

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

“RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS
RESIDENTES DEL DISTRITO DE SANTA ANITA,
LIMA - PERÚ, 2023”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Nutrición y Dietética

Autoras:

Jasmin Elizabeth Cotrina Alvarado

Anyo Marlyn Ramirez Aburto

Asesor:

Mg. Tania Arauco Lozada

<https://orcid.org/0000-0002-6375-8260>

Lima - Perú

JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	Oscar Junior Calvo Torres	70570211
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 2	Florentina Gabriela Vidal Huamán	9812697
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	David Roosevelt León Lizama	42508032
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

INFORME DE SIMILITUD

“RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS RESIDENTES DEL DISTRITO DE SANTA ANITA, LIMA - PERÚ, 2023”

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Peruana Los Andes

Trabajo del estudiante

6%

2

docs.bvsalud.org

Fuente de Internet

3%

3

renc.es

Fuente de Internet

2%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 2%

Excluir bibliografía

Activo

DEDICATORIA

A nuestra familia por habernos apoyado en cada momento, por estar presente en los momentos más importantes, tanto difíciles como felices.
Muchas gracias, los amamos.

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora por habernos guiado en este importante proyecto, por sus consejos y sugerencias, muchas gracias.

Tabla de contenido

JURADO EVALUADOR	2
INFORME DE SIMILITUD	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
TABLA DE CONTENIDO	6
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
RESUMEN	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad problemática	10
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	25
CAPÍTULO III: RESULTADOS	40
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	49
REFERENCIAS	59
ANEXOS	68

Índice de tablas

Tabla 1 Matriz de operacionalización de variable de conducta alimentaria	29
Tabla 2 Matriz de operacionalización de variable de depresión	30
Tabla 3 Ficha Técnica del Cuestionario de conducta alimentación del adulto (AEBQ) (Adaptación española)	34
Tabla 4 Ficha Técnica Cuestionario Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (adaptación española)	35
Tabla 5 Características generales de los adultos residentes del distrito de Santa Anita	39
Tabla 6 Nivel de depresión y características	40
Tabla 7 Prueba de correlación	45
Tabla 8 Correlación entre la conducta alimentaria de tipo Pro-ingesta y el nivel de depresión	46
Tabla 9 Correlación entre la conducta alimentaria de tipo Anti-ingesta y el nivel de depresión	47
Tabla 10 Matriz de consistencia	68

Índice de figuras

Figura 1 Niveles de depresión de los adultos residentes del distrito	40
Figura 2. Conducta Alimentaria de los adultos residentes del distrito de Santa Anita	41
Figura 3. Gráfico Radial de las dimensiones de la Conducta Alimentaria de los adultos residentes del distrito de Santa Anita	42
Figura 4 Conducta Alimentaria Dimensión de Pro-ingesta	43
Figura 5 Conducta Alimentaria Dimensión de Anti-ingesta	44

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión, esto en base a nuevas investigaciones que han encontrado que un aumento o disminución de la ingesta ocasionaría una mayor sintomatología de depresión, lo que hace de suma importancia evaluar esta relación, ya que es la depresión uno de los trastornos mentales con mayor aumento a raíz de la pandemia.

Metodología: El método utilizado en la investigación fue de enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal, cuya muestra fue de adultos residentes del distrito de Santa Anita. Para el análisis estadístico se realizó la asociación de Chi cuadrado y correlación de Spearman. **Resultados:** se evidenció una relación significativa entre conducta alimentaria y el nivel de depresión con un valor $p= 0.038$. En cuanto a la dimensión de pro-ingesta, se encontró correlación significativa entre el nivel de depresión y las dimensiones de Hambre, Respuesta frente a los alimentos y Sobreingesta emocional, esta correlación fue positiva baja; a diferencia de Disfrute de los alimentos que no se encontró correlación. En las dimensiones de tipo de anti-ingesta se encontró una correlación significativa entre el nivel de depresión y las dimensiones como Respuesta de saciedad y Subingesta emocional, estos con una correlación positiva muy baja. **Conclusión:** Se encontró una relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión.

Palabras claves: depresión, conducta alimentaria, adultos.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La pandemia por COVID-19 ha afectado la salud mental de un gran número de personas, tanto a las que ya presentaban algún problema de salud mental, como a las que no. El trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo y la depresión, son algunos de los trastornos de salud mental que existen (1), siendo la depresión y la ansiedad las que han manifestado un aumento del 25% a nivel mundial a raíz de la pandemia (2). Cabe destacar que, aunado a esto, nuestra sociedad actualmente experimenta un alto nivel de exigencia laboral, relacionado con el mercado, la producción, etc., lo que se traduce en un entorno altamente competitivo, ocasionando que la salud mental de muchos pueda llegar a verse comprometida (1). Esto podría explicar por qué la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en los adultos, la cual, según la Organización Mundial de la Salud es padecida por el 5% de ellos (3).

En América Latina y el Caribe, los trastornos mentales y neurológicos, representan el 22% de las enfermedades existentes, en donde la depresión es el trastorno más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), entre otros (4). Asimismo, se estima que el 5% de la población adulta padece de depresión y que entre el 60 y 65% de las personas que requieren de atención por este trastorno, no la reciben (4).

Cabe mencionar que la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la pérdida de interés y disfrute de los aspectos positivos de la vida, fatiga y humor depresivo, lo que ocasiona un decaimiento de la calidad de vida, además de problemas en el ámbito laboral, familiar y social de las personas que lo padecen (5).

Estudios recientes han demostrado que una alimentación poco saludable está asociada con la prevalencia de síntomas depresivos (6,7).

La conducta alimentaria es un modelo social, una guía que establecen los seres humanos a través del tiempo, que da como resultado el saber el por qué, para qué y cuánto comer de un alimento, es decir, este está relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos, las preparaciones culinarias y las cantidades (8).

He aquí la importancia de la conducta alimentaria, ya que, al estar relacionada con los hábitos alimentarios, también contribuye al estado general de salud (6), en otras palabras, a un estado completo de bienestar, no solo a nivel físico y social sino también mental (9). Existen diversas investigaciones que demuestran que la conducta alimentaria está relacionada con el estado físico de una persona, ya sea por exceso o déficit (10,11), asimismo la relación entre la conducta alimentaria y el nivel social ha sido investigada arduamente, pues se sabe con certeza que nuestra conducta alimentaria es influenciada por nuestro entorno familiar y social, disponibilidad de alimentos, tradiciones culturales y otros (8, 12). Sin embargo, la relación entre la conducta alimentaria y el estado de salud mental es aún un tema de investigación, siendo de mucha relevancia, ya que existen altas cifras de trastornos mentales que aquejan a una de cada ocho personas en el mundo (13).

Ante lo mencionado algunas investigaciones han buscado encontrar una relación entre la conducta alimentaria y los trastornos más comunes que son la depresión y la ansiedad (2), como un estudio realizado en Japón el cual encontró una asociación entre síntomas depresivos y una alimentación poco saludable (6). Por otro lado, una revisión sistemática concluyó que una ingesta de frutas y/o verduras y algunos de sus subgrupos específicos, podrían tener una influencia positiva en la salud mental (14).

Dentro de esta perspectiva, se conoce que en el Perú se registraron 313 455 casos de depresión durante el año 2021, evidenciándose un incremento del 12% de casos en relación con las cifras antes de la pandemia (15). Resaltándose que, Lima es una de las ciudades que expone los niveles más altos de problemas de salud mental con un 26.5%, en donde la depresión representa el 16.4% (16); lo cual podría estar relacionado con la conducta alimentaria de nuestra población.

Por lo que ante tal situación surge la idea de realizar una investigación en uno de los distritos más poblados de Lima, siendo Santa Anita el décimo sexto en la lista (17), teniendo, así como tema de investigación a la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023 con el fin de determinar la relación existente entre estas variables.

1.2. Antecedentes de la investigación.

Antecedentes internacionales

En Japón, Huang C. y colaboradores, publicaron un estudio de cohorte prospectivo, titulado "*Relación independiente y combinada de conductas alimentarias no saludables habituales con síntomas depresivos: un estudio prospectivo*" (6), con el objetivo de evaluar la relación independiente y combinada de conductas alimentarias no saludables habituales con síntomas depresivos. La muestra estuvo compuesta por 376 adultos. La información sobre los comportamientos alimentarios se adquirió a través de un cuestionario autoadministrado, en el que se preguntó sobre no tomar desayuno, cenar antes de dormir y comer aperitivos después de la cena y los síntomas depresivos se evaluaron empleando la versión japonesa de la escala de depresión de autoevaluación de Zung. Obtuvieron como resultados que los refrigerios habituales después de la cena se asociaron significativamente con la incidencia de síntomas depresivos (RR 1,77; IC del 95%, 1,00-3,14, $p = 0,049$). Los

participantes con más de dos conductas alimentarias no saludables presentaron mayor incidencia de síntomas depresivos a diferencia de aquellos con menos de dos conductas alimentarias no saludables (RR 1,71; IC del 95 %, 1,06–2,77, $p = 0,028$). En tal sentido, concluyeron que existe relación combinada entre una alimentación no saludable y la incidencia de síntomas depresivos.

En Japón, Un Nanri y colaboradores publicaron un estudio, titulado *“Patrones dietéticos y síntomas depresivos entre hombres y mujeres japoneses”* (18), con el objetivo de investigar la asociación entre los principales patrones dietéticos y los síntomas depresivos en japoneses. La muestra estuvo compuesta por 521 participantes de 21 a 67 años. Los síntomas depresivos se valoraron empleando la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y los patrones dietéticos se valoraron mediante un cuestionario validado de historial dietético. Se obtuvieron como resultados que se reconocieron 3 patrones dietéticos, en donde el patrón dietético saludable determinado por una elevada ingesta de vegetales, frutas, champiñones y productos de soya se relacionó con una menor presencia de síntomas depresivos, mientras que los otros patrones dietéticos no se relacionaron notoriamente con los síntomas depresivos. En tal sentido, concluyeron que un patrón dietético saludable estaría relacionado con una menor prevalencia de síntomas depresivos.

En la Unión Europea, Paan N. y colaboradores, publicaron un ensayo controlado aleatorizado, titulado *“La asociación entre depresión y estilos de alimentación en cuatro países europeos: el estudio de prevención MooDFOOD”* (19), con el objetivo de investigar sobre las asociaciones de la historia del trastorno depresivo mayor y la gravedad de la depresión con los estilos de alimentación poco saludables. La muestra estuvo compuesta por 990 participantes. Se realizaron análisis de covarianza y análisis de regresión lineal con el historial de depresión o la gravedad de la depresión como determinantes, y la alimentación restringida cognitiva, no controlada y emocional (Cuestionario de alimentación de tres

factores revisado, 18 ítems). Obtuvieron como resultados que el historial y la gravedad de la depresión se asociaron con una alimentación más emocional e incontrolada y con una alimentación menos restringida cognitiva. Los síntomas depresivos somáticos “aumento del apetito” y “aumento de peso” se asociaron a una alimentación poco saludable. En tal sentido, concluyeron que la depresión está relacionada con estilos de alimentación más poco saludables.

En México, Hernández Traspeña J. y colaboradores, publicaron una investigación de carácter epidemiológica transversal, titulado “*Análisis del impacto causado por la pandemia de COVID-19 en el cambio de conductas alimentarias en adultos jóvenes de la zona metropolitana de Pachuca, Hidalgo*” (20), con el objetivo de evaluar el impacto causado por la pandemia de COVID-19, en el cambio de conductas alimentarias en adultos jóvenes. La muestra estuvo compuesta por 383 adultos jóvenes entre 18 y 29 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron: Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), Cuestionario de Conducta de Alimentación de Adultos (AEBQ), Test de Imagen Corporal-Cuestionario B.S.Q. (Body Shape Questionnaire) y la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Obtuvieron como resultados que el 38.52% presentó sobrepeso u obesidad, la mayoría no presentó depresión, ansiedad o estrés, con un 47.41%, 41.98% y 48.64%, respectivamente. El 64.69% mostró comportamientos con la reducción de la ingesta, donde la subingesta emocional y selectividad frente a los alimentos obtuvieron los mayores porcentajes. El sexo femenino y las emociones negativas son factores de riesgo para la aparición de un trastorno de conducta alimentaria. En tal sentido concluyeron que el presentar emociones negativas como estrés, depresión o ansiedad conllevan a una distorsión de la imagen corporal y esto a su vez ocasiona un trastorno en la conducta alimentaria, donde mayormente se restringe la ingesta de alimentos.

