de actividad**.



Tabla 14. Actividad física

Actividad física				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Realizo actividad física de 3 a 5 veces por semana	10	50,0	50,0	50,0
Realizo actividad física de 1 a 2 veces por semana	6	30,0	30,0	80,0
No realizo actividad física	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



RESULTADOS

Descripción de la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico NORMOPESO.

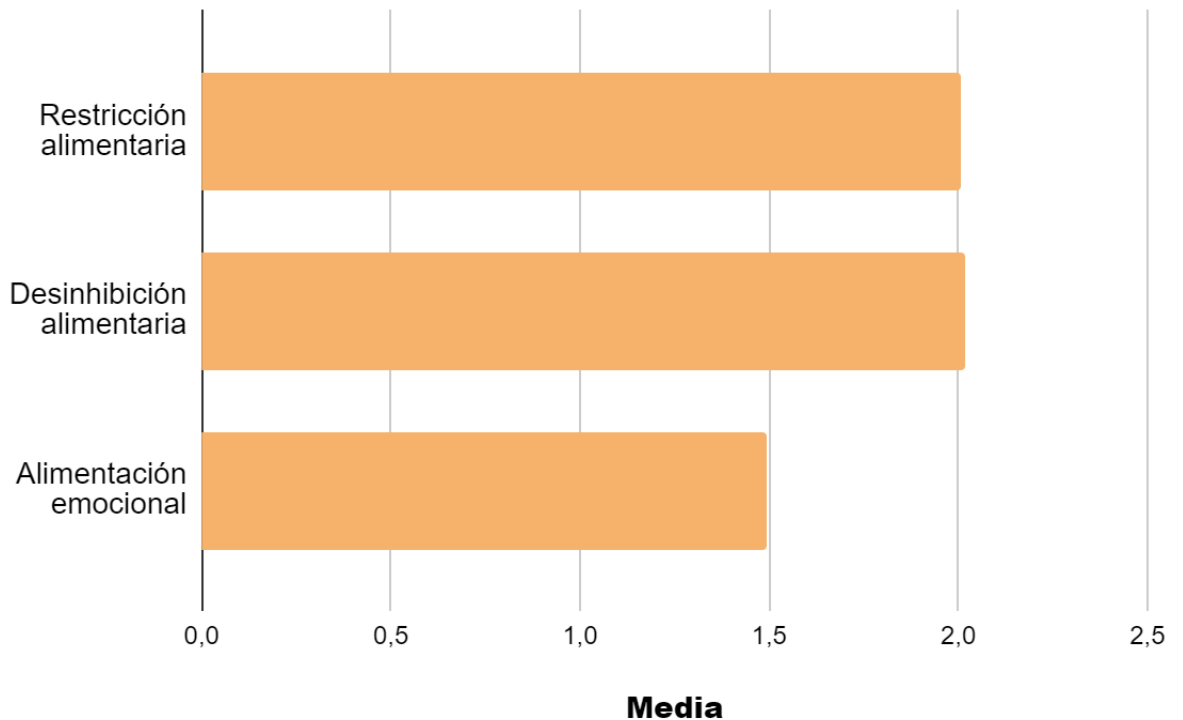
Con relación al **primer objetivo** de la presente investigación, podemos observar en la Tabla 15 los puntajes mínimos y máximos, las medias y los desvíos típicos obtenidos de los puntajes de *restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional* que se hallaron en la muestra de 20 adultos jóvenes evaluados con diagnóstico **normopeso**. En la *Figura 7* se puede apreciar visualmente el comportamiento de estas variables. El rango de puntajes posibles de cada dominio es de un mínimo de **1 punto** y un máximo de **4 puntos**.

Tabla 15. *Puntaje observado mínimo, máximo, media y desvío típico de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo con diagnóstico normopeso.*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío típico
<i>Restricción alimentaria</i>	20	1	4	2,01	0,37
<i>Desinhibición alimentaria</i>	20	1	4	2,02	0,42
<i>Alimentación emocional</i>	20	1	4	1,49	0,37



Figura 7. Medias de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en grupo con diagnóstico de **normopeso.**



Para realizar una descripción más detallada de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo con **diagnóstico de normopeso**, se procedió a describir los diferentes ítems evaluados. En la Tabla 2 se pueden observar los puntajes mínimos y máximos, las medias y los desvíos típicos obtenidos.



Tabla 16. Ítems del cuestionario de tres factores de la alimentación (TFEQ), en personas con diagnóstico de **normopeso**.

Ítems del cuestionario de tres factores de la alimentación - Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)	n	Mínimo	Máximo	Media	Desvío típico
RESTRICCIÓN ALIMENTARIA					
1. Tomo pequeñas cantidades de comida como forma de controlar mi peso	20	1	4	1,8	0,95
5. No como algunos alimentos porque me engordan	20	1	4	1,95	1,15
11. Intencionalmente como menos en las comidas para no ganar peso	20	1	4	2,05	1,03
17. ¿Cuándo evitas comer comidas tentadoras (irresistibles)?	20	1	4	2,4	0,88
18. ¿Qué probabilidades tienes de comer menos de lo que querés si te lo propones?	20	1	4	2,95	0,83
21. En una escala del 1 al 4, donde 1 significa “no hay restricción en la ingesta” y 4 significa “restricción total”, ¿qué número te darías a vos mismo/a?	20	1	3	1,7	0,66
DESINHIBICIÓN ALIMENTARIA					
3. A veces, cuando empiezo a comer, parece que no puedo parar	20	1	3	1,7	0,73
6. Cuando estoy con alguien que está comiendo, frecuentemente me dan ganas de comer yo también	20	1	4	2,1	1,12
8. Tengo tanta hambre que frecuentemente mi estómago parece un pozo sin fondo	20	1	3	1,55	0,76
9. Siempre tengo tanta hambre, que a veces es difícil para mí dejar de comer antes de terminar toda la comida del plato	20	1	4	1,75	0,79
12. Cuando siento aroma rico a comida, encuentro muy difícil evitar comer, incluso si acabo de terminar de comer	20	1	4	1,8	1,01



