



Original/*Obesidad*

Comportamientos alimentarios cotidianos y anómalos en una muestra comunitaria de adultos chilenos

Camila Oda-Montecinos¹, Carmina Saldaña^{1,2} y Ana Andrés Valle³

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de Barcelona, Barcelona. ²Institut de Recerca en Cervell, Cognició i Conducta (IR³C), Universitat de Barcelona, Barcelona. ³Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya (INEFC), Universitat de Barcelona, Barcelona (España).

Resumen

Objetivos: los objetivos del estudio fueron caracterizar el comportamiento alimentario cotidiano de una muestra de población adulta chilena, en función del Índice de Masa Corporal (IMC) y el género de los participantes, así como analizar la posible relación de estas variables con comportamientos alimentarios anómalos.

Métodos: 657 participantes (437 mujeres y 220 hombres de 18 a 64 años) fueron evaluados con una batería de cuestionarios autoadministrados. El IMC promedio fue 25,50 kg/m² (24,96 kg/m² mujeres y 26,58 kg/m² hombres), siendo el IMC promedio de los hombres significativamente mayor y ubicándose el promedio total y el del grupo de hombres en el rango de sobrepeso.

Resultados: los participantes con sobrepeso (IMC \geq 25 kg/m²), en comparación con el grupo de normopeso, tendían a realizar con mayor frecuencia las siguientes conductas: saltarse comidas, seguir dietas, comer menos comida casera, comer rápido y grandes cantidades; además de realizar más conductas alimentarias anómalas de distintos tipos y puntuar más en las escalas clínicas que evaluaban restricción alimentaria y sobreingesta. Los hombres mostraban significativamente más conductas alimentarias vinculadas a la sobreingesta, mientras que las mujeres realizaban más conductas relacionadas con la restricción alimentaria y la ingesta emocional.

Discusión: los resultados obtenidos sugieren que, además de "qué" se come, el "cómo" se come, en términos de conductas específicas, puede estar incidiendo en el incremento acelerado del exceso de peso de la población chilena.

(Nutr Hosp. 2015;32:590-599)

DOI:10.3305/nh.2015.32.2.9171

Palabras clave: *Adultos chilenos. Comportamientos alimentarios. Factores de riesgo. Género. Sobrepeso.*

Correspondencia: Camila Oda-Montecinos.
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Universitat de Barcelona.
Passeig Vall d'Hebron, 171.
08035 Barcelona (España).
E-mail: camilaodamontecinos@ub.edu

Recibido: 1-V-2015.
Aceptado: 19-V-2015.

DAILY AND ABNORMAL EATING BEHAVIORS IN A COMMUNITY SAMPLE OF CHILEAN ADULTS

Abstract

Aims: this research aimed to characterize the daily eating behavior in a sample of Chilean adults according to their Body Mass Index (BMI) and gender and to analyze the possible links between these variables and abnormal eating behaviors.

Methods: 657 participants (437 women and 220 men, age range 18-64 years) were evaluated with a battery of self-administered questionnaires. Mean BMI was 25.50 kg/m² (women 24.96 kg/m², men 26.58 kg/m²), being significantly higher the mean of BMI in the men group, being the BMI mean of the total sample and that of the male group in the overweight range.

Results: participants with overweight (BMI \geq 25 kg/m²), in contrast with normal-weight group, tended to do more frequently the following behaviors: skip meals, follow a diet, eat less homemade food, eat faster and in greater quantities, in addition to do a greater number of abnormal eating behaviors of various kinds and to rate significantly higher in clinical scales that evaluated eating restraint and overeating. Men showed significantly more eating behaviors linked with overeating, and women performed more behaviors related with eating restraint and emotional eating.

Discussion: the results suggest that, besides "what" people eat, "how" people eat, in terms of specific behaviors, may contribute to the rapid increase of overweight in Chilean population.