En Noruega, Jacka Felice y colaboradores, publicaron en un estudio transversal titulado *“La asociación entre la calidad de la dieta habitual y los trastornos mentales comunes en adultos que viven en la comunidad: el estudio Hordaland Health”* (21), con el objetivo de investigar la asociación entre la calidad de la dieta, los patrones dietéticos y los trastornos mentales comunes en adultos noruegos. La muestra estuvo compuesta por 5731 adultos de 46 a 49 años. La dieta habitual se valoró a través un cuestionario validado de frecuencia de alimentos y la salud mental se evaluó a través la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Obtuvieron como resultados que una calidad de la dieta saludable se relacionó inversamente con la depresión (odds ratio [OR] = 0,71, intervalo de confianza [IC] del 95 % = 0.59-0.84). Las mujeres con una puntuación más alta en un patrón dietético saludable tenían menos posibilidad de presentar síntomas depresivos (OR = 0.68, IC del 95 % = 0.57-0.82) o ansiedad (OR = 0.87, IC del 95 % = 0.77-0.98), mientras que los varones presentaban mayor posibilidad de estar ansiosos (OR = 1.19, IC 95% = 1.03-1.38). Un patrón dietético noruego tradicional también se relacionó con una disminución de síntomas depresivos en mujeres (OR = 0.77, IC del 95 % = 0.64-0.92) y la ansiedad en los varones (OR = 0.77, IC del 95 % = 0.61-0.96). En tal sentido, concluyeron que, el consumo de una dieta de mejor calidad se relacionó con menos posibilidades de presentar depresión, mientras que un mayor consumo de alimentos procesados y poco saludables se relacionó con un aumento de la ansiedad.

En Guayaquil, Vásconez Sánchez J. y Montenegro Moran S., publicaron un estudio de enfoque cuantitativo-cualitativo, descriptivo y diseño transversal, titulado *“Hambre emocional y su relación con la conducta alimentaria en adultos”* (22), con el objetivo de determinar el comportamiento del hambre emocional y su relación con la conducta alimentaria en adultos. La muestra estuvo compuesta por 65 adultos. Se emplearon el cuestionario de Comedor Emocional de Garaulet (CCE), el cuestionario de Conducta

Alimentaria, entre otros. Obtuvieron como resultados que al analizar la dimensión de Sobre-ingesta, las emociones como ansiedad y enojo afectan en gran medida al momento de escoger alimentos, predominando la Sobre-ingesta, evidenciado por $p= 0,0020$ y $p= 0,0138$ respectivamente. En el caso de la dimensión de Sub-ingesta, se evidenció relación significativa con un valor $p=0.0207$, entre los comedores emocionales y la presencia de varios alimentos apetecibles, aumentando así el apetito a pesar de no presentar hambre fisiológica. Por otro lado, se pudo observar que aquellos comedores emocionales no disminuyen su ingesta ante el enojo ($p=0.1853$) o irritación ($p=0.5140$). En tal sentido, concluyeron que, hábitos alimenticios inadecuados, el no distinguir el hambre emocional y una educación nutricional deficiente traen como consecuencia cambios en la conducta alimentaria.

Antecedentes nacionales

En Lima, Ramos Vera C., escribió un estudio exploratorio, correlacional y transversal titulado *“Red de síntomas psicopatológicos de la conducta alimentaria, depresión, ansiedad y estrés postraumático en adultos peruanos en cuarentena por COVID-19”* (23), con el objetivo de explorar las redes de correlación de síntomas psicopatológicos de la conducta alimentaria, depresión, ansiedad, y estrés postraumático en adultos peruanos en cuarentena por COVID-19. La muestra estuvo compuesta por 490 adultos. Se aplicaron 3 instrumentos: Impact of event scale-6, Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) y Eating Disorder Examination–Questionnaire-7 (EDE-Q7). Obtuvieron como resultados que los reactivos con mayor magnitud de asociación son: PH1 “nerviosismo”, PH2 “ánimo deprimido”, PH3 “sobrepresocupación”, ED6 “insatisfacción sobre el peso”, ED7 “insatisfacción con la figura corporal”, ED1 “restricción por comer”, IE5 “evitación de pensamientos intrusivos por la COVID19”, y IE6 “dificultad de concentración por la COVID-19”.

En tal sentido, concluyó que los síntomas principales de la red fueron la insatisfacción con el peso y estado de nerviosismo o ansiedad. Hay una relación directa entre los reactivos hipervigilancia, problemas de concentración, depresión anhedonia y sobrevaloración del peso con la insatisfacción con el peso y la ansiedad.

En Lima, Servan García F., escribió una investigación titulada *“Asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos del centro médico”* (24), con el objetivo de determinar la asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos que asisten al Centro Médico ANCIJE– Lima, 2022. La muestra estuvo compuesta por 297 adultos de 18 a 68 años. Se emplearon la Escala para medición de adicción a la comida (YFAS) y la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Obtuvo como resultados que, si existe asociación significativa entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés. El 50.84% de la muestra no presentó adicción a la comida. Respecto a los niveles de depresión, ansiedad y estrés, el 62.96% presentó depresión leve, 53.87% ansiedad leve y 65.66% estrés leve. En tal sentido, concluyó que producto del confinamiento la salud mental se vio afectada y esto conllevó a los hábitos alimentarios no sean los adecuados.

1.3. Marco Teórico

Conducta alimentaria

La conducta alimentaria ha sido descrita como el conjunto de acciones que representan la conexión entre el ser humano y los alimentos; la cual se va obteniendo a través de diversos factores (12):

- a. Entorno familiar y social: La familia presenta el primer estadio de socialización del individuo y por tanto es determinante en su desarrollo psicosocial (25,26).

- b. Imitación de modelos: se ve influenciada en el tipo de alimentación aplicada por los progenitores al tener interacciones con los niños durante la comida (12), también se puede ver reflejada por diversas variaciones que transcurren en el tiempo y que reciben una aprobación social (27).
- c. Disponibilidad de alimentos: dependerá de lo que ofrecen los progenitores y en un futuro por los factores ambientales y sociales en los que el hombre se vea envuelto, de ello dependerá el consumo de alimentos de alto o bajo valor nutricional, así como del contenido calórico o del tipo de preparación o la falta de tiempo, estilos de vida como el sedentario, entre otros (28).
- d. Estatus social: El nivel socioeconómico influye en la cantidad y calidad de alimentos a adquirir.
- e. Simbolismos afectivos: Según como vamos desarrollándonos nuestra inconsciente reserva experiencias que se reflejarán en estados de ánimos, que se verán presentes en una alimentación cognitiva, descontrolada u otros. Principalmente notorio en las disfunciones alimentarias, las cuales tienen un carácter simbólico considerándolos como formas de camuflaje de diversos problemas (29).
- f. Tradiciones culturales: Las creencias que han sido marcadas en el individuo influyen en las decisiones en cuanto a la adquisición de los alimentos y por ende en el consumo de estos.

Cabe mencionar que los factores se van estableciendo a través del tiempo, por lo que, es crucial lo vivido en los primeros cinco años de vida, ya que en este tiempo es cuando nuestros hábitos son creados (8).

Por otro lado, según un artículo de la Revista chilena de Nutrición (8), la conducta alimentaria de tener un desarrollo normal podría explicarse en cuatro componentes:

- a. Fisiología del apetito y saciedad
- b. Aspectos socioculturales
- c. Aspectos familiares
- d. Alteraciones del apetito

Niveles de Depresión:

La depresión es considerada una patología alusiva a un trastorno del cerebro, que puede desarrollarse por diversas causas cuyos orígenes varían en la parte genética, física, psicológica, entre otros, que ocasionan en las personas sensaciones de melancolía, derrota, tristeza, abandono, ansiedad, miedos, decaimiento, desinterés, etc. (30). También está es indicada como un trastorno muy común con tendencia a agravarse (30), afectando a las personas en su actuar, pensar y sentir, que se va aumentando exponencialmente y que podría llegar a ideas suicidas (31). Por otro lado, se destaca que la depresión es considerada tanto como una enfermedad mental (32), así como también un trastorno del afecto, que se caracteriza por un estado de tristeza que se perpetúa en el tiempo, manejándose un alto grado de frustración, cansancio, fatiga, que limita la visión de quien lo padece acortando sus expectativas y su actitud positiva en la vida. Al respecto la OMS afirma que la depresión es uno de los trastornos más usuales en los adultos después de los adultos mayores con 5% y 5.7% respectivamente, cabe resaltar que en cuantos adultos es la población femenina la más afectada con un 6% a nivel mundial (3).

Tipos de depresión

Existen distintas clasificaciones para los trastornos depresivos, sin embargo, el Ministerio de Salud menciona que lo más comunes son (33):

- a. Depresión Severa: Se caracteriza principalmente por interferir en diversas actividades diarias como son el trabajar, estudiar, dormir, comer y otras actividades que eran del disfrute de la persona que lo padece.
- b. La distimia: Es el tipo de depresión menos grave, en donde la persona presenta síntomas como sentimientos de tristeza, desmotivación o cansancio, estos suelen ser crónicos, aunque no llegan a ser incapacitantes, sin embargo, sí pueden afectar el bienestar de la persona que lo padece. Las personas con este tipo de depresión pueden presentar síntomas de depresión severa en algún momento de su vida.
- c. Trastorno bipolar: Se caracteriza por diversos cambios cíclicos en el estado de ánimo teniendo como fases a una gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión); los cuales pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales.

Sistema de clasificación

Existen diversos tipos de clasificaciones internacionales, entre las más reconocidas tenemos al DSM desarrollado principalmente por Asociación Psiquiátrica Americana (APA), y la CIE-10 creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (34). Para efecto de esta investigación se trabajará con la CIE-10.

CIE-10

Conocido como la Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados (35).

- Eje I: Se evalúa los diagnósticos clínicos. Tanto a nivel psiquiátrico, médico en general y personalidad.
- Eje II: Se evalúa la discapacidad social, teniendo como referencia a cuatro áreas del funcionamiento social (personal, familiar, laboral, social amplia).
- Eje III: Se evalúa los factores tanto ambientales y referentes al estilo de vida que están relacionados a la enfermedad.

Factores de riesgo para desarrollar depresión (36):

- Historia familiar de la enfermedad mental.
- Trastornos físicos o mentales crónicos.
- Cambios mayores en la vida y el estrés.
- Apoyo social poco o nulo.
- Factores psicológicos.
- Estatus económico bajo.
- Sexo femenino.
- Edad.
- Raza – Etnia.

Justificación

La presente investigación se justifica en su realización a nivel práctico porque sus resultados pretenden generar bienestar a la población de adultos, haciendo de su conocimiento la importancia de la relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión, siendo esto de gran aporte para disminuir la incidencia de este trastorno mental en esta población. Así como también esta investigación permitirá el desarrollo de un trabajo interdisciplinario siendo el caso de las áreas de nutrición y psicología para atender las necesidades de los adultos con relación a estas variables, por lo que surgiría la necesidad de brindar educación alimentaria a los adultos y con ello mejorar la calidad nutricional de este grupo etario.

A nivel teórico, el estudio es de gran relevancia porque su realización constituye un aporte significativo al presentarse como un material bibliográfico actualizado, debido a que el mismo podría servir como base teórica referencial para futuras investigaciones relacionadas con las variables abordadas, así como también genera una brecha para la creación de otras interrogantes de investigación que abrirán seguramente la posibilidad de generar más estudios y seguir aportando herramientas para atender la realidad abordada.

Desde el punto de vista metodológico la presente investigación se distingue, puesto que, en su realización se siguen los lineamientos y procedimientos del método científico lo que les concede veracidad y confiabilidad a los resultados obtenidos. De igual forma, se debe destacar que este estudio podrá brindar estrategias para evidenciar la situación de los adultos con relación a los niveles de depresión y la conducta alimentaria aportando sugerencias y conclusiones para establecer planes estratégicos de atención a esta realidad.

Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023?

Objetivos

Objetivo general:

Identificar la relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.

Objetivos específicos:

- Determinar la relación entre la conducta alimentaria de tipo Pro-ingesta y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.
- Determinar la relación entre la conducta alimentaria de tipo Anti-ingesta y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.

Hipótesis

Hipótesis general:

- **Hipótesis del investigador $H_{(1)}$:** Existe una relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.
- **Hipótesis nula $H_{(0)}$:** No existe una relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.

Hipótesis específicas:

1. Existe una relación entre la conducta alimentaria de tipo Pro-ingesta y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.
2. Existe una relación entre la conducta alimentaria de tipo Anti-ingesta y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Tipo de investigación

La investigación se consideró de tipo cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal. Debido a que se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis; no se ejerce ningún tipo de manipulación a las variables; tiene como finalidad conocer la relación que existe entre las variables y como se presentan en un tiempo y momento determinado (37).

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población:

La población se refiere a la totalidad de individuos que forman parte de la unidad de estudio, que comparten rasgos similares y presentan coincidencia en su delimitación tiempo-espacio (37). En correspondencia, se resalta que la población objeto de estudio estará conformada por un total de 196 214 adultos que son residentes del distrito de Santa Anita, según el censo del INEI del 2017 (38).

2.2.2. Muestra:

Para efectos de la presente investigación la muestra fue de 386 adultos entre 18 a 55 años (Anexo 2).

Muestreo: El tipo de muestreo fue no probabilístico, sin embargo, se decidió realizar un cálculo estadístico, tamaño de la muestra (39), el cual sirvió de referencia para saber cuántos participantes necesitamos como mínimo para que nuestra investigación sea significativa.

Seguidamente se presenta el cálculo referencial de la muestra:

Nomenclatura:

z: nivel de confianza= 95% = 1.96

p: variabilidad positiva= 5% = 0,5

q: variabilidad negativa (1-p) = 5%= 0,5

N: total de elementos que integran la población= 196 214

e: error máximo permitido= 0,05

n: tamaño de la muestra

Sustituyendo:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 196\ 214}{0,05^2(196\ 214 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$
$$n = 384$$

2.3. Criterios de elegibilidad:

Encontrándose distribuido de la siguiente manera:

Criterios de inclusión:

- Adultos residentes del distrito de Santa Anita.
- Adultos que firmen el consentimiento informado.
- Adultos en un rango de edad de 18 a 55 años.