13. Siempre tengo tanta hambre como para comer en cualquier momento	20	1	3	1,8	0,70
15. Cuando veo algo muy rico, frecuentemente me da tanta hambre que tengo que comer inmediatamente	20	1	4	1,95	1,00
19. ¿Continúas comiendo, aunque no tengas hambre?	20	1	3	2,4	0,68
20. ¿Con qué frecuencia sentís hambre?	20	1	4	2,1	0,85
ALIMENTACIÓN EMOCIONAL					
2. Empiezo a comer cuando estoy preocupado	20	1	3	1,75	0,79
4. Cuando estoy triste, suelo comer demasiado	20	1	3	1,5	0,61
7. Cuando estoy tensionado o estresado, siento la necesidad de comer	20	1	3	1,7	0,73
10. Cuando me siento solo, me consuelo comiendo	20	1	3	1,35	0,67
14. Si estoy nervioso, intento calmarme comiendo	20	1	2	1,25	0,44
16. Cuando me siento deprimido, quiero comer.	20	1	3	1,4	0,60

Descripción de la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de OBESIDAD.

Con relación al **segundo objetivo** del actual estudio , podemos observar en la *Tabla 17* los puntajes mínimos y máximos, las medias y desvíos típicos obtenidos de los puntajes de *restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional* que se hallaron en la muestra de 20 adultos jóvenes evaluados con diagnóstico de **obesidad**. En la *Figura 8* se puede apreciar visualmente el

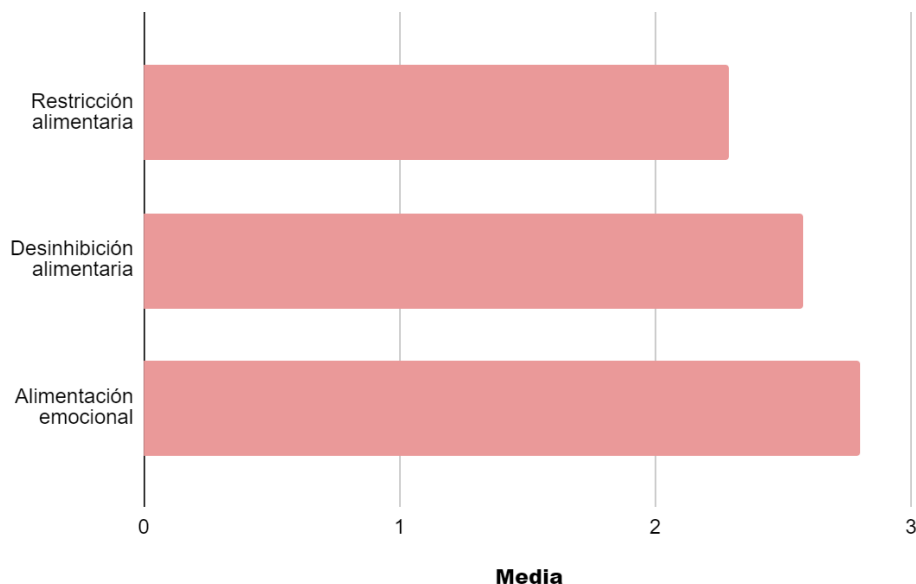


comportamiento de estas variables. El rango de puntajes posibles de cada dominio es de un mínimo de **1 punto** y un máximo de **4 puntos**.

Tabla 17. Puntaje observado mínimo, máximo, media y desvío típico de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo con diagnóstico de **obesidad**.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío típico
Restricción alimentaria	20	1	4	2,29	0,36
Desinhibición alimentaria	20	1	4	2,58	0,44
Alimentación emocional	20	1	4	2,8	0,54

Figura 8. Medias de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo de diagnóstico de **obesidad**.



Para realizar una descripción más detallada de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo de **diagnóstico de obesidad**, se procedió a describir los diferentes ítems evaluados. En la *Tabla 18* se



pueden observar los puntajes mínimos y máximos, las medias y los desvíos típicos obtenidos.

Tabla 18. Puntaje observado mínimo, máximo, media y desvío típico de los diferentes ítems de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo con diagnóstico de obesidad.

Ítems del cuestionario de tres factores de la alimentación - Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)	n	Míni mo	Máxi mo	Media	Desvío típico
RESTRICCIÓN ALIMENTARIA					
1. Tomo pequeñas cantidades de comida como forma de controlar mi peso	20	1	4	2,3	0,66
5. No como algunos alimentos porque me engordan	20	1	4	2,2	0,83
11. Intencionalmente como menos en las comidas para no ganar peso	20	1	4	2,1	0,91
17. ¿Cuándo evitas comer comidas tentadoras (irresistibles)?	20	1	4	2,45	0,83
18. ¿Qué probabilidades tienes de comer menos de lo que querés si te lo propones?	20	1	4	2,65	0,93
21. En una escala del 1 al 4, donde 1 significa “no hay restricción en la ingesta” y 4 significa “restricción total”, ¿qué número te darías a vos mismo/a?	20	1	3	2,25	0,64
DESINHIBICIÓN ALIMENTARIA					
3. A veces, cuando empiezo a comer, parece que no puedo parar	20	1	4	2,95	0,89
6. Cuando estoy con alguien que está comiendo, frecuentemente me dan ganas de comer yo también	20	1	4	2,7	0,98



8. Tengo tanta hambre que frecuentemente mi estómago parece un pozo sin fondo	20	1	4	2,3	0,92
9. Siempre tengo tanta hambre, que a veces es difícil para mí dejar de comer antes de terminar toda la comida del plato	20	1	4	2,5	1,00
12. Cuando siento aroma rico a comida, encuentro muy difícil evitar comer, incluso si acabo de terminar de comer	20	1	4	2,5	1,05
13. Siempre tengo tanta hambre como para comer en cualquier momento	20	1	4	2,5	0,83
15. Cuando veo algo muy rico, frecuentemente me da tanta hambre que tengo que comer inmediatamente	20	1	4	2,55	0,83
19. ¿Continúas comiendo, aunque no tengas hambre?	20	1	3	2,5	0,61
20. ¿Con qué frecuencia sentís hambre?	20	1	3	2,2	0,77
ALIMENTACIÓN EMOCIONAL					
2. Empiezo a comer cuando estoy preocupado	20	2	4	3,15	0,75
4. Cuando estoy triste, suelo comer demasiado	20	1	4	2,8	1,01
7. Cuando estoy tensionado o estresado, siento la necesidad de comer	20	2	4	3,45	0,60
10. Cuando me siento solo, me consuelo comiendo	20	1	4	2,53	1,02
14. Si estoy nervioso, intento calmarme comiendo	20	1	4	2,45	0,83
16. Cuando me siento deprimido, quiero comer.	20	1	4	2,6	0,82



Comparación de la *restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional* en adultos jóvenes en función a la pertenencia al grupo con diagnóstico de NORMOPESO o diagnóstico de OBESIDAD.