(Nutr Hosp. 2015;32:590-599)

DOI:10.3305/nh.2015.32.2.9171

Key words: *Chilean adults. Eating behaviors. Gender. Overweight. Risk factors.*

Abreviaturas

- Bu: Subescala de Bulimia.
DEBQ: Dutch Eating Behavior Questionnaire.
DT: Desviación Típica.
EAT-40: Eating Attitude Test.
EDI-2: Eating Disorder Inventory-2.
ENCA: Encuesta Nacional de Consumo Alimentario.
I Em: Subescala de ingesta emocional.
I Ex: Subescala de ingesta externa.
IMC: Índice de Masa Corporal.
M: Media.
Minsal: Ministerio de Salud de Chile.
NS: No significativo.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OR: Odds ratios.

Introducción

Según datos presentados recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de obesidad mundial ha aumentado a más del doble desde 1980; en el 2014, más de 1,9 billones de la población adulta mundial tenía exceso de peso, 39% de la población adulta mundial, 38% de los hombres y 40% de las mujeres; de éstos, 600 millones, el 13% de la población adulta mundial, eran obesos, 11% de los hombres y el 15% de las mujeres¹. El sobrepeso y la obesidad están relacionados a nivel mundial con un mayor número de muertes que el infrapeso, siendo el aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) un factor de riesgo central para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles, tales como: enfermedades cardiovasculares (principalmente enfermedad cardiaca y accidentes vasculares encefálicos); diabetes; trastornos musculoesqueléticos y algunos cánceres (endometrial, pecho y colon)¹.

Al igual que otros países de América Latina, Chile está pasando por una transición nutricional, la cual se define como una modificación en la dieta y estilos de vida². Estos cambios, producidos por el creciente desarrollo del país, han generado que en la actualidad el problema de la alimentación en Chile no está relacionado con la desnutrición por escasez, si no con la malnutrición por exceso, provocada por una alimentación desequilibrada². La transición de la dieta tradicional a una "occidental", y la disminución de la actividad física cotidiana, se han traducido en el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad y de las enfermedades crónicas no transmisibles, la mayor parte de éstas vinculadas a la alimentación³.

Los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Salud de Chile (Minsal) aportaron datos alarmantes: el IMC promedio detectado en jóvenes y adultos chilenos fue 26,9 kg/m² en hombres, 27,9 kg/m² en mujeres y 27,4 kg/m² total, ubicándose estos valores en el rango de sobrepeso⁴. A nivel na-

cional, se detectó que el 64,5% de la población presentaba exceso de peso (IMC \geq 25 kg/m²); 39,32% sobrepeso (25 \leq IMC \leq 29,99 kg/m²) y 25,13% obesidad (IMC \geq 30 kg/m²). Estas cifras muestran un aumento en comparación con la medición del año 2003, en la cual el 61% de la población presentaba exceso de peso.

En la actualidad, se ha observado que una de las herramientas más poderosas para la prevención de la expansión de la epidemia de sobrepeso y obesidad sería lograr un cambio de los hábitos cotidianos de la población, en los comportamientos y actitudes alimentarias, implementando una restricción calórica flexible, evitando, entre otras cosas, limitaciones rígidas que alternen con períodos de desinhibición⁵. Por lo anterior, un ámbito clave y concreto sobre el cual focalizar la investigación y la intervención es el comportamiento alimentario; considerando, entre otras cosas, los estilos de ingesta, la frecuencia y velocidad con que se come, la existencia de alimentos prohibidos, situaciones de descontrol alimentario, conductas de control de peso, ingesta emocional, ingesta nocturna y presencia de atracones de comida.

El comportamiento alimentario puede definirse como el conjunto de acciones que realiza un individuo para ingerir alimentos, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural⁶. Esta conducta se relacionaría con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se consumen, las preparaciones que se aplican a éstos y las cantidades que se ingieren⁷. Dicho comportamiento estaría influido por factores de distinto tipo, que van más allá del mero valor nutricional de la alimentación y de las necesidades dietéticas personales; puede variar por estrés, por el sabor de lo ingerido y por otros factores ambientales y genéticos. Se ha observado que probablemente el comportamiento alimentario estaría regulado por un sistema de control interno compuesto por mecanismos formales de activación, pero también es probable que los estímulos externos puedan evocar distintas respuestas no reguladas; es decir, los hábitos aprendidos y los sentimientos subjetivos de placer asociados a la ingesta podrían superar las señales de retroalimentación, produciéndose ingestión aun cuando existan señales fisiológicas de saciedad⁸.