Criterios de exclusión:

- Adultos que presenten un diagnóstico médico de trastornos mentales como Esquizofrenia, síndrome de Down, trastorno de bipolaridad, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad u otros.

- Adultos que presenten un diagnóstico médico de algún trastorno alimenticio como bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, ortorexia nerviosa, trastorno por atracón o por restricción de la ingesta.
- Adultos que presenten un diagnóstico médico de alergia o intolerancia alimentaria que requieran una dieta especial.
- Adultos que presenten un diagnóstico médico que exija un cambio de régimen alimenticio como síndrome de intestino irritable, colitis ulcerosa, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, etc.
- Adultos que no hayan completado en su totalidad los cuestionarios de recolección de datos.

2.4. Variables

Conducta Alimentaria

Definición conceptual: Refiere al conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos, se va desarrollando por medio de componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos, culturales y sociales (8).

Definición operacional: La conducta alimentaria es un patrón alimentario que cada individuo conlleva. Para fines de esta investigación se medirá en dimensiones de Pro-ingesta (acciones positivas al consumo de los alimentos) y Anti-ingesta (acciones negativas o de saciedad de alimentos).

Indicadores:

- Hambre: mayor hambre, moderada hambre, leve hambre.
- Disfrute de alimentos: mayor disfrute de alimentos, moderada disfrute de alimentos, leve disfrute de alimentos.
- Respuesta frente a los alimentos: mayor respuesta frente a los alimentos, moderada respuesta frente a los alimentos, leve respuesta frente a los alimentos.

- Sobreingesta emocional: mayor sobreingesta emocional, moderada sobreingesta emocional, leve sobreingesta emocional.
- Respuesta a la saciedad: mayor respuesta a la saciedad, moderada respuesta a la saciedad, leve respuesta a la saciedad.
- Lentitud para comer: mayor lentitud para comer, moderada lentitud para comer, leve lentitud para comer.
- Sub-Ingesta emocional: mayor subingesta emocional, moderada subingesta emocional, leve subingesta emocional.
- Selectividad frente a los alimentos: mayor selectividad frente a los alimentos, moderada selectividad frente a los alimentos, leve selectividad frente a los alimentos.

Niveles de depresión

Definición conceptual: La depresión es considerada una patología alusiva a un trastorno del cerebro, que puede desarrollarse por diversas causas cuyos orígenes varían en la parte genética, física, psicológica, entre otras, que ocasiona en las personas sensaciones de melancolía, derrota, tristeza, abandono, ansiedad, miedos, decaimiento, desinterés, etc. (36).

Definición operacional: Los niveles de depresión hacen alusión a la intensidad y frecuencia de los síntomas de la enfermedad de origen emocional y psicológico que genera en las personas una sensación de inconformidad y tristeza profunda de manera permanente.

Indicadores:

- Depresión Mínima o Ausente
- Depresión Leve
- Depresión Moderada
- Depresión Grave.

Tabla N°1: Matriz de operacionalización de variable de conducta alimentaria

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	PUNTUACIONES
Conducta alimentaria	Conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos.	Variable ordinal	La conducta alimentaria es un patrón alimentario que cada individuo conlleva, para fines de esta investigación se medirá en dimensiones de Pro-ingesta (acciones positivas al consumo de los alimentos) Anti-ingesta (acciones negativas o de saciedad de alimentos)	Dimensión Pro-ingesta	Hambre	<ul style="list-style-type: none"> ● Completamente en desacuerdo (1). ● Bastante en desacuerdo (2). ● Ni en acuerdo, ni en desacuerdo (3). ● Bastante de acuerdo (4). ● Completamente de acuerdo (5). 	Mayor hambre (25) Moderada hambre (15). Leve hambre (5).
					Disfrute de alimentos		Mayor disfrute de alimentos (15) Moderada disfrute de alimentos (9). Leve disfrute de alimentos (3).
					Respuesta frente a los alimentos		Mayor respuesta frente a los alimentos (20). Moderada respuesta frente a los alimentos (12). Leve respuesta frente a los alimentos (4).
					Sobreingesta emocional		Mayor sobreingesta emocional (25). Moderada sobreingesta emocional (15). Leve sobreingesta emocional (5).
				Dimensión Anti-ingesta	Respuesta a la saciedad	<ul style="list-style-type: none"> ● Completamente en desacuerdo (1). ● Bastante en desacuerdo (2). ● Ni en acuerdo, ni en desacuerdo (3). ● Bastante de acuerdo (4). ● Completamente de acuerdo (5). 	Mayor respuesta a la saciedad (20). Moderada respuesta a la saciedad (12). Leve respuesta a la saciedad (4).
					Lentitud para comer		Mayor lentitud para comer (16). Moderada lentitud para comer (12). Leve lentitud para comer (8).
					Subingesta emocional		Mayor subingesta emocional (25). Moderada subingesta emocional (15). Leve subingesta emocional (5).
					Selectividad frente a los alimentos		Mayor selectividad frente a los alimentos (17). Moderada selectividad frente a los alimentos (15). Leve selectividad frente a los alimentos (13).

Tabla N°2: Matriz de operacionalización de variable de depresión



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	PUNTUACIONES		
Nivel de depresión	Los niveles de depresión refieren a la ocurrencia de la depresión que es considerada una patología alusiva a un trastorno del cerebro, que puede desarrollarse por diversas causas cuyos orígenes varían en la parte genética, física, psicológica, entre otras que ocasiona en las personas sensaciones de melancolía, derrota, tristeza, abandono, ansiedad, miedos, decaimiento, desinterés, entre otras (Lazarevich, et al.,2018)	Variable ordinal	Los niveles de depresión hacen alusión a una enfermedad de origen emocional y psicológico que genera en las personas una sensación de inconformidad y tristeza profunda de manera permanente. Para efectos de la presente investigación se medirá esta variable según las dimensiones; ausente, leve, moderada y grave.	Cognitiva	Tristeza Pesimismo Pensamientos suicidas Desvalorización	Depresión Mínima	0-13		
				Física conductual	Indecisión Autocrítica Sentimiento de culpa Fracaso Disconformidad con uno mismo Sentimiento de castigo Pérdida de placer y llanto			Depresión leve	14-19
				Afectivo emocional	Agitación Pérdida de interés Pérdida de energía Cambios de hábitos y sueño Irritabilidad Cambios de apetito Dificultad de concentración Cansancio Pérdida de interés en el sexo			Depresión moderada	20-28
						Depresión grave	29-63		

2.5. Técnica de recolección de datos

Para llevar a cabo la recolección de datos con respecto a las variables: conducta alimentaria y nivel de depresión, se consideró aplicar la técnica de la encuesta, en su forma online. Debido a que permite procesar los datos de manera eficiente y no necesita de la presencia física del entrevistado (40). En este caso, se encuestó a adultos residentes del distrito de Santa Anita, para ello se administraron los instrumentos que permitieron obtener la información sobre las variables investigadas.

2.6. Instrumentos para recolección de datos

2.6.1. Variable independiente: Cuestionario de Conducta Alimentaria para Adultos versión en español (AEBQ-Esp)

El instrumento determinado para recopilar información de la variable mencionada fue el Cuestionario de Conducta Alimentaria para Adultos (AEBQ por sus siglas en inglés) versión en español (AEBQ-Esp), desarrollado por Eva M. Morales, María Ángeles Maghioros, Ana M. Obregón y José L. Santos en el año 2020, cuyo objetivo fue evaluar la conducta alimentaria en adultos (41). Este cuestionario, como ya se mencionó, es una adaptación al español del Adult Eating Behaviour Questionnaire (AEBQ), cuyos autores fueron Claudia Hunot, Alison Fildes, Helen Croker, Clare H. Llewellyn, Jane Wardle y Rebecca J. Beeken. Surgió de la derivación del Child Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) con la intención de aplicarla en adultos, ya que el CEBQ es un cuestionario diseñado para obtener información de los rasgos del apetito asociados con el peso, en niños, a través de los padres (42).

Consta de 35 ítems; presenta una estructura de 8 dimensiones de la conducta de alimentación, las cuatro primeras están relacionadas positivamente con el acercamiento a la comida y la sobreingesta (Dimensiones Pro-ingesta), las cuales son: Respuesta frente a los

alimentos (RFA), sobre-ingesta emocional (SOE), disfrute de alimentos (DA) y hambre (H), mientras que las cuatro restantes están relacionadas con una disminución de la ingesta (Dimensiones Anti-ingesta), que son: Respuesta de saciedad (RS), sub-ingesta emocional (SUE), selectividad frente a alimentos (SFA) y lentitud al comer (LC). Las respuestas se categorizan en una escala Likert de 1 a 5 (desde 1 “completamente en desacuerdo” hasta 5 “completamente de acuerdo”), donde 3 ítems tiene un puntaje inverso. El desarrollo de AEBQ se basó en la teoría de la susceptibilidad conductual frente a la obesidad, esta teoría menciona que “las diferencias en rasgos “las diferencias en rasgos relacionados con el apetito son las principales responsables de la epidemia de obesidad” (41).

La confiabilidad de este cuestionario fue establecida a través del coeficiente α de Cronbach, con valores de la estadística superiores a 0,77 en las 8 dimensiones de conducta consideradas: Disfrute de los alimentos (DA)=0,77; Respuesta frente a los alimentos (RFA)=0,79; Sobreingesta emocional (SOE)=0,91; Hambre (H)=0,80; Respuesta de Saciedad (RS)=0,78; Lentitud para comer (LC)=0,82; Subingesta emocional (SUE)=0,88; y Selectividad frente a los alimentos (SFA)=0,81) (43).

2.6.2. Variable dependiente: Inventario de depresión de Beck II (BDI - II)

El cuestionario determinado para brindar respuesta a la variable niveles de depresión, fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en su versión española, cuyos autores son Beck, A., Steer, R. y Brown, G., el cual fue desarrollado con la finalidad de evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con 13 años o más.

El inventario de Depresión de Beck (BDI-II), es un instrumento que consta de 21

ítems y permite establecer la presencia del nivel de depresión, por medio del cálculo de respuestas acertadas, las cuales tienen una opción de respuesta múltiple, determinando el nivel de depresión por medio de la siguiente clasificación ponderativa; depresión mínima (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28), depresión grave (29- 63).

Se debe resaltar que la validez de este instrumento fue otorgada por medio del juicio de expertos. Comprendiendo que la validez se refiere a la medición de la estructura y coherencia del instrumento de recolección de datos conforme a las metas establecidas por el investigador (37).

En cuanto a la confiabilidad del instrumento esta fue establecida a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor determinado fue de 0,92 y en la adaptación española de 0,87 (43) Entendiéndose la confiabilidad como el grado de fiabilidad que se brinda a la aplicación del instrumento (37).

Tabla N°3: Ficha Técnica del Cuestionario de conducta alimentación del adulto (AEBQ)
(Adaptación española)

Instrumento	Cuestionario de conducta de alimentación del adulto
Autor	Claudia Hunot, Alison Fildes, Helen Croker, Clare H. Llewellyn, Jane Wardle y Rebecca J. Beeken
Autor de la adaptación española	Eva M. Morales, María Ángeles Maghioros, Ana M. Obregón, José L. Santos
Año	2020
Propósito	Evaluar la conducta de alimentación en adultos o adolescentes.
Ítems	35 ítems
Tipo de escala	Likert
Tipo de respuestas	Selección múltiple
Tipo de administración	Formato electrónico Online
Dimensiones	Dimensiones Pro-ingesta: Respuesta frente a los alimentos (RFA), sobre-ingesta emocional (SOE), disfrute de alimentos (DA) y hambre (H). Dimensiones Anti-ingesta: Respuesta de saciedad (RS), sub-ingesta emocional (SUE), selectividad frente a alimentos (SFA) y lentitud al comer (LC).
Descripción	Es un instrumento que presenta 8 dimensiones relativas a la conducta alimentaria, las cuatro primeras están relacionadas positivamente con el acercamiento a la comida y la sobreingesta, mientras que las cuatro restantes están relacionadas con una disminución de la ingesta. Consta de 35 ítems. Las respuestas se categorizan en una escala Likert de 1 a 5 (desde 1 "completamente en desacuerdo" hasta 5 "completamente de acuerdo"), incluye 3 ítems con un puntaje inverso.
Confiabilidad	Se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método α de Cronbach obteniendo valores de la estadística superiores a 0,77 en las 8 dimensiones de conducta consideradas (DA=0,77; RFA= 0,79; SOE=0,91; H=0,80; RS=0,78; LC=0,82; SUE=0,88; y SFA=0,81).

Tabla N°4: Ficha Técnica Cuestionario Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
(adaptación española)

Instrumento	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
Autor	Beck, A., Steer, R. y Brown, G.
Autor de la adaptación	Sanz y Vázquez
Año	2011
Propósito	Evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con 13 años o más.
Ítems	21 ítems
Tipo de escala	Likert
Tipo de respuestas	Selección múltiple
Tiempo de administración	5 -10 minutos
Dimensiones	Cognitiva, Físico conductual y Afectivo-emocional
Descripción	Se trata de un cuestionario que contiene 21 ítems, tipo escala de likert con opciones de respuestas múltiples, que aborda y dimensiones como depresión mínima, leve, moderada y grave.
Confiabilidad	Se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,92.