En cuanto al **tercer objetivo**, que se propone comparar la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de normopeso o diagnóstico de obesidad, se llevó a cabo una *prueba t* para comparación de medias de muestras independientes. Las variables dependientes fueron la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional; y la variable entre sujetos fue la pertenencia a los grupos con diagnóstico de normopeso o diagnóstico de obesidad.

Como puede observarse en la **Tabla 19**, en cuanto a la **restricción alimentaria**:

- El grupo con diagnóstico de **normopeso**, presentó una media de 2,01 (DT 0,37).
- El grupo con diagnóstico de **obesidad** presentó una media de 2,29 (DT 0,40).

La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa.

($p < 0,025$; $t = 2,33$)



En cuanto a la **desinhibición alimentaria**

- El grupo con diagnóstico de **normopeso** presentó una media de 2,02 (DT 0,42).
- El grupo con diagnóstico de **obesidad** presentó una media de 2,59 (DT 0,45).

La diferencia entre ambos fue estadísticamente significativa.

($p < 0,000$; $t = 4,15$)

En cuanto a la **alimentación emocional**:

- El grupo con diagnóstico de normopeso, presentó una media de 1,49 (DT 0,37).
- El grupo con diagnóstico de obesidad, presentó una media de 2,81 (DT 0,55).

La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa.

($p < 0,000$; $t = 8,89$)



Tabla 19. Comparación de los valores medios y desvíos estándares de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en función de la pertenencia al grupo de diagnóstico de **normopeso u obesidad**.

	Grupo con diagnóstico de:	N	Media	Desviación estándar	t	p
Restricción alimentaria	Normopeso	20	2,01	0,37	2,33	.025
	Obesidad	20	2,29	0,40		
Desinhibición alimentaria	Normopeso	20	2,02	0,42	4,15	.000
	Obesidad	20	2,59	0,45		
Alimentación emocional	Normopeso	20	1,49	0,37	8,89	.000
	Obesidad	20	2,81	0,55		



DISCUSIÓN

En el primer trimestre del año 2023, en la ciudad de Concepción del Uruguay, provincia de Entre Ríos, se llevó a cabo un trabajo de investigación con el objetivo general de *analizar* la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional de un grupo de jóvenes oriundos de esta ciudad. Para ello, se constituyó una muestra intencional de 40 personas, segmentada en dos grupos. El primer grupo estaba conformado por 20 personas con diagnóstico de normopeso, mientras que el segundo, por 20 personas con diagnóstico de obesidad. Todos los participantes eran adultos jóvenes de 18 a 28 años.

A partir de ello, el primer objetivo específico implicaba la *descripción* de la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de *normopeso*. Los resultados obtenidos, a través del Cuestionario de Tres Factores Alimentarios (TEFQ, Three Eating Factor Questionnaire), reflejaron niveles de **medios a inferiores** en la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo de jóvenes diagnosticados como **normopeso**.

Resultados similares fueron hallados por otros investigadores, como Arias, T. V. C et al. en su estudio. Analizando únicamente la variable de desinhibición alimentaria, y realizando el mismo cuestionario de tres factores alimentarios (TEFQ), en 60 adultos jóvenes de 18 a 29 años (10 hombres y 50 mujeres). Evaluando a personas con diagnóstico de normopeso según IMC y medidas antropométricas según los lineamientos de ISAK, su muestra poseía una baja desinhibición alimentaria (baja desinhibición del control de los alimentos, según ellos plantean).

Por el contrario, encontraron que aquellos que tenían un IMC y medidas antropométricas más elevados que una persona con diagnóstico de normopeso,



presentaron alta desinhibición alimentaria (80%). De esta manera concluyen en que aquellos que presentan esta conducta alimentaria, tienen una media de peso corporal e IMC más elevada que aquellos que tienen una baja desinhibición alimentaria.

Esto se condice con nuestro segundo objetivo específico, que consistió en la **descripción** de la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de *obesidad*. Los resultados obtenidos, a través del *Cuestionario de Tres Factores Alimentarios* (TEFQ, Three Eating Factor Questionnaire), reflejaron niveles de **medios a superiores** en la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo de jóvenes diagnosticados con **obesidad**.

Este hallazgo puede encontrarse también en los antecedentes empíricos de López, C. et al. donde sostienen que a mayor grado o nivel de sobrepeso, mayor es el riesgo de desarrollar desinhibiciones alimentarias, conviviendo con episodios de restricciones alimentarias, pudiendo incluso perpetuarse en un desorden alimentario.

En el estudio de Prieto et al., se encontró una relación entre la obesidad y ciertos comportamientos alimentarios como la desinhibición alimentaria o sobre ingesta. Además, se pudo observar que en personas con obesidad son muy comunes las restricciones alimentarias, siendo mayor su prevalencia en las mujeres. Este hallazgo es consistente con la investigación actual, donde podemos ver que se encontraron niveles medios a superiores de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en el grupo de los jóvenes con diagnóstico de obesidad.

Por otro lado, según López, C. et al. en su trabajo manifestaron que el 30% de los pacientes con obesidad que realizan una consulta nutricional, presentan una



desinhibición alimentaria marcada. Esto se condice con el resultado obtenido en nuestra investigación donde la desinhibición alimentaria con respecto a las personas con diagnóstico de obesidad tiene una media de 2,59 (DT 0,45).