Algunos de los aspectos del comportamiento alimentarios más estudiados son: frecuencia de consumo de alimentos^{9,10}; distribución temporal de las comidas a lo largo del día, frecuencia en que se omiten las comidas principales, especialmente el desayuno⁹⁻¹¹; conducta de picar entre comidas¹²; y la frecuencia de comidas que se realizan fuera del hogar¹³. Se ha observado que los patrones de alimentación, tales como la frecuencia de ingesta, picar o saltarse comidas, podrían tener una influencia potencialmente importante en la regulación de la energía¹⁴. Sin embargo, la investigación sobre la influencia de estos factores en el sobrepeso y la obesidad aún no es concluyente⁹.

Otra área de interés para la investigación son los comportamientos alimentarios anómalos presentes en

los hábitos cotidianos. Este tipo de conductas están usualmente asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria, siendo algunos ejemplos de éstas los atracones de comida, el síndrome de ingesta nocturna¹⁵, o la ingesta emocional¹⁶, entre otras. Finalmente, algunas investigaciones han indagado si existen diferencias de género en distintos aspectos del comportamiento alimentario. Al respecto, destacan las investigaciones de Wardle *et al.*¹⁷ sobre elecciones de alimentos, y las de Konttinen, Männistö, Sarlio-Lähdekorva, Silventoinen y Haukkala¹⁸ sobre ingesta emocional.

La Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA) de Chile mostró que solo el 5% de la población tenía una alimentación saludable, el 87%, requería cambios y el 8% presentaba una dieta poco saludable¹⁹. Además, se observó que durante los últimos años se ha tendido a eliminar la cena del patrón alimentario cotidiano, consumiéndose 3 comidas diarias principales: el desayuno, el almuerzo, la once. Conviene saber que la “once”, última comida principal de gran parte de la población, está compuesta principalmente por alguna bebida, como té, café o leche y de pan con algún acompañamiento, como mantequilla, derivados lácteos, embutidos, etcétera; es decir, principalmente compuesta por grasas y carbohidratos. Además, en otro estudio realizado sobre la misma población, se observó que el 58% de los evaluados señalaba picar entre comidas²⁰.

En los últimos años se han realizado algunos estudios sobre los hábitos alimentarios de la población Chilena²¹⁻²⁴, pero éstos han tendido a enfocarse exclusivamente sobre los aspectos nutricionales de la ingesta o sobre la frecuencia y lugar de ingestas diarias, dejando de lado el *cómo* se come y la relación que puede existir entre el modo de comer y el IMC y el género.

Por esto, el presente estudio tiene como objetivos caracterizar el comportamiento alimentario cotidiano de una muestra de adultos chilenos, en función del género y el IMC, y analizar la relación de estas variables con los comportamientos alimentarios anómalos que puedan presentarse.

Métodos

Participantes

La muestra se compuso de 657 adultos de ambos géneros, 66,51% de la muestra eran mujeres. Los participantes fueron reclutados, en base a un muestreo de conveniencia, en dos ciudades de la zona central de Chile (Rancagua y Santiago); fueron captados por dos vías: a) personal sanitario y administrativo de distintos hospitales de Rancagua y Santiago y b) población general. Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 65 años y poder leer y escribir sin ayuda. La media (M) de edad e IMC de la muestra total fueron

35,87 años (Desviación Típica (DT)=12,41) y 25,50 kg/m² (DT=4,24), respectivamente, ubicándose la media de IMC total en la categoría de sobrepeso.