2.7. Procedimiento de recolección de datos

Antes de la recolección de datos:

Primeramente, se seleccionó los instrumentos que se usaron en la investigación dependiendo de los objetivos que se establecieron y de los criterios necesarios para ser usados, los cuales fueron los instrumentos: Cuestionario de Conducta Alimentaria para Adultos versión en español (AEBQ-Esp) e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), los cuales fueron adaptados a un formato digital (formulario en Google forms) para poder aplicarlas de manera más sencilla por el medio virtual.

Durante la recolección de datos:

El cuestionario aplicado constó de 56 preguntas, que fueron completadas en un tiempo aproximado de 15 minutos. Previo a las preguntas se incluyó un consentimiento informado en el cual se detalló que la participación era netamente anónima y voluntaria y que la información recopilada sería usada únicamente para fines de la investigación. Asimismo, se incluyeron preguntas sobre características de los participantes como: sexo, edad, grado de instrucción. La difusión del cuestionario se realizó por vía online a través de diferentes redes sociales (Facebook, WhatsApp e Instagram). Manteniéndose vigente en un tiempo de 2 semanas. Asimismo, se buscó recolectar mayor audiencia, por lo que se contactó de forma directa algunos residentes de dos condominios del distrito, además de personas que acudan al centro comercial Mall Aventura Santa Anita. Cabe mencionar que también se colocaron códigos "QR" en puntos estratégicos de los lugares mencionados (Anexo 2).

Después de la recolección de datos:

Cuando se tuvo toda la información recopilada se pasó a analizar, se contrastó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, llegando así a nuestra muestra de

386, luego de ello se realizó una base de datos en MS Excel que serviría para los datos descriptivos y también para el baremo para poder realizar la estadística en el SPSS.

Al ser un estudio que buscó una asociación, se buscó contrastar las hipótesis el cual para nuestro objetivo general fue: la existencia de una relación entre conducta alimentaria y nivel de depresión, esta asociación fue realizada por medio del Chi cuadrado al tener dos variables categóricas.

En cuanto a nuestras hipótesis específicas tuvimos que cambiar de análisis al no poder utilizar la Chi cuadrado, replanteando el análisis, a un análisis cuantitativo, haciendo uso de la correlación para lo que se realizó la prueba de normalidad para definir el estadístico de correlación a utilizar, así que al ser una muestra de 386 participantes se usa el coeficiente de Kolmogorov Smirnov para analizar si el comportamiento de la muestra tiene normalidad, encontrando que las variables no normales, por lo que, se realizó estadística del coeficiente correlacional de Spearman y así poder determinar si hay una relación significativa entre las variables.

2.8. Análisis de datos

Se elaboró una hoja de cálculo Microsoft Excel en donde se introdujo los datos recopilados, para así calcular los objetivos trazados. Primeramente, el análisis descriptivo se hizo por medio de gráficos, en donde se encontraron porcentajes; el gráfico radial se realizó, por medio de los puntajes mayores según sea la dimensión, en el caso de la categoría fue en cuanto a la sumatoria de las preguntas según sea la dimensión.

Los análisis estadísticos de los datos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 25. Las pruebas se consideraron estadísticamente significativas si ($p \leq 0.05$), en cuanto a la asociación y correlación se analizó por medio de Chi- cuadrado y Spearman, esto en

consecuencia que nuestros objetivos específicos no pudieron analizarse por medio del Chi cuadrado o incluso la prueba exacta de Fisher, al no tener una tabla dicotómica; lo que nos llevó a poder seguir el análisis por medio de un análisis estadístico cuantitativo con las puntuaciones obtenidas, por lo que primero se realizó una prueba de normalidad encontrando a las variables no normales, por lo que al final se usó la prueba de Spearman.

Cabe mencionar que para la categorización se tuvo en cuenta los puntajes mencionados en la siguiente tabla:

Dimensión	Indicadores	Preguntas	Leve	Moderado	Mayor
Pro-ingesta	Hambre	1,7,11,27,32	5	15	25
	Disfrute de alimentos	2,14,19	3	9	15
	Respuesta frente a los alimentos	12,15,28,30	4	12	20
	Sobre ingesta emocional	20,22,29,33,35	5	15	25
Anti-ingesta	Respuesta de saciedad	4,8,25,34	4	12	20
	Lentitud de comer	5,10,17,23	8	12	16
	Subingesta emocional	16,18,24,31	5	15	25
	Selectividad frente a los alimentos	3,6,9,21	13	15	17

Lo cual brindó la posibilidad de establecer las correlaciones en nuestros objetivos específicos, por otro lado, también se pudo obtener los resultados descriptivos y la comprobación de la hipótesis, con el análisis de ello se basó para generar las conclusiones y recomendaciones respectivas.

2.9. Aspectos éticos

Según el código de ética en la Declaración de Helsinki (44) sobre Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, se establece que se debe cuidar de la salud, la intimidad y la dignidad de los participantes incluidos en una investigación. Asimismo, se señala que cada participante debe ser informado sobre su derecho a participar o no de la investigación, sin represalias, también debe tener conocimiento acerca de los objetivos de la investigación. Todo esto con el propósito principal de mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, también busca un mayor conocimiento acerca de la etiología y patogenia de la enfermedad, con el fin de poner a prueba continuamente la eficacia, calidad y accesibilidad de los métodos preventivos catalogados como los “mejores”.

Por otro lado, se consideró el Código de Ética del Investigador Científico UPN (45) el cual busca fortalecer una cultura de principios y valores. Asimismo, busca regular los deberes y responsabilidades que deben tener los investigadores a lo largo de la investigación, con el fin de proteger en todo momento la integridad de los participantes que sean objeto del estudio. Además, garantiza la confidencialidad de los resultados obtenidos y salvaguardar los derechos de autor y propiedad intelectual de las fuentes utilizadas en el proceso de investigación.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

1. Características sociodemográficas

Los resultados obtenidos mostraron que la distribución por sexo fue mayor en mujeres, con un 58% (n=222). En donde el mayor grupo de participantes se encontraba en un rango de 18 a 25 años (49%, n=190) y, según su estado civil, fueran solteros al momento del encuestado (83%, n=319). Por otro lado, referente al grado de instrucción, en su mayoría tienen estudios superiores incompletos (42%, n=162) (Tabla 5).

Tabla N°5: Características sociodemográficas de los adultos residentes del distrito de Santa Anita

Características	n	%
Sexo		
Masculino	164	42
Femenino	222	58
Edad		
18-25	190	49
26-35	154	40
36-55	42	11
Estado civil		
Soltero (a)	319	83
Casado (a)	25	6
Viudo (a)	2	1
Divorciado (a)	3	1
Conviviente	37	9
Grado de instrucción		
Primaria	2	1
Secundaria	33	8
Técnica	65	17
Superior Incompleta	162	42
Superior Completa	91	24
Postgrado	33	8

2. Nivel de depresión

En la siguiente figura se observan los niveles de depresión de los participantes del estudio

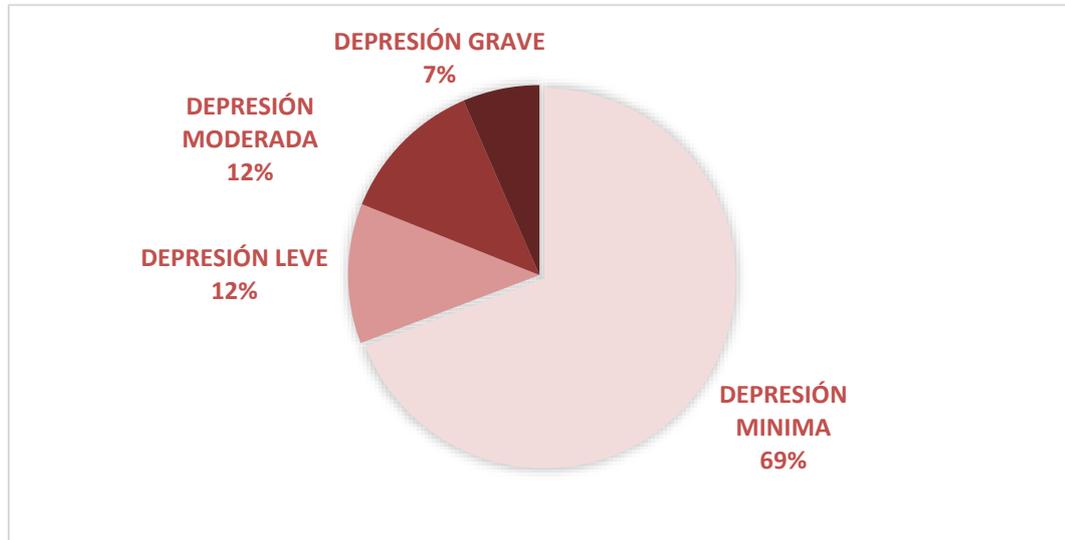


Figura 1: Niveles de depresión de los adultos residentes del distrito de Santa Anita

Se encontró al nivel de depresión mínima con un 69% (n=386), siendo este el mayor porcentaje, la depresión leve fue de un 12% al igual que la depresión moderada, finalmente la depresión severa tiene un porcentaje de 7% (Figura 1).

Tabla N°6: Nivel de depresión en algunas características demográficas

Características	Nivel de depresión							
	Mínima		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Sexo								
Masculino	129	79	16	10	12	7	7	4
Femenino	138	62	30	14	36	16	18	8
Edad								
18-25	122	64	28	15	27	14	13	7
26-35	112	73	13	8	18	12	11	7
36-55	33	79	5	12	3	7	1	2

Se puede observar que los mayores porcentajes se encuentran en una depresión mínima o ausente, en cuanto al sexo es el nivel femenino con un mayor porcentaje en los niveles de depresión teniendo así una diferencia de 38% (n=35). Por otra parte, en el rango de edad con mayores niveles de depresión es de 18 a 25 años siendo este de un 36% (n=68).

3. Conducta alimentaria

En la siguiente figura se observa la conducta alimentaria de los participantes del estudio

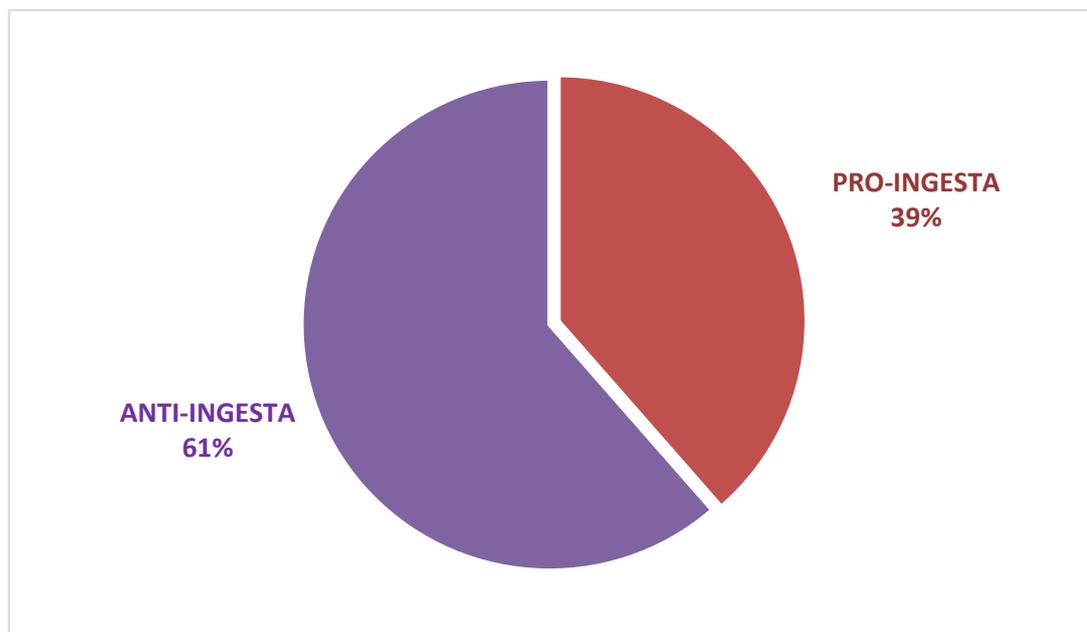


Figura 2: Conducta Alimentaria de los adultos residentes del distrito de Santa Anita

En la figura 2 se aprecia los porcentajes de la conducta alimentaria según las dos grandes dimensiones, en la primera dimensión "Pro-ingesta" se encontró un porcentaje de 39% (n=149) y en la otra dimensión se encontró un porcentaje de "Anti-ingesta", en lo cual se encontró un mayor porcentaje siendo este de 61% (n=237). Lo que significa que la mayoría de la muestra presenta un menor acercamiento con la comida, es decir una correlación de manera negativa o una menor ganancia de peso.