Los autores Cruzat-Mandich et al. con una muestra de 376 jóvenes de entre 18 y 25 años diagnosticando por IMC, llegaron a la conclusión de que aquellos que tenían sobrepeso u obesidad, tienen mayor preocupación por su peso y anhelo por lograr la delgadez, atrayendo esto a mal orientar sus conductas alimentarias para satisfacer su apariencia física, siendo más frecuente esta situación en las mujeres que en los hombres. En el presente trabajo podemos identificar que en la muestra de jóvenes normopeso, sólo el 5% se sentía disconforme con su imagen corporal, mientras que en la muestra de diagnóstico de obesidad, el 35% se encontraba disconforme con ella. Esto se relaciona con lo que sostienen Prieto et al. , donde destacaron que si bien no existe un factor común entre todas las personas que padecen obesidad, forman un patrón de ciertas características y conductas, como por ejemplo de que, a mayor grado de obesidad, menor autoestima y mayores dificultades frente a los comportamientos alimentarios, generando a veces una depresión, restricción alimentaria, ansiedad y disconformidad con la imagen corporal.

Para finalizar, el tercer objetivo pretendía determinar si existían **diferencias** en la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional en adultos jóvenes en función de la pertenencia al grupo con diagnóstico de normopeso o diagnóstico de obesidad. Como se pudo observar, **se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todos los dominios** según el grupo de pertenencia. Específicamente, quienes pertenecían al grupo con diagnóstico de *obesidad*, puntuaron más elevado en la restricción alimentaria, la



desinhibición alimentaria y la alimentación emocional, que aquellos que pertenecían al grupo con diagnóstico de *normopeso*.

Los resultados obtenidos en este estudio son consistentes con los hallazgos de los autores Esteves et al. , dónde realizaron una investigación de tipo transversal sobre la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y percepción de hambre en mujeres de entre 20 a 40 años, con peso normal y sobrepeso, basando su diagnóstico en IMC, circunferencia de cintura, composición corporal e ingesta de calorías. En su trabajo revelan que los valores de estas variables fueron significativamente mayores, tendiendo a “altas” en el grupo con sobrepeso en comparación con el grupo de peso normal ($p < 0,05$). La mitad o más de las mujeres que tenían sobrepeso tuvieron mayores niveles de restricción alimentaria, desinhibición dietaria y percepción del hambre. Al relacionar estos resultados con los del presente estudio, podemos destacar que estos respaldan la evidencia de que aquellas personas que poseen diagnóstico de obesidad, como en el caso de los jóvenes de nuestra muestra, se obtienen puntuaciones más altas en las variables de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional.



CONCLUSIÓN

Analizando los datos obtenidos en la presente investigación, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Se observaron niveles de medios a inferiores en la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo de jóvenes con diagnóstico de *normopeso*.

Esto quiere decir que los valores estadísticos obtenidos de las tres variables en las personas con diagnóstico de normopeso se sitúan en general en un nivel más bajo comparado con los de diagnóstico de obesidad.

- Se encontraron niveles de medios a superiores en la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional del grupo de jóvenes con diagnóstico de *obesidad*.

En otras palabras, los valores alcanzados en el estudio de las tres variables en la muestra de diagnóstico de obesidad, puntuaron con rangos más altos o por encima del promedio, comparados a los diagnosticados con normopeso.

- Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todos los campos evaluados según el grupo de pertenencia. Específicamente, quienes pertenecían al grupo con **diagnóstico de obesidad puntuaron más elevado en la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional**, que aquellos que pertenecían al grupo con *diagnóstico de normopeso*.



Acorde a los resultados expuestos en esta conclusión, podemos decir que la hipótesis planteada en el inicio fue comprobada y validada empíricamente, por lo cual podemos confirmar que:

- Habrá diferencias significativas en la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional entre los adultos jóvenes, según la pertenencia al grupo de diagnóstico de normopeso u obesidad de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023, específicamente, quienes pertenecen al grupo **diagnosticado con obesidad presentarán mayores niveles de restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional.**

Podemos afirmar que existe una gran coincidencia entre el diagnóstico de obesidad y la presencia de estas tres variables estudiadas. En este grupo suelen presentarse mayores niveles de preocupación acerca del control de su peso, de sentirse inseguros con su imagen corporal y a su vez, un excesivo consumo de alimentos, teniendo esta conducta una frecuente relación emocional.

Los adultos jóvenes de la muestra que padecían obesidad, mostraron una mayor tendencia a limitar su ingesta de alimentos y a su vez, fluctuaciones con episodios de consumo excesivo, incluso a veces por razones emocionales. Comparando esto con los adultos jóvenes que tuvieron diagnóstico de normopeso, esto se da en menor medida. *Este hallazgo sugiere que la obesidad puede estar estrechamente relacionada con patrones de malas conductas alimentarias, desequilibradas y una susceptibilidad mayor a los factores emocionales de la alimentación.*



Estos datos también respaldan la idea de que los adultos jóvenes con obesidad, si no son correctamente abordados en su diagnóstico, pueden enfrentar diferentes desafíos adicionales en la relación que estos tienen con los alimentos y las emociones asociadas. De allí la importancia en la prevención y el buen manejo de esta enfermedad.

Como Licenciados en Nutrición, jugamos un papel fundamental en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, como lo es la obesidad. Es absolutamente necesaria una adecuada educación alimentaria, promover y fomentar una alimentación balanceada, consciente y una sana relación con respecto a ella. Abordar a cada paciente de manera individualizada, multidisciplinaria y personalizada según cada necesidad.

Generar conciencia acerca de estas cuestiones fomenta una relación saludable con los alimentos, sin recurrir a dietas o restricciones difíciles de mantener en el tiempo. La tendencia a limitar la ingesta de ciertos alimentos puede estar sujeta a la presión social por encajar en ciertos estándares de belleza, o para lograr una imagen corporal idealizada y, a veces, irreal. Esto puede traer consigo no solo malas conductas alimentarias como las abordadas en el presente estudio, sino también empeorar y desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), relacionados además con el estrés y la ansiedad. Enseñar a comprender e identificar el apetito y el hambre es importante para reconocer cuando hay saciedad sin necesidad de recurrir a restricciones o desinhibiciones alimentarias. La investigación demuestra la relevancia y la importancia de abordar de manera integral las conductas alimentarias en el tratamiento de la obesidad, evidenciando que si no se



*“Comparación de la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **normopeso u obesidad** de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023” - **Ponce, Agustina Narella***

realiza, puede influir en situaciones como la aparición de conductas alimentarias como la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional.