Instrumentos

A los participantes se les entregó en mano una batería de cuestionarios de autoreporte, además de una hoja de consentimiento informado que debían leer y firmar antes de contestar. Esta batería incluía:

a) Una encuesta sociodemográfica especialmente diseñada para la investigación.

b) Una adaptación a formato de autoreporte de la entrevista estructurada ETONA, desarrollada por Saldaña²⁵ para la evaluación de padres de niños obesos. Este instrumento fue utilizado en el estudio para evaluar, entre otras cosas, los componentes conductuales de los hábitos alimentarios e indagar acerca de actividad física, conductas sedentarias y antecedentes de salud. Para el presente estudio solo se utilizaron los datos relacionados con conductas alimentarias. Este instrumento es descriptivo y no diagnóstico, ya que no proporciona puntuaciones, pero muestra las conductas realizadas por el participante. Las respuestas a los ítems son de elección múltiple o dicotómicas.

c) La versión validada en España de la subescala de Dieta del Eating Attitude Test (EAT-40) para evaluar la presencia de preocupación sobre dietas. Este instrumento mostró propiedades psicométricas adecuadas en muestras españolas²⁶, y en la muestra evaluada la escala mostró una consistencia interna de 0,827.

d) La versión adaptada en Chile del Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)²⁷. Específicamente, para el presente estudio se utilizó la subescala de Bulimia (Bu), para evaluar la tendencia a realizar episodios de sobreingesta y comer sin control. Esta subescala mostró una consistencia interna de 0,649, similar a los valores reportados por Urzúa *et al.*²⁷.

e) Dos subescalas del Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)^{28,29}. La subescala de “ingesta emocional” (I Em) (13 ítems) para evaluar conductas alimentarias que pueden estar influenciadas por estados emocionales, y la subescala de “ingesta externa” (I Ex) (10 ítems), para evaluar conductas alimentarias cuya aparición puede estar relacionada con estímulos externos como el olor y la apariencia de la comida. La consistencia interna de las subescalas fue excelente: 0,954 y 0,870 respectivamente.

Procedimiento

Los participantes del estudio fueron reclutados en distintas instituciones. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Regional de Rancagua. Se distribuyeron 900 cuestionarios, de los cuales 657 (73%) fueron completados e incluidos en los análisis.

Análisis estadísticos

Para los análisis se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Estadísticos para Windows, en su versión 20,0. En todas las pruebas estadísticas se estableció como nivel bilateral de significación $p < 0,05$. Para muchos de los análisis estadísticos, la muestra fue dividida en dos categorías: normopeso ($18,5 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} \leq 24,99 \text{ kg/m}^2$) y sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$), excluyéndose los casos con infrapeso. Para observar si existían diferencias significativas, en función del género y de la presencia o no de exceso de peso, en las variables sociodemográficas y escalas clínicas se utilizó el test t de Student y la prueba de χ^2 . Para observar la relación entre el IMC y variables sociodemográficas y escalas clínicas, se realizaron correlaciones de Pearson y de Spearman. Posteriormente se realizaron regresiones logísticas, para observar que

conductas alimentarias representaban factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso en la muestra. También, se utilizó el mismo procedimiento estadístico para observar si el género actuaba como factor de riesgo de realizar las conductas evaluadas. Se obtuvieron los Odds ratios (OR) y sus valores p correspondientes.

Resultados

En la tabla I se detallan algunas características de la muestra estudiada. Se evaluó si existían diferencias significativas entre los géneros en las variables descriptivas, detectándose éstas solo en la variable IMC, siendo éste significativamente mayor en hombres que en mujeres ($t = -5,02$, $p < 0,0001$). Resultan destacables los porcentajes de sobrepeso y obesidad encontrados en la