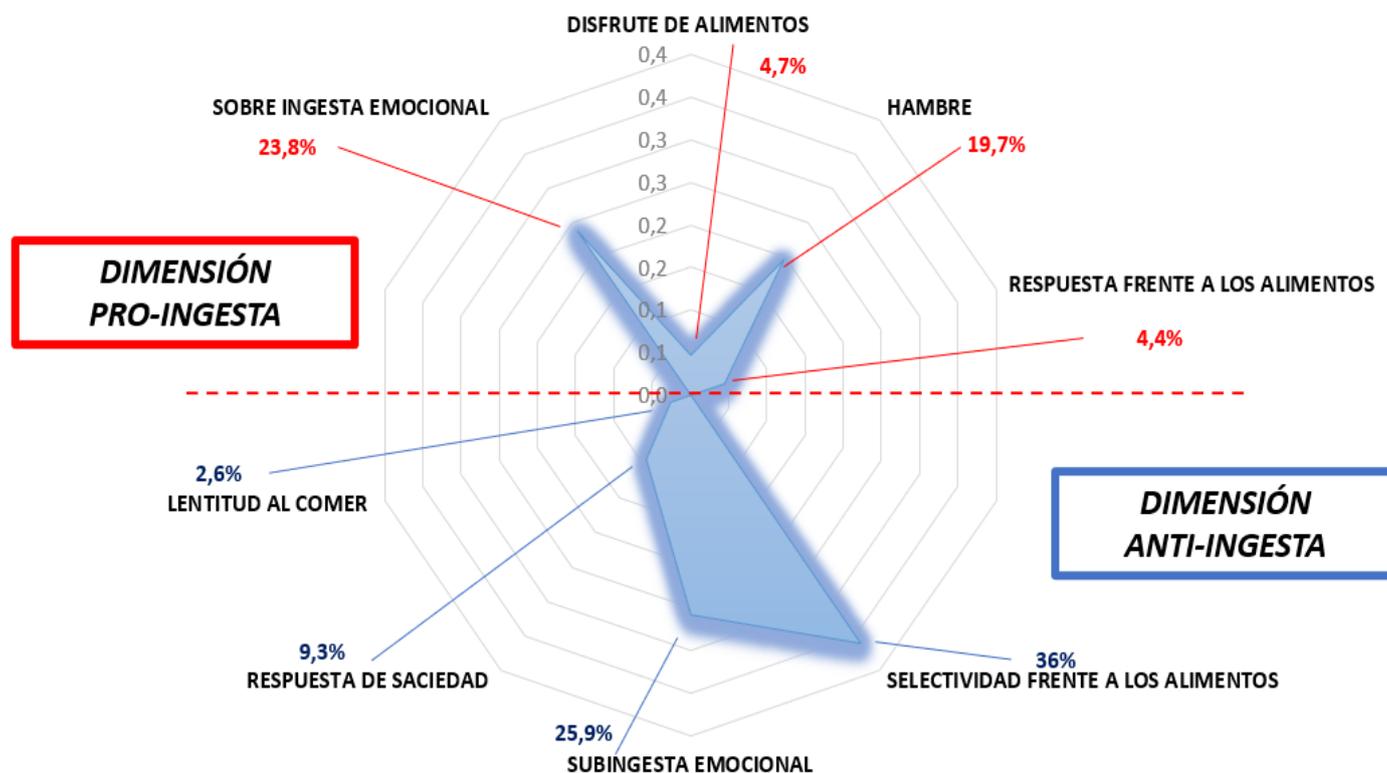


Figura 3: Dimensiones de la conducta alimentaria en los adultos residentes del distrito de Santa Anita

En este gráfico se puede observar los porcentajes de cada dimensión teniendo una mayor tendencia en las dimensiones de la Anti-ingesta, el primer y segundo porcentaje con mayores niveles se ubica en la dimensión de selectividad frente a los alimentos, y la subingesta emocional, (36 – 25.9%) respectivamente. Por otro lado, los mayores porcentajes de la dimensión de Pro-ingesta, se ubica en dimensiones de sobre ingesta y hambre, sin embargo, sus valores fueron entre 23.8 a 19.7%.

Por lo que podemos notar que los valores en ninguna dimensión llegaron al 50%, sin embargo, si se sabe que los mayores porcentajes, así como en general, la dimensión con más puntaje es la dimensión Anti-ingesta.

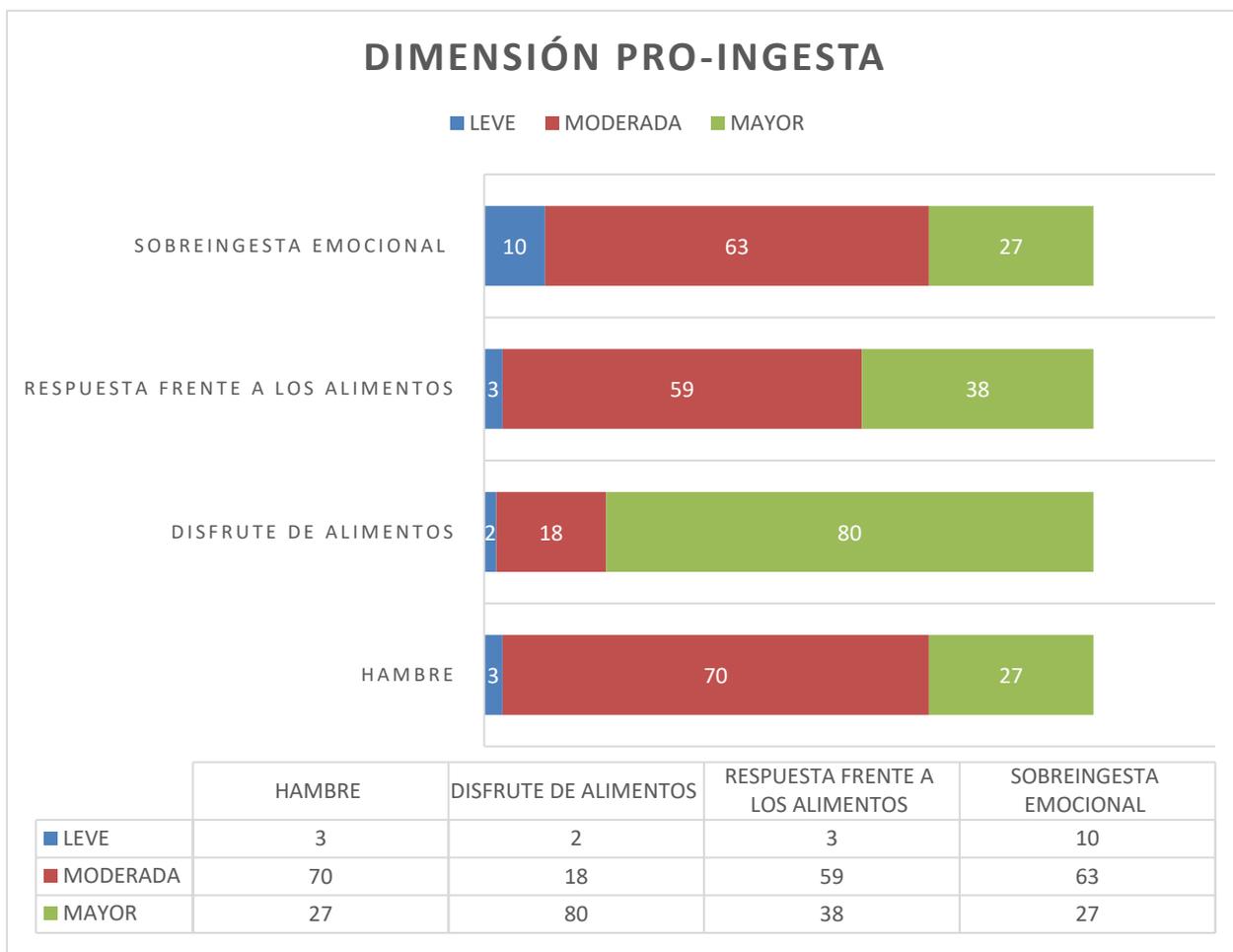


Figura 4: Conducta Alimentaria Dimensión de Pro-ingesta

Se aprecia los porcentajes de la dimensión de Pro-ingesta de la población investigada, a través de las 4 dimensiones, encontrando a una moderada sobreingesta de alimentos con un 63%, en la respuesta frente a los alimentos el porcentaje más elevado fue también en una moderada con 59%, en el disfrute de alimentos se obtuvo un 80% en la escala mayor, y por último en la dimensión del hambre se encontró una mayor puntuación en un hambre moderado que fue de 70%.

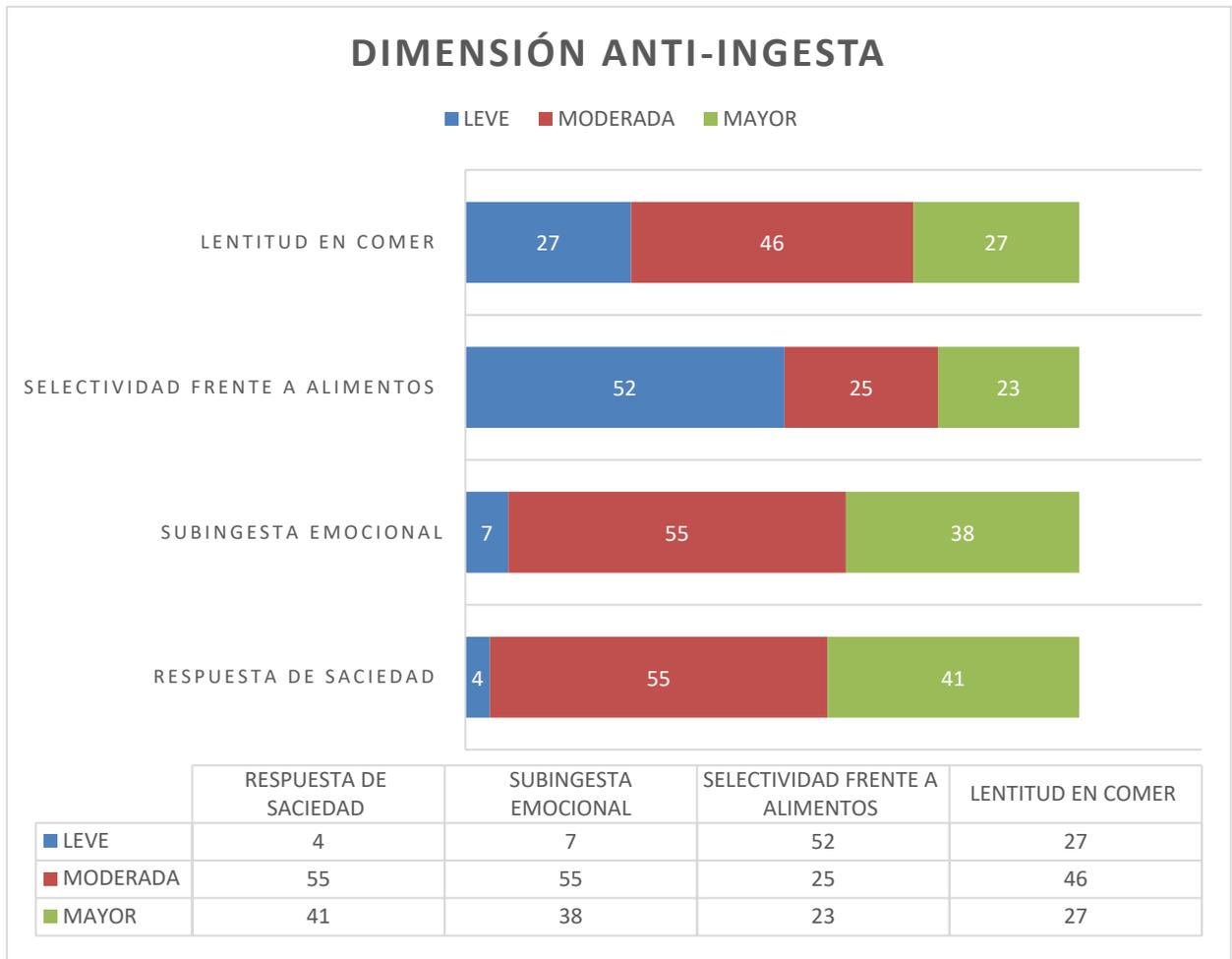


Figura 5: Conducta Alimentaria Dimensión de Anti-ingesta

Se aprecia los porcentajes de la dimensión de Anti-ingesta de la población investigada, a través de las 4 dimensiones, encontrando en la dimensión de Lentitud de comer a una moderada con el mayor porcentaje siendo este de 46%, en la Selectividad de alimentos el porcentaje más elevado fue leve con 52%, en la Subingesta emocional se obtuvo al mayor porcentaje en moderada con 55%, y por último en la dimensión de respuesta de saciedad se encontró una mayor puntuación en moderado que fue de 55%.

4. Asociaciones entre las variables

Tabla N°7: Prueba de asociación por Chi cuadrado

		Niveles de depresión				p
		Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	
Conducta alimentaria	Pro-ingesta	93	20	27	9	0,038
	Anti-ingesta	174	26	21	16	

Se visualiza una significancia con un valor p de 0,038 según la correlación de Chi cuadrado, lo cual permitió aceptar la hipótesis de investigador y rechazar la hipótesis nula; por lo que se considera que, si existe una relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.

Se puede observar que, en cuanto a la dimensión de Pro-ingesta, mayormente se daría este aumento de apetito, durante una depresión mínima o una depresión moderada que son los mayores; por el otro lado la dimensión de Anti-ingesta se presentaría mayormente en la depresión mínima también y en la depresión leve.