LIMITACIONES

La primera limitación que se puede señalar está referida a la muestra, la cual, al tener un tamaño limitado de participantes, no permite que sus resultados se puedan generalizar a la población total.

En esta investigación, optamos por no relevar el detalle de por qué las personas con diagnóstico de normopeso y obesidad estaban o no llevando a cabo tratamientos médicos o nutricionales. La razón principal de esta elección se basó en el enfoque específico de nuestro estudio, que se centraba en analizar y comparar las conductas alimentarias en ambos grupos. Al no incluir esta variable, pudimos mantener la claridad y la precisión en la recopilación de datos relacionados con las conductas alimentarias, evitando la introducción de variables adicionales que podrían haber añadido complejidad al análisis. La decisión de centrarme en las conductas alimentarias específicas me permitió obtener una comprensión más profunda de los factores que influyen en las prácticas alimentarias de los participantes, sin dispersar la atención en aspectos no directamente relacionados con mi objetivo principal.

La investigación fue también limitada en cuanto al tiempo al ser un trabajo de tipo transversal, no permitiendo indagar sobre el desarrollo de las variables a través del tiempo.

En cuanto a la recolección de datos, las condiciones para la evaluación en general fueron satisfactorias. La limitación se encontró por ejemplo en averiguar la manera más adecuada de diagnosticar a las personas entrevistadas a distancia, ya que con sólo la toma del IMC (Índice de Masa Corporal) no sería suficiente ni fiable, más bien, con la suma de otras medidas, sí sería representativo. Pero las entrevistas



al ser virtuales, podrían implicar el riesgo de ciertos errores de interpretación en los enunciados, la toma de medidas y circunferencias, llevando a responder de manera inadecuada o por deseabilidad social. Se debió encontrar la manera más idónea de explicar, con un breve tutorial, cómo tomar individualmente las medidas de las circunferencias. Esto trajo consigo otro inconveniente. Muchas de las personas entrevistadas, no se realizaron las medidas de manera adecuada y fueron descartadas muchas de las muestras, generando un contratiempo para avanzar con la investigación. Para abordar esta situación, se decidió dada la estrecha relación entre la tesista y un considerable número de los entrevistados, llevar a cabo algunas de las mediciones de manera presencial. Esto permitió obtener una mayor precisión a la hora de diagnosticar.

Para la toma de muestras también hubo una limitación con respecto a los lapsos de tiempos y el compromiso de los entrevistados. El método elegido como se detalló anteriormente, fue por medio de redes sociales (Instagram, Facebook y Whatsapp). A diferencia de lo esperado, en la era de las redes sociales y de los medios de comunicación, creímos que sería mayor el alcance de las personas solicitadas para el cuestionario por el rango etéreo y el gran uso de las mismas plataformas. Esto no se vio reflejado. Muchísimas fueron las solicitudes enviadas y muy pocos fueron los que se comprometieron o contestaron las preguntas. Teniendo en cuenta que el proyecto se presentó culminando el período de la Pandemia del Covid-19, la forma más adecuada para las entrevistas era online, pero a futuro para próximas investigaciones sería adecuado realizar las encuestas de manera presencial.

Una limitación que podemos agregar es el enfoque exclusivamente cuantitativo en nuestro trabajo, lo cual implica que se han dejado de lado aspectos



subjetivos y experiencias individuales relacionadas con las variables estudiadas. Al no considerar la perspectiva subjetiva de las personas que participaron, perdemos la oportunidad de enriquecer los conocimientos acerca de lo estudiado, aprender de sus emociones, opiniones y vivencias personales, relaciones sociales y psicológicas acerca de esta temática. Estos aspectos sumarían a la investigación ofreciéndonos un panorama mucho más completo viendo otros matices y detalles que el abordaje cuantitativo no revela.

En futuras investigaciones se recomienda incorporar metodologías mixtas que combinen tanto el análisis cuantitativo como el cualitativo, lo cual lograría enriquecer la comprensión global de la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional, proporcionando una visión más amplia de la problemática en cuestión.

Otra limitación que merece ser mencionada se relaciona con la dificultad al intentar acceder a determinados datos para respaldar los antecedentes de la investigación. En particular, las tres variables investigadas nunca antes fueron abordadas de manera conjunta y comparativa, tal como lo fue nuestra muestra. Aunque pudimos identificar algunos estudios previos que exploraron algunas de estas variables de manera aislada, ninguno de ellos proporcionó resultados específicos lo suficientemente completos como para permitir una comparación adecuada, ya sea en términos estadísticos o numéricos similares a los de la presente investigación. Esta falta de información nos planteó un desafío adicional al intentar contextualizar y fundamentar nuestro estudio de manera completa y exhaustiva. No obstante, a pesar de esta limitación, hemos trabajado conscientemente para asegurar la validez de nuestros resultados, recurriendo a otras fuentes y enfoques metodológicos para respaldar nuestra investigación de manera sólida. Aún así consideramos que



*“Comparación de la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **normopeso u obesidad** de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023” - **Ponce, Agustina Narella***

nuestra contribución científica y resultados aún aportan un valioso conocimiento en el área de nutrición, sentando bases para futuras investigaciones con respecto al buen manejo y prevención en el diagnóstico de obesidad y sobrepeso y las patologías que conllevan.