Tabla I			
<i>Caracterización de la muestra</i>			
<i>VARIABLES</i>	<i>MUJERES</i> <i>(n=437)</i>	<i>HOMBRES</i> <i>(n=220)</i>	<i>TOTAL</i> <i>(N=657)</i>
Edad*	36,29(12,44)	35,04(12,34)	35,87(12,41)
	18-64	18-64	18-64
IMC (kg/m²)*	24,96(4,43)	26,58(3,62)	25,50(4,24)
	15,94-50,60	19,14-38,76	15,94-50,60
Categorías de IMC**			
Infrapeso	9(2,1)	-	9(1,4)
Normopeso	250(57,2)	76(34,5)	326(49,6)
Sobrepeso	125(28,6)	111(50,5)	236(35,9)
Obesidad	53(12,1)	33(15)	86(13,1)
Hrs. de trabajo semanales*	43,44(12,53)	44,75(15,42)	43,87(13,55)
	3-96	4-85	3-96
Nivel Educativo**			
Educación escolar incompleta	13(3)	2(0,9)	15(2,3)
Educación escolar completa	55(12,7)	25(11,4)	80(12,2)
Educación técnica incompleta	9(2,1)	3(1,4)	12(1,8)
Educación técnica completa	82(18,9)	25(11,4)	107(16,4)
Educación universitaria incompleta	74(17,1)	56(25,5)	130(19,9)
Educación universitaria completa	201(46,3)	109(49,5)	310(47,4)
Nivel Socioeconómico**			
Quintil I	14(3,3)	3(1,4)	17(2,7)
Quintil II	18(4,3)	7(3,3)	25(4)
Quintil III	32(7,6)	10(4,7)	42(6,6)
Quintil IV	70(16,7)	37(17,5)	107(16,9)
Quintil V	286(68,1)	155(73,1)	441(69,8)

*Celdas representan medias, desviaciones típicas y los valores mínimos y máximos observados.

**Celdas representan frecuencias y porcentajes respecto del mismo grupo.

muestra, observándose que el 40,73% de las mujeres, el 65,45% de los hombres y el 49,01% total de la muestra presentaba exceso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$).

Se evaluó si existían correlaciones significativas entre el IMC y distintas variables sociodemográficas, en el grupo de mujeres, hombres y en la muestra total. Se encontró que el IMC correlacionaba significativamente con las siguientes variables: edad (mujeres=0,335, $p < 0,0001$; hombres=0,312, $p < 0,0001$; total=0,312, $p < 0,0001$); número de hijos (mujeres=0,298, $p < 0,0001$; hombres=0,339, $p < 0,0001$; total=0,305, $p < 0,0001$); número de hijos controlando la variable edad (mujeres=0,119, $p = 0,015$; hombres=0,173, $p = 0,011$; total=0,143, $p < 0,0001$); escolaridad (mujeres=-0,213, $p < 0,0001$); quintil socioeconómico (mujeres=-0,124, $p = 0,011$); número de habitantes en el hogar (hombres=0,152, $p = 0,025$); número de comidas diarias (total=-0,094, $p = 0,017$) y tiempo que dispone para comer (mujeres=-0,117, $p = 0,017$).

Se observó si existían diferencias significativas respecto de las variables descriptivas tanto entre géneros, como entre el grupo de participantes con normopeso y con sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Para este análisis y los posteriores se excluyó el grupo de personas con infrapeso ($n = 9$).

Como ya se señaló anteriormente, entre los géneros solo se detectaron diferencias significativas respecto del IMC. Por otra parte, al comparar entre los grupos de IMC, se encontraron diferencias significativas en las siguientes variables: edad ($M_{\text{normopeso}} = 32,7$ años, $M_{\text{sobrepeso}} = 39,44$ años, $t = -7,19$, $p < 0,0001$); n° de hijos ($M_{\text{normopeso}} = 0,79$ hijos, $M_{\text{sobrepeso}} = 1,59$ hijos, $t = -7,82$, $p < 0,0001$) y n° de habitantes por hogar ($M_{\text{normopeso}} = 3,38$ personas, $M_{\text{sobrepeso}} = 3,75$ personas, $t = -2,99$, $p = 0,003$).

La tabla II muestra los perfiles de comportamientos alimentarios cotidianos de la muestra, calculando los OR entre los grupos de normopeso y sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) y entre los distintos géneros. En términos generales, se observó que el 55,09% de la muestra consumía la "once" como última comida diaria y el 41% reportó consumir la cena; 38,6% de los participantes señaló no seguir horarios regulares de comida, el 59% refirió picar entre comidas y el 61,4% se saltaba alguna de las comidas principales.