Finalmente, al encontrar una asociación, se aceptaría que la conducta alimentaria ya sea vista desde una perspectiva de aumento de ingesta o disminución de apetito, si fuera un factor relacionado al nivel de depresión en el individuo pudiendo aumentar la sintomatología de este trastorno.

Tabla N°8: Correlación de Spearman entre la conducta alimentaria de tipo Pro-ingesta y el nivel de depresión

Dimensión de Pro-ingesta	Nivel de depresión
Hambre	0.252*
Disfrute de alimentos	0.061
Respuesta frente a los alimentos	0.23*
Sobreingesta emocional	0.211*

(*) Nivel de significancia <0.05

Se visualiza en la tabla los valores de las correlaciones de Spearman de la dimensión de la Pro-ingesta con los niveles de depresión, cabe mencionar que esto se hizo en base a los puntajes obtenidos en cada instrumento.

En la dimensión de Pro-ingesta, se encontró 3 dimensiones con un valor p significativo, por lo que se aceptó una correlación con el nivel de depresión, siendo estas: hambre, respuesta frente a los alimentos y sobre-ingesta emocional, cabe mencionar que esta correlación fue positiva baja.

Por lo que se puede inferir que existe una relación entre la depresión y la inclinación a iniciar la ingesta frente a señales externas de los alimentos, además de tener una tendencia a incrementar la ingesta en contextos emocionales negativos finalmente también se acepta una mayor sensación física de hambre. Lo que podría aludir a una mayor ganancia de peso cuando se pase por situaciones o emocionales negativas.

Tabla N°9: Correlación entre la conducta alimentaria de tipo Anti-ingesta y el nivel de depresión

Dimensión de Pro-ingesta	Nivel de depresión
Respuesta de saciedad	0.17*
Selectividad de alimentos	0.04
Subingesta emocional	0.15*
Lentitud de comer	0.09

(*) Nivel de significancia <0.05

Se visualiza en la tabla los valores de las correlaciones de Spearman de la dimensión de Anti-ingesta con los niveles de depresión, cabe mencionar que esto se hizo en base a los puntajes obtenidos en cada instrumento.

En la dimensión de Anti-ingesta, se encontró 2 dimensiones con un valor p significativo, por lo que se aceptó una correlación con el nivel de depresión, siendo estas: respuesta de saciedad y sub-ingesta emocional, cabe mencionar que esta correlación fue positiva muy baja.

Por lo que se puede inferir que existe una relación entre la depresión y la reducción de la sensación de hambre tras el consumo de alimentos y una tendencia a reducir la ingesta en contextos negativos.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima 2023, obteniendo como resultado que existe relación significativa entre ambas variables, con un valor $p = 0.038$, lo que permite aceptar la hipótesis del investigador y rechazar la hipótesis nula. Esto coincide con lo observado por Paan y cols. (19), quienes encontraron una asociación entre la depresión y estilos de alimentación poco saludables, describiendo que existen 3 tipos de alimentación no saludables: alimentación emocional, alimentación externa/incontrolada y alimentación restringida; donde la primera hace referencia a que las personas son incapaces de distinguir el hambre de otras excitaciones corporales, la segunda refiere que la exposición a alimentos atractivos y a estímulos externos relacionados con los alimentos trae como consecuencia una alimentación descontrolada y la tercera asume que algunas personas hacen dieta por un tiempo muy prolongado y que constantemente intentan regular cognitivamente su alimentación (19); si bien se utilizó la variable estilos de alimentación en lugar de conducta alimentaria, se debe tener en cuenta que la conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos alimenticios, la selección de alimentos que ingiere, preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de los mismos (8), por lo que los estilos de alimentación estarían incluidos dentro de esta definición. Un aspecto importante que pudo influir en que se encuentre dicha relación fue que la muestra estuvo conformada por participantes de Europa, donde se menciona, la depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes (19).

Esta asociación también se corroboró en el estudio de Huang y cols. (6), donde se determinó la relación independiente y combinada de conductas alimentarias no saludables habituales con síntomas depresivos de adultos japoneses de 24 a 83 años, obteniendo que los adultos con más de dos conductas alimentarias no saludables tuvieron una mayor incidencia de síntomas depresivos en comparación con aquellos con menos de dos conductas alimentarias no saludables (RR 1.71; IC del 95 %, 1.06–2.77, $p = 0,028$). La conducta alimentaria se evaluó a través de un cuestionario autoadministrado, en el que se preguntó acerca de saltarse el desayuno, cenar poco antes de acostarse y comer refrigerios después de la cena, encontrando que comer refrigerios después de la cena se asocia con la incidencia de síntomas depresivos ([RR] 1.77; IC del 95 %, 1.00–3.14, $p = 0,049$) a diferencia de saltarse el desayuno o cenar poco antes de acostarse en donde no se encontró asociación con la incidencia de síntomas depresivos. Se destaca que este estudio fue un estudio de cohorte prospectivo de 2 años donde los participantes al inicio no presentaron síntomas depresivos, pero que después de dicho tiempo presentaron una incidencia del 23,7 %, además que al igual que en nuestra investigación el rango de edad fue muy amplio lo que pudo influir de alguna manera en que se encuentre dicha asociación. De la misma manera, Hernández (20) evaluó la relación la conducta alimentaria y la depresión, pero no encontró asociación entre estas, obteniendo un valor p de 0.317. Este resultado probablemente esté asociado a que el rango de edad de la muestra fue corto, entre los 18 y 29 años, a diferencia de nuestra muestra, cuyo rango de edad fue muy amplio, desde los 18 hasta los 55 años, ya que según la el estudio de Montesó y Aguilar (49) acerca de la depresión según el género y la edad, se evidenció que el mayor porcentaje de depresión se presentó entre los 25 a 45 años con un 33% y el menor porcentaje cuando la edad era menor o igual a 25 años con 14,1%, es decir,

el rango de edad de la muestra en la investigación de Hernández se encuentra parcialmente incluido en el rango de edad donde al parecer existe mayor porcentaje de depresión.

A lo anterior, se suma el estudio de Jacka Felice y cols. (21) cuyo objetivo fue investigar la asociación entre la calidad de la dieta, los patrones dietéticos y los trastornos mentales comunes en adultos noruegos de 46 a 49 años y de 70 a 74 años, es decir no se incluyeron adultos jóvenes como en nuestra investigación, obteniendo que una dieta de mejor calidad está relacionada con menor una menor probabilidad de presentar depresión. En este estudio se destaca que las mujeres que presentaron una alta puntuación en un patrón dietético saludable tenían menor probabilidad de presentar síntomas depresivos (OR = 0.68, IC del 95 % = 0.57-0.82). Asimismo, otro estudio es el de Un Nanri y cols. (18) donde se evidenció que un patrón dietético japonés saludable, es decir, un patrón dietético con un alto consumo de verduras, frutas, champiñones y productos de soya puede estar asociado con una menor prevalencia de presentar síntomas depresivos. En este estudio al igual que en nuestra investigación el rango de edad fue bastante amplio, de 21 a 67 años, incluidos hombres y mujeres, pero que a diferencia de nuestra investigación la cantidad de hombres fue menor. Además, en nuestra investigación no se especificó la ocupación de cada uno de ellos, mientras que en este estudio sí, indicando que todos son empleados municipales.

Se dice que la edad también es un factor relacionado a la depresión, por lo que en nuestra investigación se evaluó el nivel de depresión según la edad, encontrando que existe mayor proporción de depresión de los 18 a 25 años con un 36% (n=68), esto difiere de lo obtenido por Montesó y Aguilar (49) donde el mayor porcentaje de depresión se presentó de los 25 a 45 años. Asimismo, mayor proporción de depresión moderada de los 18 a 25 años que de los 26 a 35 años con un 14 y 12% respectivamente, mientras que la depresión grave

se presenta con el mismo porcentaje (7%) en ambos rangos de edades. Se resalta que de los 18 a 25 años y de los 26 a 35 años la depresión grave se mantiene con un 7%, pero que cuando el rango de edad es superior a los mencionados anteriormente, es decir de los 36 a 55 años, la depresión grave disminuye y solo se presenta en un 2%.

Otro aspecto importante en cuanto a la depresión es que según la OMS este trastorno es aproximadamente un 50% más frecuente en las mujeres que en los varones (3), por lo que se decidió evaluar el nivel de depresión según en el sexo en nuestra muestra, obteniéndose que el 38% de las mujeres presentó depresión, ya sea leve, moderada o grave, mientras que en los varones solo fue del 21%, es decir, la depresión fue predominante en el sexo femenino, es más, el 16% de ellas presentaron depresión moderada y el 8% depresión grave, a diferencia de los varones donde solo el 7% presentó depresión moderada y el 4% depresión grave. Esto coincide con lo encontrado por Montesó y Aguilar (46) donde el 53,5% de las mujeres presentaron depresión, a diferencia de los hombres donde solo el 40% presentó este trastorno mental. Asimismo, Servan (24) encontró que la depresión extremadamente severa fue predominante en el sexo femenino con un 4.04% mientras que en el sexo masculino solo fue del 2.02%, es decir, la mitad.

En cuanto a la conducta alimentaria, esta se evaluó a través del cuestionario de conducta alimentaria para adultos (AEBQ) (adaptación española), que consta de 8 dimensiones, divididas en 4 dimensiones de tipo pro-ingesta y 4 de tipo anti-ingesta. Es importante mencionar esto, ya que nuestros objetivos específicos buscaron determinar la relación entre las dimensiones de tipo pro-ingesta y anti-ingesta con el nivel de depresión. Respecto a la dimensión de pro-ingesta, se encontró relación significativa entre el nivel de depresión y las dimensiones de hambre, respuesta frente a los alimentos y sobreingesta

emocional, en donde los valores que se obtuvieron fueron de $p=0.000$, $p=0.000$ y $p=0.000$, respectivamente, con un Rho de Spearman que indica correlación positiva baja para las tres dimensiones. En el caso de la dimensión de disfrute de los alimentos no se encontró relación significativa ($p=0.234$). Si bien no se encontraron estudios donde se haya determinado la asociación entre conductas de tipo pro-ingesta y el nivel de depresión, se puede mencionar lo encontrado en el estudio de Paan y cols. (19) donde los síntomas depresivos se asociaron con una alimentación más emocional, es decir, experimentar hambre ante momentos o situaciones de estrés o debido a estados emocionales negativos, lo que se interpreta como presentar la conducta alimentaria de sobreingesta emocional.

En cuanto a las dimensiones de tipo de anti-ingesta solo se encontró relación significativa entre el nivel de depresión y las dimensiones, respuesta de saciedad con un $p=0.001$ y subingesta emocional con un $p=0.002$, con un Rho de Spearman que indica correlación positiva baja para ambas dimensiones, mientras que para selectividad frente a los alimentos y lentitud para comer no se encontró asociación con un valor $p=0.436$ y $p=0.053$, respectivamente. Paan y cols. (19) mencionan que la depresión se asocia con una alimentación menos restringida cognitiva, es decir, cuando se presentan síntomas depresivos se disminuye la limitación cognitiva autoimpuesta para controlar la ingesta de alimentos.

Ahora bien, los porcentajes que se obtuvieron para los 2 tipos de dimensiones fueron que el 61% de los adultos residentes de Santa Anita mostraron comportamientos relacionados con la reducción de la ingesta (anti-ingesta), mientras que solo el 39% mostró acercamiento positivo a la comida (pro-ingesta). En la investigación de Hernández (20) se encontró donde el 64.9%, es decir la mayoría, presentó comportamientos relacionados con la reducción de la ingesta (anti-ingesta); asimismo el estudio de Ramos (23) también

encontró cambios en la conducta alimentaria en relación a una menor ingesta, evidenciado en la preocupación de peso de los peruanos investigados, cabe resaltar que estos estudios fueron realizados en tiempo de pandemia por COVID-19, en donde se estableció el distanciamiento social y, según mencionan Brooks y cols. (47), a raíz de este acontecimiento se incrementaron los niveles de ansiedad y estrés, que son factores de riesgo para desarrollar desórdenes alimenticios que muestran acercamiento a la comida como los atracones o reducción de la ingesta como patrones de alimentación restrictiva, siendo la reducción de la ingesta la que se encontró en mayor proporción en esta investigación.

Entre las puntuaciones de las dimensiones pro-ingesta la más altas fueron sobreingesta emocional que se refiere a la tendencia a incrementar la ingesta en contextos emocionales negativos, con un 23.8% y hambre que se refiere a la sensación física de hambre, con un 19.7%. Por otro lado, respecto a las dimensiones anti-ingesta las que tuvieron una puntuación más alta fueron selectividad frente a los alimentos que es la limitación en la gama de productos de alimentación que son aceptados, con un 36% y subingesta emocional que es la tendencia a reducir la ingesta en contextos emocionales negativos, con un 25.9%. Esto último coincide con lo encontrado por Hernandez (20), donde las dimensiones que tuvieron una puntuación más alta fueron la subingesta emocional y la selectividad frente a los alimentos con un 44.94% y 28.64%.