RECOMENDACIONES

Se recomienda para futuras investigaciones:

- Trabajar con una muestra con mayor número de participantes, lo cual podría posibilitar la generalización de los resultados y de realización de análisis estadísticos más complejos.
- Llevar a cabo un estudio de tipo longitudinal para enriquecer los datos en relación a la evolución en el tiempo de las variables aquí estudiadas. Este enfoque metodológico permitiría obtener una perspectiva más completa y detallada de cómo se comportan estas variables y cómo se relacionan en el tiempo, proporcionando así una visión más profunda y precisa de su desarrollo, identificando ciertos patrones, factores de influencias y comprender así la dirección y la magnitud de los cambios observados.
- Realizar una investigación de tipo cualitativa, que permita a través de entrevistas, indagar en profundidad las experiencias relacionadas con la restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional en las muestras seleccionadas, desde una perspectiva mucho más completa, contribuyendo así a que se comprenda mejor la situación y poder intervenir de manera temprana para prevención de estos sucesos.
- Indagar estos constructos asociados a otras variables como por ejemplo relacionarlo también factores psicológicos como la ansiedad, el estrés, el amor propio y autoestima, la depresión, la imagen corporal.
- Realizar la investigación en otros grupos etáreos y otros diagnósticos diferentes, como el sobrepeso, o el bajo peso; y así compararlos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, T. V. C., Loor, M. I. F., Merizalde, D. L. A., Trujillo, C. A. A., y Padilla, P. D. R. (2019). *Desinhibición del Control de la Alimentación en el Estado de Peso y Composición Corporal de Adultos Jóvenes Ecuatorianos*. La Ciencia al Servicio de la Salud, 10(Ed. Esp.), 134-141
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., y Correa, D. (2003). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Colombia médica, 34(4), 186-195.
- Baile Ayensa, J. I. (2003). *¿Qué es la imagen corporal?*. Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades, (2), 53-70.
- Behar A, Rosa, Vargas F, Carolina, y Cabrera V, Enrique. (2011). *Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 49(1), 26-36.
- Braguinsky Jyc. (2007). *Obesidad: Saberes y Conflictos. Un tratado de obesidad*. Buenos Aires: Editorial Médica A.W.W.E.
- Bojórquez, R. M. C., Escalante, M. L. Á., Sobrino, M. D. L. C. C., Arévalo, R. V., y Díaz, J. M. M. (2008). *Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición*. Psicología y Salud, 18(2), 189-198.
- Cappelleri, J. C., Bushmakin, A. G., Gerber, R. A., Leidy, N. K., Sexton, C. C., Lowe, M. R., y Karlsson, J. (2009). *Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants*. International journal of obesity, 33(6), 611-620.



- Cardone, A., Borracci, R. A., y Milin, E. (2010). *Estimación a largo plazo de la prevalencia de obesidad en la Argentina*. Revista argentina de cardiología, 78(1), 23-29.
- Chau Miyakawa, K. L. H., y Paredes Vargas, J. X. (2021). *Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y comportamiento alimentario inadecuado en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética de una universidad privada de Lima*.
- Cruzat-Mandich, Claudia, Díaz-Castrillón, Fernanda, Lizana Calderón, Paula, Aravena Winkler, Marcela, y Haemmerli Delucchi, Constance. (2017). *Diferencias en imagen corporal de jóvenes con normopeso y con sobrepeso/obesidad*. Nutrición Hospitalaria, 34(4), 847-855.
- Díaz-Castrillón, Fernanda, Cruzat-Mandich, Claudia, Oda-Montecinos, Camila, Inostroza, María, Saravia, Susana, y Lecaros, Javiera. (2019). *Comparación de mujeres jóvenes con obesidad y normopeso: vivencia corporal, hábitos saludables y regulación emocional*. Revista chilena de nutrición, 46(3), 308-318.
- Esteves, E. A., Costa, M. O., Moreno, L. G., Viana, A. M. F., Cabral, A. C., & Bressan, J. (2012). Dietary restraint, dietary disinhibition and susceptibility to hunger of normal weight and overweight women. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 16(1), 10-15.
- Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M., y Laspiur, S. (2011). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal*. Rev Argent Salud Pública, 2(6), 34-41.



- Giral, M. M., y Escursell, R. M. R. (1994). *Restricción alimentaria y bulimia nerviosa: ¿Un vínculo causal?*. Anales de Psicología/Annals of Psychology, 10(1), 69-84.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista L. M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Lí, F. C. Á. (2010). *Sedentarismo y actividad física*. Revista Finlay, 55-60.
- López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Franco-Paredes, K., Alvarez-Rayón, G. L., y Ocampo Téllez-Girón, M. (2011). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)*. Revista mexicana de trastornos alimentarios, 2(1), 24-32.
- López, C. C., Raimann, T. X., y Gaete, M. V. (2015). *Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico*. Revista médica clínica las condes, 26(1), 24-33.
- Madeira FB, Silva AA, Veloso HF, Goldani MZ, Kac G, Cardoso VC, et al. (2013) *Normal weight obesity is associated with metabolic syndrome and insulin resistance in young adults from a middle-income country*. PLoS One, 8, e60673.
- Mahan, L. K., Escott-Stump, S., y Raymond, J. L. (2013). *Krause dietoterapia*. Amsterdam: Elsevier.
- Martinez, R. R., y Díaz, F. A. E. (2010). *Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia*. Boletín del observatorio en salud, 3(4).
- Natacci, L. C. (2009). *The Three Factor Eating Questionnaire-R21 (TFEQ-R21): tradução, aplicabilidade, comparação e um questionário semiquantitativo de*



“Comparación de la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **normopeso u obesidad** de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023” - **Ponce, Agustina Narella**

frequência de consumo alimentar e a parâmetros antropométricos (Doctoral dissertation). Universidade de São Paulo.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Ortiz-Hernández, L., Rodríguez-Magallanes, M., y Melgar-Quiñónez, H. (2012). *Obesidad, conducta alimentaria e inseguridad alimentaria en adolescentes de la Ciudad de México*. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 69(6), 431-441.

Osorio, A. G., Rosero, M. Y. T., Ladino, A. M. M., Garcés, C. A. V., y Rodríguez, S. P. (2010). *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. Hacia la Promoción de la Salud, 15(1), 128-143.

Parodi, C. A. (2015). *Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas*. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 13(3).

Palomino-Pérez, Ana María (2020). *El papel de la emoción en la conducta alimentaria*. Revista chilena de nutrición, 47(2), 286-291.

Parula, M. G. (2017). *Obesidad: más allá del principio del placer del “buen comer”*.

Peña Fernández, Elizabeth, y Reidl Martínez, Lucy María. (2015). *Las Emociones y la Conducta Alimentaria*. Acta de investigación psicológica, 5(3), 2182-2193.

Pérez-Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Gázquez Linares, J. J., y Oropesa Ruiz, N. F.. (2019). *Propiedades psicométricas del Three Factor Eating*



“Comparación de la restricción alimentaria, la desinhibición alimentaria y la alimentación emocional en adultos jóvenes con diagnóstico de **normopeso u obesidad** de Concepción del Uruguay en el período del mes de marzo de 2023” - **Ponce, Agustina Narella**

Questionnaire en personal sanitario. Nutrición Hospitalaria, 36(2), 434-440.
Epub 20 de enero de 2020.

Prieto, I. R., Fernández, M. S., Ríos, P. B., y Jáuregui-Lobera, I. (2010). *Obesidad y rasgos de personalidad. Trastornos de la conducta alimentaria*, (12), 1330-1348.

Ramírez LE, Negrete LNL, Tijerina SA. *El peso corporal saludable: Definición y cálculo en diferentes grupos de edad.* Rev Salud Publica Nutr. 2012;13(4)

Schilder P. (1935) *Image and appearance of the human body.* Londres, Inglaterra: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.

Silva, J. R. (2008). *Restricción alimentaria y sobrealimentación: Un modelo de la neurociencia afectiva.* Revista médica de Chile, 136(10), 1336-1342.

Shaw, H., & Stice, E. (2004). *Revisión de programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.* *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud.*

Stunkard AJ, Messick S. (1985) *The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger.* J Psy chosom

Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, et al. (2002) *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance.* Washington, Estados Unidos: American Psychological Association.

Torresani, M. E., y Somoza, M. I. (2009). *Lineamientos para el cuidado nutricional* (pp. 244-245). Buenos Aires: Eudeba.



- Torres Zapata Á.E. , Zapata Gerónimo D., Rivera-Domínguez J. , et al. (2018) *El obeso de peso normal*. Rev Salud Publica Nutr.;17(2):25-31.
- Troncoso, C., y Amaya, J. P. (2009). *Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios*. Revista chilena de nutrición, 36(4), 1090-1097.
- Vaquero-Cristóbal, Raquel, Alacid, Fernando, Muyor, José María, y López-Miñarro, Pedro Ángel. (2013). *Imagen corporal: revisión bibliográfica*. Nutrición Hospitalaria, 28(1), 27-35.
- Velásquez, E, Páez, M. C., y Acosta, E. (2015). Circunferencia de cintura, perfil de lípidos y riesgo cardiovascular en adolescentes. *Salus*, 19(2), 31-36.
- Velásquez, V. V., y Alvarenga, J. C. L. (2001). *Psicología y la obesidad*. Revista de endocrinología y nutrición, 9(2), 91-96.
- Wilson, C. (2009). *Graduate students, negative perfectionism, perceived stress, and disordered eating behaviors (Doctoral dissertation)*. Auburn University.



ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Universidad de Concepción del Uruguay - Facultad de Ciencias Médicas - Dr.
Bartolomé Vasallo

Consentimiento informado para el participante:

Estoy en conformidad de responder los cuestionarios sobre la temática *restricción alimentaria, desinhibición alimentaria y alimentación emocional* en el período del mes de Marzo de 2023.

Los datos obtenidos serán utilizados con fines exclusivamente de investigación, dentro del Trabajo Final para acceder a la Licenciatura en Nutrición llevada a cabo por Agustina Narella Ponce, y dirigida por la Licenciada en Nutrición Rocío G. Hernández y por la Dra. María Emilia Oñate perteneciente al CONICET.

Estoy en conocimiento de que los datos tendrán un tratamiento absolutamente confidencial y que puedo retirarme sin que esto implique un perjuicio.

Datos de contacto:
Agustina Narella Ponce

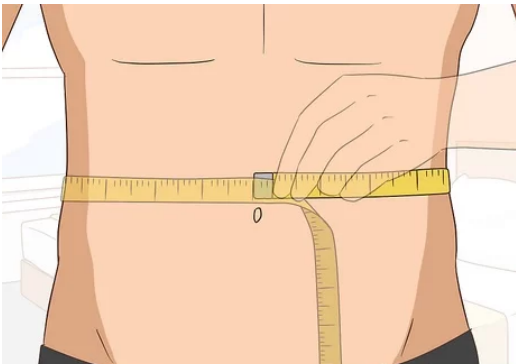
E-mail: ponceagustina.n@gmail.com



Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico

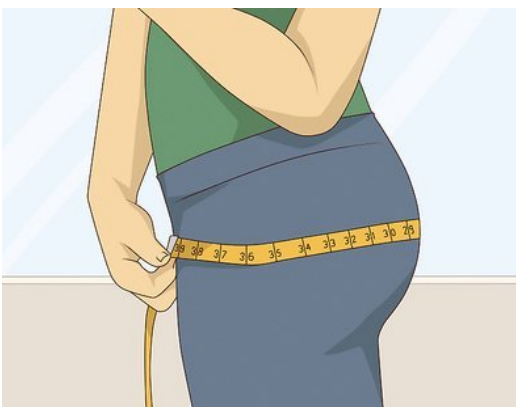
Previo a la presentación del cuestionario sociodemográfico, en el formulario de Google que será enviado por medio de un link a través de redes sociales, se mostrará a modo de introducción una infografía explicativa (ANEXO 2.1), con los instrumentos e instrucciones necesarios para realizar la encuesta. Será necesario que las personas encuestadas tengan a su alcance un centímetro para medir su perímetro de cintura y cadera. Esto logrará acercar un valor aproximado para luego permitir a la tesista estimar el índice de cintura-cadera, que junto al IMC (índice de masa corporal), diagnosticará y diferenciará las muestras entre los adultos jóvenes normopeso o con obesidad.