En cuanto a la intensidad de cada dimensión, esta va desde leve, moderado y mayor; en cuanto a la dimensión de Pro-ingesta se tuvo mayores porcentajes en las intensidades de moderado y mayor, ya que se encontró una moderada sobreingesta emocional con un 63%, una moderada respuesta frente a los alimentos con 59%, un mayor disfrute de alimentos con 80% y una moderada hambre con un 70%. En contraste Vásconez (22) encontró

principalmente un 46% de respuesta frente a los alimentos que menciona al olor y sabor como un papel importante en la respuesta alimenticia, en disfrute de los alimentos se obtuvo un 35.38% haciendo referencia a que a la población que investigo les encanta y disfrutan lo que come; por otro lado, en cuanto a la lentitud al comer se obtuvo entre 44.61% al 46.15%, es decir terminan rápidamente.

Continuando con el nivel de depresión este se midió mediante el inventario de Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (adaptación española), la mayoría de nuestra muestra presentó un nivel de depresión mínima o ausente con un 69%, seguida de depresión leve y moderada, ambas con un 12% y por último la depresión grave con un 7%. En otras palabras, la mayoría no presentó un grado alto de síntomas depresivos. Otra investigación que también evaluó el nivel de depresión en adultos fue la de Servan (24), para lo cual utilizó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS -21), donde obtuvo que la mayoría de los adultos presentó un nivel de depresión leve 62.96% y en menor cantidad depresión extremadamente severa 6.06%, es decir, al igual que en nuestra investigación la mayoría no presento un grado alto de síntomas depresivos, donde la depresión mínima podría asemejarse a la leve. Asimismo, Hernández (20) encontró que la mayoría de los adultos de su investigación no presentaron depresión 47.41%, aunque el segundo porcentaje más alto fue el de depresión moderada con un 18.52%.

4.2. Implicancias

Las implicancias en el presente trabajo de investigación pueden agruparse en implicaciones académicas, tanto para estudiantes de la carrera de Nutrición y Dietética como para estudiantes de Ciencias de la Salud; e implicancias prácticas para los profesionales sanitarios y personal en toma de decisiones públicas en el área de salud.

Desde el punto de vista académico, nuestro presente estudio ha permitido realizar una integración de la literatura que nos ha permitido abordar la problemática planteada, además de analizar la relación que existe entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión, y, desde el punto investigativo, servirá como referente para futuras investigaciones de las variables que se han expuesto.

Desde el punto de vista práctico, las conclusiones de la investigación permiten la toma de decisiones oportunas con respecto la salud de nuestra población, teniendo en cuenta que, la atención nutricional puede prevenir o minimizar futuros síntomas depresivos. Además, de ser una evidencia para futuras propuestas de políticas en salud pública.

4.3. Limitaciones

Como en toda investigación, nuestro estudio presenta algunas limitaciones. Una de ellas es que la muestra sólo abarcó adultos del distrito de Santa Anita, por lo que los resultados no se pueden extrapolar a la población de la provincia de Lima. Otras limitaciones fueron que el tiempo de recolección de datos fue corto, y la cantidad limitada de cuestionarios disponibles que se ajusten a nuestra población e idioma, tanto para la variable conducta alimentaria como para el nivel de depresión. A nivel nacional no se encontró suficiente información donde estén implicadas ambas variables de estudio. Por último, hay que mencionar que otra limitación fue el aplicar un cuestionario autoadministrado que puede causar un sesgo en la recolección de datos. A pesar de estas limitaciones, el estudio revela que existe asociación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión.

4.4. Conclusiones

De acuerdo con el objetivo general, se concluye que existe relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima 2023 aceptándose la hipótesis de investigación y rechazándose la hipótesis nula, con un valor $p= 0.038$.

Respecto a la dimensión de pro-ingesta, se encontró relación significativa entre el nivel de depresión y las dimensiones de hambre, respuesta frente a los alimentos y sobreingesta emocional, donde los valores que se obtuvieron fueron de $p= 0.000$, $p= 0.000$ y $p= 0.000$ respectivamente, mientras que, en la dimensión de disfrute de los alimentos el valor fue de $p= 0.234$, es decir, no se encontró relación significativa. Asimismo, las dimensiones pro-ingesta con mayor puntuación fueron de sobreingesta emocional con un 23,8% y hambre con un 19.7%.

En cuanto a la dimensión de anti-ingesta solo se encontró relación significativa entre el nivel de depresión y las dimensiones, respuesta a la saciedad con un valor $p=0.001$ y subingesta emocional con un valor $p= 0.002$. Asimismo, las dimensiones anti-ingesta con mayor puntuación fueron selectividad frente a los alimentos con un 36% y subingesta emocional con un 25.9%.

La conducta alimentaria según la dimensión pro-ingesta fue del 39% ($n=149$), mientras que según la dimensión anti-ingesta fue del 61% ($n=237$).

El 38% de las mujeres presentó depresión, ya sea leve, moderada o grave, mientras que en los varones solo fue del 21%. El 16% de las mujeres presentaron depresión moderada

y el 8% depresión grave, a diferencia de los varones donde solo el 7% presentó depresión moderada y el 4% depresión grave.

Existe mayor porcentaje de depresión de los 18 a 25 años (36%) y menor porcentaje de depresión de los 36 a 55 años (21%). El porcentaje de depresión moderada es similar en los rangos de 18 a 25 años y de 26 a 35 años, 14 y 12%, respectivamente, mientras que el de depresión grave es igual en ambos rangos (7%). Se observa una disminución importante cuando el rango es de 36 a 55 años, donde solo el 7% presentó depresión moderada y el 2% grave.

4.5. Recomendaciones

Se debe llevar a cabo programas de intervención virtuales o presenciales, con el fin de mejorar las conductas alimentarias en adultos.

Se sugiere un monitoreo con enfoque multidisciplinario en aquellas personas que presentan un diagnóstico de depresión.

Se recomienda que las autoridades planifiquen más campañas que informen y sensibilicen acerca de los trastornos de salud mental. Asimismo, campañas que promuevan hábitos alimentarios saludables.

REFERENCIAS

1. Calvo A. Salud mental en la actualidad. Rev Colomb Salud Ocup [Internet]. 2021 [citado 2 Mayo 2023];10(1):6457–6457. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7890267>
2. Organización Panamericana de Salud [Internet]. Washington, DC: OPS; c2022. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo; 2 de marzo del 2022 [citado 2 de mayo 2023]; [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra :OMS; c2023. Depresión; 31 de marzo del 2023 [citado 2 Mayo 2023]; [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Organización Panamericana de Salud. Día Mundial de la Salud Mental: Depresión, el trastorno mental más común [Internet]. Washington, DC. [citado 2 Mayo 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es
5. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An Fac med [Internet]. 2018 [citado 29 de abril de 2023];78(4):393-7. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/14259/12793>

6. Huang C, Momma H, Cui Y, Chujo M, Otomo A, Sugiyama S, Ren Z, Niu K, Nagatomi R. Relación independiente y combinada de conductas alimentarias poco saludables habituales con síntomas depresivos: un estudio prospectivo. J Epidemiol [Internet]. 2017 ; 27(1):42-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5328739/>
7. Clum GA, Rice JC, Broussard M, Johnson CC, Webber LS. Asociaciones entre síntomas depresivos, autoeficacia, estilos de alimentación, ejercicio e índice de masa corporal en mujeres. J Behav Med [Internet]. 2014 ; 37(4):577-86. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-013-9526-5>
8. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rdo. Chile nutrir [Internet]. 2002 [citado el 2 de mayo de 2023]; 29(3): 280-285. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra :OMS; c2023. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución [citado 3 Mayo 2023]; [1 pantalla]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
10. Andrés S, Luis Q. Vista de Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria [Internet]. Revista Iberoamericana de Psicología. [Internet]. 2009 [citado 3 Mayo 2023]; 2(2): 7-15, Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.2201/314>
11. Rojas D, Giacometto M, Olmos C, Arias V, Muñoz Y, Pérez C, Nuñez C, Rojas R. Comportamiento hacia los alimentos y su asociación con el estado nutricional y la

- actividad física en una población general chilena. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2018 [citado 3 de Mayo] ; 35(6): 1316-1323. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018001000010
12. Domínguez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *ALAN* [Internet]. 2008 [citado 2023 Abr 29]; 58(3): 249-255. Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-6/>
13. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra :OMS; c2023. Trastornos mentales; 08 de junio del 2022 [citado 3 Mayo 2023]; [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
14. Głąbska D., Guzek D., Groele B., Gutkowska K. Ingesta de frutas y verduras y salud mental en adultos: una revisión sistemática. *Nutrientes* [Internet]. 2020 [citado 3 Mayo 2023]; 12(1):115. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7019743/>
15. Ministerio de Salud. MINSA: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021 [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; c2022 [citado 3 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
16. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. Encuestadores del instituto nacional de salud mental se encuentran visitando hogares de Cerro de Pasco y Huánuco para identificar los problemas de salud mental más frecuentes [Internet]. Lima: Gobierno del Perú [citado 3 Mayo 2023]. Disponible en:

- <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/012.html#:~:text=En%20Lima%2C%20el%20problema%20de,con%20un%205%2C3%25>.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Perú; c2015. INEI presenta resultados del Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013 [citado 3 Mayo 2023]; [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/inei-presenta-resultados-del-mapa-de-pobreza-provincial-y-distrital-2013-8608/>
 18. Un Nanri, Y Kimura, Y Matsushita, M Otha, Sato M, M. Mishima, Sasaki y T Mizoue. Patrones dietéticos y síntomas depresivos entre hombres y mujeres japoneses. Eur J Clin Nutr [Internet]. 2018 [citado 3 May 2023]; 64(8):832-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20485303/>
 19. Paan N, Bot M, Brouwer IA, Visser M, Roca M, Kohls E, Watkins E, Pennix B. La asociación entre depresión y estilos de alimentación en cuatro países europeos: el estudio de prevención MooDFOOD. Journal of Psychosomatic Research [Internet]. 2018 [citado 3 May 2023]; 108:85–92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002239991731190X>
 20. Hernández J. Análisis del impacto causado por la pandemia de COVID-19 en el cambio de conductas alimentarias en adultos jóvenes de la zona metropolitana de Pachuca, Hidalgo [tesis de maestría]. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2022 [citado 3 Mayo 2023]. 89 p. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2848/AT26506.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 21. Jacka Felice, Mykletun Arnstein, Berk Michael, Bjelland Ingvar y Tell Grethe. La asociación entre la calidad de la dieta habitual y los trastornos mentales comunes en adultos que viven en la comunidad: el estudio Hordaland Health. Psicom Med

- [Internet]. 2022 [citado 3 May 2023]; 73(6):483-90 . Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21715296/>
22. Vásconez J, Montenegro S. Hambre emocional y su relación con la conducta alimentaria en adultos. [tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad de Guayaquil, 2021 [citado 3 Mayo 2023]. 123 p. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/61404/1/CD%20VASCONEZ%20SAN%20CHEZ%2c%20JOSELINE%20NARCISA%3b%20MONTENEGRO%20MORAN%2c%20SUSAN%20ESTEFANIA.pdf>
23. Ramos C. Red de síntomas psicopatológicos de la conducta alimentaria, depresión, ansiedad y estrés postraumático en adultos peruanos en cuarentena por COVID-19. Revista Cubana de Enfermería [Internet] 2020 [citado 3 Mayo 2023]; 1-12. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4200/673>
24. Servan F. Asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos del centro médico Ancije-Lima, 2022 [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Privada del Norte; 2022 [citado 3 Mayo 2023]. 81 p. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/33524/Servan%20Garcia%2c%20Francis%20Julibern.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Norman Å, Nyberg G, Elinder LS, Berlin A. Estrategias de los padres para influir en la dieta de sus hijos - Un estudio cualitativo de áreas desfavorecidas. *Apetito* [Internet] 2018 [citado 3 Mayo 2023];125:502-511. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666316305803?via%3Dihub>

26. Yee A, Lwin M, Ho S. La influencia de las prácticas de los padres en los comportamientos de consumo de alimentos promovidos y preventivos del niño: una revisión sistemática y metanálisis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. [Internet] 2017 [citado 3 Mayo 2023]; 14(1):47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387370/>
27. Ignacio J. Modas y modelos sociales en salud mental. Anorexia y Bulimia. Fundación Dialnet [Internet] 2016 [citado 3 de mayo 2023]. 2489-2501 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250819>
28. Boyland EJ, Halford JC. Publicidad televisiva y branding. Efectos sobre el comportamiento y las preferencias alimentarios en los niños. *Appetite*. [Internet] 2013 [citado 3 de mayo 2023]; 62:236-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666312000980>
29. Sánchez J. Un modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados [tesis de Doctorado]. México: Universidad Autónoma de Nueva León, 2009 [citado 3 de mayo 2023]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2041/1/1080191369.pdf>
30. Organización Panamericana de Salud. Depresión, el trastorno mental más común [Internet]. Washington, DC. OPS; c2012. [citado 2 Mayo 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
31. Corea M, Cid D. Depresión y su impacto en la Salud pública. *Rev Méd Hondur* [Internet]. 2021 [citado 3 de mayo 2023]; 89(1):1-68. Disponible en : <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
32. María G, María E, María M, María M, Elvira M. Comorbilidad de los trastornos alimentarios con ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Fundación