ANEXO 2.1



Circunferencia de cintura:

Colocar la cinta métrica 1 a 2 cm **encima del ombligo** y pasarla de manera recta alrededor del abdomen y la espalda hasta unir los tramos. Debe ajustarse sin que se hunda en la piel. Leer el valor y completar el número en centímetros.



Circunferencia de cadera:

Pararse derecho con pies separados al ancho de hombros. Coloque la cinta métrica **alrededor de la parte más ancha o protuberante de los glúteos** y unir los tramos por delante, de manera que se mantenga la cinta recta. Leer el valor y completar en centímetros.



CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO:

SEXO

Femenino

Masculino

EDAD

_____ años

NIVEL SOCIO

Alto

Medio

Bajo

ECONÓMICO

ALTURA

metros

PESO

_____ kilogramos.

CIRCUNFERENCIAS

Circunferencia de cintura

Circunferencia de cadera

_____ cm

_____ cm

OBESIDAD O

Tengo familiares

No hay antecedentes de obesidad o SP en

SOBREPESO

con obesidad/SP

mi familia

(OB – SP)



DIABETES

Tengo diabetes Tengo familiares con DBT No hay antecedentes de DBT en mi familia

HIPERTENSIÓN

Si No Tomo medicación

PATOLOGÍA DE BASE

Tengo _____ No tengo

FUMADOR

No fumo Periódicamente Soy fumador

ESTUDIANTE

Si No

TRABAJO

Si No

HIJOS

Si No

¿Cuántos? _____
hijos

**CONSIDERA QUE SUS
HÁBITOS**



ALIMENTARIOS

SON...

Buenos

Regulares

Malos

(como sano de 3 a 5 veces por semana)

Mi alimentación es saludable de 1 a 2 veces por semana

No le doy importancia a lo que como

FLUCTUACIONES EN EL PESO

Mantengo mi peso fácilmente

Subo de peso muy fácilmente

No le presto atención a mis cambios de peso

IMAGEN CORPORAL

Conforme de 1 a 5 puntos ____

Conforme de 5 a 10 puntos ____

No estoy conforme

ACTIVIDAD FÍSICA

Realizo actividad física de 3 a 5 veces por semana

Realizo actividad física de 1 a 2 veces por semana

No realizo actividad física



Anexo 3. Instrumento de evaluación:

Cuestionario de los Comportamientos Alimentarios de Tres Factores (TFEQ)

Este cuestionario es una herramienta que permite evaluar los comportamientos alimentarios. Por favor, conteste las siguientes frases marcando con un “X” la respuesta que usted considere:

1. Tomo pequeñas cantidades de comida como forma de controlar mi peso.

- Muy cierto.
- Bastante cierto.
- Bastante falso.
- Muy falso.

2. Empiezo a comer cuando estoy preocupado.

- Muy cierto.
- Bastante cierto.
- Bastante falso.
- Muy falso.

3. A veces, cuando empiezo a comer, parece que no puedo parar.

- Muy cierto.
- Bastante cierto.



Bastante falso.

Muy falso.

4. Cuando estoy triste, suelo comer demasiado.

Muy cierto.

Bastante cierto.

Bastante falso.

Muy falso.

5. No como algunos alimentos porque me engordan.

Muy cierto.

Bastante cierto.

Bastante falso.

Muy falso.

6. Cuando estoy con alguien que está comiendo, frecuentemente me dan ganas de comer yo también.

Muy cierto.

Bastante cierto.

Bastante falso.

Muy falso.



7. Cuando estoy tensionado o estresado, siento la necesidad de comer.

- Muy cierto.
- Bastante cierto.
- Bastante falso.
- Muy falso.

8. Tengo tanta hambre que frecuentemente mi estómago parece un pozo sin fondo.

- Muy cierto.
- Bastante cierto.
- Bastante falso.
- Muy falso.

9. Siempre tengo tanta hambre, que a veces es difícil para mí dejar de comer antes de terminar toda la comida del plato.

- Muy cierto.
- Bastante cierto.
- Bastante falso.
- Muy falso.

10. Cuando me siento solo, me consuelo comiendo.



Muy cierto.

Bastante cierto.

Bastante falso.

Muy falso.

11. Intencionalmente como menos en las comidas para no ganar peso.

Muy cierto.

Bastante cierto.

Bastante falso.

Muy falso.

12. Cuando siento un aroma rico a comida, encuentro muy difícil evitar comer, incluso si acabo de terminar de comer.

Muy cierto.

Bastante cierto.

Bastante falso.

Muy falso.

13. Siempre tengo tanta hambre como para comer en cualquier momento.

Muy cierto.

Bastante cierto.



Bastante falso.

Muy falso.

14. Si estoy nervioso, intento calmarme comiendo.

Muy cierto.

Bastante cierto.

Bastante falso.

Muy falso.

15. Cuando veo algo muy rico, frecuentemente me da tanta hambre que tengo que comer inmediatamente.

Muy cierto.

Bastante cierto.

Bastante falso.

Muy falso.

16. Cuando me siento deprimido, quiero comer.

Muy cierto.

Bastante cierto.

Bastante falso.

Muy falso.



17. ¿Cuándo evitas comer comidas tentadoras (irresistibles)?

- Casi nunca.
- Rara vez.
- Algunas veces.
- Casi siempre.

18. ¿Qué probabilidades tienes de comer menos de lo que querés si te lo propones?

- Improbable.
- Ligeramente probable.
- Bastante probable.
- Muy probable.

19. ¿Continúas comiendo, aunque no tengas hambre?

- Nunca.
- Raramente.
- Algunas veces.
- Al menos una vez a la semana.

20. ¿Con qué frecuencia sentís hambre?

- Sólo a la hora de comer.



Algunas veces entre comidas.

Normalmente entre comidas.

Casi siempre.

21. En una escala del 1 al 8, donde 1 significa “no hay restricción en la ingesta” y 8 significa “restricción total”, ¿qué número te darías a vos mismo/a? Marca el número del 1 al 8 que mejor se ajuste a lo que haces.

(1) Como todo lo que quiero y cuando quiero.

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8) Estoy limitando constantemente mi ingesta de alimentos y nunca como todo lo que quiero.