- Dialnet.[Internet]. 2019 [citado 3 de mayo 2023]; 28 (4): 375-384. Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7786589>
33. Ministerio de Salud. Módulo de Atención Integral [Internet]. Gob.pe. [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf
34. Mg G, De Pablos M , García R, Mm O, San E. Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV. Atlas VPM [Internet]. [citado 19 de mayo]. 220-222p Disponible en: <https://cienciadedatosysalud.org/wp-content/uploads/2019/06/Comparaci%C3%B3n-de-los-sistemas-de-clasificaci%C3%B3n-de-los-trastornos-mentales-CIE-10-y-DSM-IV.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra :OMS; c1996. CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. [citado 3 Mayo 2023]; [1 pantalla]. [Internet]. Disponible en: Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43979>
36. Rosas M, Yampufé M, López M, Carlos G, Sotil de Pacheco A. Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. An Fac Med [Internet]. 2013 [citado el 19 de mayo de 2023]; 72(3):183. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n3/a05v72n3.pdf>
37. Sampieri Roberto Hernández, Collado Carlos Fernández, Lucio PB, Valencia Sergio Méndez, Paulina MTC. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGrawHill; 2014.
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Compendio Estadístico Provincia de Lima 2019. Perú [citado 3 Mayo 2023]. Disponible

- en:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1714/Libro.pdf
39. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. En t. J. Morphol. [Internet]. 2017 [citado 2023 mayo 03]; 35(1): 227-232. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>.
40. Cisneros A, Guevara A, Urdánigo J, Garcés J. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos que Apoyan a la Investigación Científica en Tiempo de Pandemia. Dominio Las Ciencias [Internet]. 2022 [citado el 10 de mayo de 2023]; 8(1):1165–85. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2546>
41. Eva M., María M, Ana O, José S. Adaptación y análisis factorial del cuestionario de conducta de alimentación del adulto (AEBQ) en idioma español. ALAN [Internet]. 2020 [citado 2023 Mayo 09]; 70(1): 40-49. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-062220200001000
42. Hunot C, Fildes A, Croker H, Llewellyn CH, Wardle J, Beeken RJ. Rasgos apetitivos y relaciones con el IMC en adultos: Desarrollo del cuestionario de comportamiento alimentario en adultos. Appetite [Internet]. 2016 [citado 29 de mayo 2023]; 105:356-363. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27215837/>
43. Melipillán R, Cova F, Rincón G, Valdivia M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. Terapia psicológica [Internet]. 2008 [citado 29 de mayo 2023]; 26(1): 59-69. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>

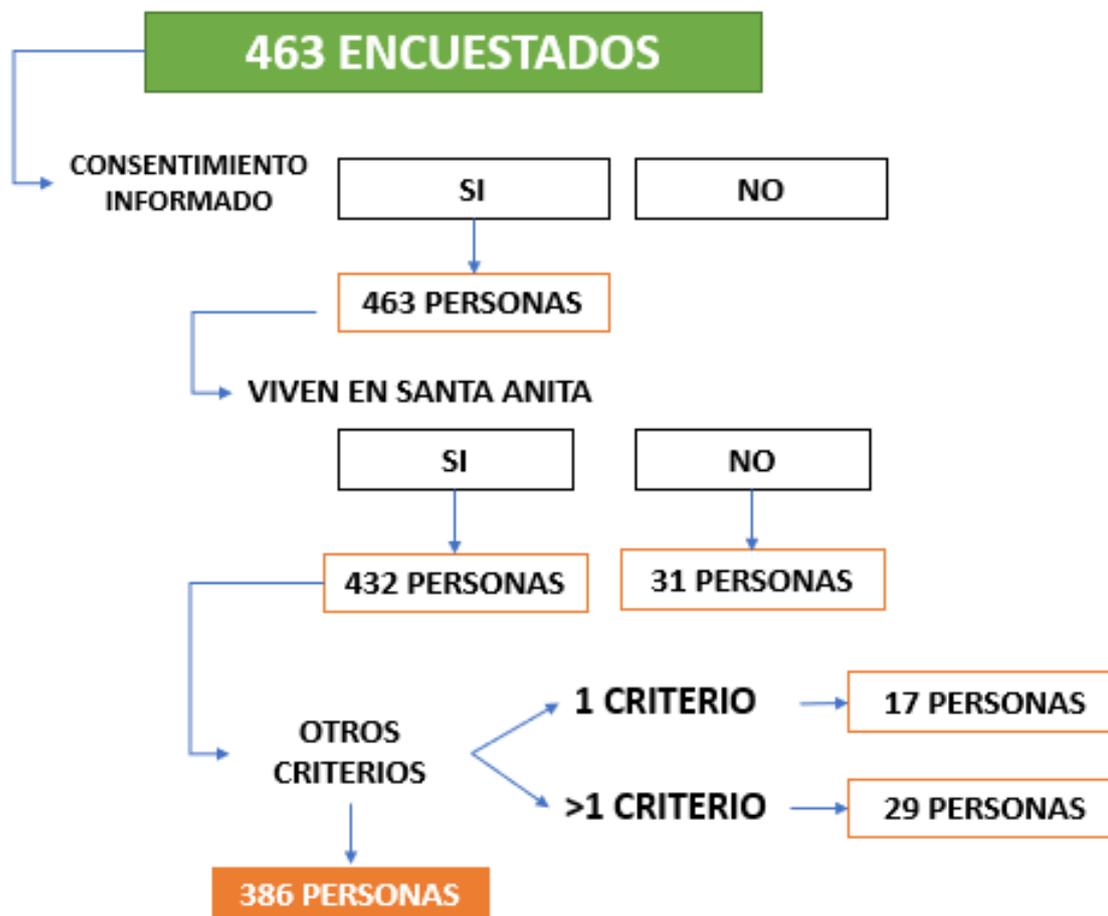
44. Asociación Médica Mundial. DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. [Internet]. [citado 29 de mayo 2023]. World Medical Association. Disponible en: https://www.um.es/documents/7232477/7272232/declaracion_de_helsinki.pdf/643a79f0-980d-4a95-a442-5fb1dee81548
45. UPN. Código de ética para la investigación científica en UPN. [Internet]. [citado 29 de mayo 2023]. Repositorio UPN. Disponible en: <https://www.upn.edu.pe/sites/default/files/documentos/codigo-de-etica-para-la-investigacion-cientifica-en-upn.pdf>
46. Montesó P, Aguilar C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. Aten Primaria [Internet]. 2014 [citado 3 Mayo 2023]; 46(3):167-172. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656713002199>
47. Brooks S, Webste R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin G. El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de la evidencia. Lancet. [Internet]. 2020 [citado 3 Mayo 2023]; 395: 912–20. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>

ANEXOS

Anexo N°1: Matriz de consistencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es la relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima 2023?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Identificar la relación entre conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima 2023.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>H₍₁₎: Existe una relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima 2023.</p> <p>H₍₀₎: No existe una relación entre la conducta alimentaria y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima 2023.</p>	<p>Independiente: Conducta alimentaria</p> <p>Dependiente: Nivel de depresión de</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Enfoque cuantitativo</p> <p>Correlacional</p> <p>No experimental</p> <p>Transversal</p> <p>Población</p> <p>Adultos residentes del distrito de Santa Anita</p> <p>Instrumento de Recolección de Datos</p> <p>Cuestionario</p> <p>Técnica de Recolección de Datos</p> <p>Encuesta</p>
	<p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Determinar la relación entre la conducta alimentaria de tipo pro-ingesta y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima 2023.</p> <p>2. Determinar la relación entre la conducta alimentaria de tipo anti-ingesta y el nivel de depresión en adultos residentes del distrito de Santa Anita, Lima 2023.</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>1. Existe una relación entre la conducta alimentaria de tipo Pro-ingesta y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.</p> <p>2. Existe una relación entre la conducta alimentaria de tipo Anti-ingesta y el nivel de depresión en adultos de residentes del distrito de Santa Anita, Lima – Perú 2023.</p>		

Anexo N°2: Proceso de muestra



En el gráfico se puede observar cómo se llegó a nuestra muestra. Primero se recopiló todas las encuestas realizadas que fue un total de 463, luego esta cantidad disminuyó según los criterios de exclusión propuestos. Primeramente, se ve cuántos aceptaron el consentimiento, que fue la cantidad total, luego de ello los residentes del distrito de Santa Anita, que solo fueron 432, retirando así 31 personas. Luego de ello se pasa a los criterios de exclusión de los cuales 17 personas no cumplían con 1 solo un criterio, y 29 personas con más de un criterio de exclusión, llegando así a muestra final de 386.

Anexo N°3: Anuncio de QR

**RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA Y EL NIVEL DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS
RESIDENTES DEL DISTRITO DE
SANTA ANITA, LIMA-PERÚ**

Somos egresadas de la carrera Nutrición y Dietética, nos encontramos realizando nuestra investigación para la obtención de nuestra Licenciatura. Esperamos su apoyo con esta encuesta. Deberás ser sincero en cada respuesta, ya que ello nos proporcionará datos importantes para la investigación.



Tiempo: 10 minutos

Anexo N°4: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Ítem	PUNTUACIÓN			
	0	1	2	3
Tristeza	0	1	2	3
Pesimismo	0	1	2	3
Fracaso	0	1	2	3
Perdida de placer	0	1	2	3
Sentimiento de culpa	0	1	2	3
Sentimiento de castigo	0	1	2	3
Disconformidad con uno mismo	0	1	2	3
Autocritica	0	1	2	3
Pensamiento o deseos suicidas	0	1	2	3
Llanto	0	1	2	3
Agitación	0	1	2	3
Perdida de interés	0	1	2	3
Indecisión	0	1	2	3
Desvalorización	0	1	2	3



Perdida de energía	0	1	2	3
Cambio en los hábitos de sueño	0	1	2	3
Irritabilidad	0	1	2	3
Cambios en el apetito	0	1	2	3
Dificultad de concentración	0	1	2	3
Cansancio o fatiga	0	1	2	3
Perdida de interés en el sexo	0	1	2	3

Anexo N°5: Cuestionario de conducta alimentaria (AEBQ)

Dimensión	Ítem	Completamen te en desacuerdo	Bastante en desacuerd o	Ni en acuerdo ni en desacuerd o	Bastante de acuerdo	Completamen te de acuerdo
Hambre	Frecuentemente siento hambre	1	2	3	4	5
Disfrute de alimentos	Me encanta la comida	1	2	3	4	5
Selectividad frente a los alimentos	Disfruto con una amplia variedad de alimentos	5	4	3	2	1
Respuesta de saciedad	Frecuentemente dejo comida en el plato al acabar de comer	1	2	3	4	5
Lentitud de comer	Frecuentemente soy el último en acabar de comer	1	2	3	4	5
Selectividad frente a los alimentos	Frecuentemente sé que no me gusta un alimento antes de probarlo	1	2	3	4	5
Hambre	Con frecuencia tengo tanta hambre que debo comer algo de inmediato	1	2	3	4	5
Respuesta de saciedad	Con frecuencia me siento saciado antes de terminar de comer	1	2	3	4	5



Selectividad frente a los alimentos	Disfruto probando nuevos alimentos	1	2	3	4	5
Lentitud de comer	Con frecuencia terminan las comidas rápidamente	5	4	3	2	1
Hambre	Frecuentemente mi estómago hace ruido porque tengo hambre	1	2	3	4	5
Respuesta frente a los alimentos	Casi siempre estoy pensando en comida	1	2	3	4	5
Selectividad frente a los alimentos	Me gusta probar comida/alimentos que nunca había probado antes	5	4	3	2	1
Disfrute de alimentos	Me gusta comer	1	2	3	4	5
Respuesta frente a los alimentos	Frecuentemente siento hambre cuando estoy con alguien que está comiendo	1	2	3	4	5

Sub ingesta emocional	Como menos cuando estoy ansioso/a	1	2	3	4	5
Lentitud de comer	A lo largo de las comidas percibo que como cada vez más lentamente	1	2	3	4	5
Sub ingesta emocional	Como menos cuando estoy preocupado/a	1	2	3	4	5
Disfrute de alimentos	Espero con ganas las horas de las comidas	1	2	3	4	5
Sobreinge sta emocional	Como más cuando estoy irritado/a	1	2	3	4	5
Selectivida d frente a los alimentos	Al principio rechazó alimentos que no conozco	1	2	3	4	5
Sobreinge sta emocional	Como más cuando estoy preocupado/a	1	2	3	4	5
LC	Cómo lentamente	1	2	3	4	5
Subingest a emocioana l	Como menos cuando estoy molesto/a	1	2	3	4	5



 Respuesta a la saciedad	Me siento saciado fácilmente	1	2	3	4	5
Subingesta emocional	Como menos cuando estoy enfadado/a	1	2	3	4	5
Hambre	Si alguna de mis comidas se retrasa me mareo	1	2	3	4	5
Respuesta frente a los alimentos	Cuando veo o huelo la comida que me gusta me dan ganas de comer	1	2	3	4	5
Sobreingesta emocional	Como más cuando estoy molesto/a	1	2	3	4	5
Respuesta frente a los alimentos	Si pudiera estaría comiendo la mayoría del tiempo	1	2	3	4	5
Subingesta emocional	Como menos cuando estoy irritado/a	1	2	3	4	5
Hambre	Si me falta una comida es fácil que me irrite	1	2	3	4	5
Sobreingesta	Como más cuando	1	2	3	4	5



emotional	estoy ansioso/a					
Respuesta a la saciedad	No puedo terminar una comida si he comido algo antes	1	2	3	4	5
Sobreingesta emocional	Como más cuando estoy enfadado/a	1	2	3	4	5