Los participantes que señalaron saltarse comidas, refirieron como principales motivos para hacerlo el que en su trabajo no se les daba suficiente tiempo para comer (24,54%); el no tener hambre (22,22%) y el tener cosas más importantes que hacer (14,66%). El 45,99% de los participantes reportó que habitualmente comía con familiares o personas con quienes vivían y el 37,81% con compañeros de trabajo o estudio.

Al preguntar acerca del tipo de comida consumida habitualmente, el 70,37% de la muestra indicó consumir comida casera y el 24,85% reportó consumir menú diario de cafetería o restaurante. El 79,63% de los participantes indicó que su lugar de trabajo o estudio disponía de cafetería; no obstante, el 23,92% señaló comer

en el mismo espacio donde trabajaba o estudiaba (escritorio, cubículo, etc.).

Más de la mitad de la muestra realizaba las siguientes conductas: 59,9% comía rápido en comparación con los demás, 51,9% refirió masticar pocas veces los alimentos y el 63,6% señalaba comer mientras veían la TV.

Respecto del número de comidas diarias, se detectaron diferencias significativas entre los grupos de IMC, viéndose que el grupo de personas con normopeso realizaba un promedio de 3,56 comidas diarias ($DT = 0,78$) y el grupo de personas con sobrepeso una media de 3,38 comidas diarias ($DT = 0,75$) ($t = -3,1$, $p = 0,002$).

Respecto de las OR calculadas (Tabla II) se detectaron varias conductas cotidianas que actuaban como factor de riesgo para el desarrollo del sobrepeso, siendo las más destacadas: seguir algún tipo de dieta, la cual representaba 2,95 veces más de riesgo de sobrepeso que el no realizarla ($p < 0,0001$), llenarse mucho los platos, 2,57 más riesgo ($p < 0,0001$) y llenarse mucho la boca en cada bocado, 2,42 ($p = 0,001$).

Por otra parte, al evaluar si era más probable la realización de las mismas conductas en función del género (Tabla II), se detectaron numerosas diferencias significativas, siendo lo más destacable que el ser hombre representaba 3,94 veces más de riesgo de repetir plato durante las comidas ($p < 0,0001$), 2,96 veces más de riesgo de llenar mucho los platos ($p < 0,0001$) y 2,57 veces de más riesgo de llenarse mucho la boca en cada bocado ($p < 0,0001$).

En la tabla III se detallan algunas conductas alimentarias anómalas, es decir, asociadas comúnmente a trastornos relacionados con la alimentación y el peso. Nuevamente se calcularon los OR entre los grupos de normopeso y sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) y entre los distintos géneros. A nivel de muestra total, cabe mencionar que el 35,2% de los participantes comían para calmar la ansiedad y el 38,4% señalaba comer hasta sentirse totalmente lleno. Entre las categorías de peso, se vio que el enfadarse cuando la comida le era racionada representaba 3,10 veces más de riesgo de sobrepeso ($p < 0,0001$). Por otra parte, el ser mujer representaba 1,98 veces más de riesgo de comer para calmar la ansiedad ($p < 0,0001$).

Respecto de las escalas clínicas utilizadas, se observó que el IMC correlacionaba directa y significativamente con varias de éstas (Tabla IV). La variable edad también mostró correlaciones significativas con las escalas clínicas, tendiendo a disminuir las puntuaciones en las mismas al aumentar la edad y viceversa, a excepción de la subescala de dieta del EAT-40 (Tabla IV).

Por último, se realizó la prueba t de Student entre los géneros y entre los grupos de normopeso y sobrepeso (Tabla V), observándose diferencias significativas en algunas de las escalas utilizadas.

Discusión

Los objetivos del estudio fueron caracterizar el comportamiento alimentario cotidiano de una muestra

Tabla II
Conductas Alimentarias Cotidianas

<i>Conductas alimentarias cotidianas</i>	<i>Normopeso</i> (n=326)	<i>Sobrepeso</i> (n=322)	<i>OR</i> (95% IC)	<i>P</i>	<i>Mujeres</i> (n=428)	<i>Hombres</i> (n=220)	<i>OR</i> (95% IC)	<i>P</i>
Realiza las siguientes comidas principales								
Desayuno	299(92,6)	298(92,5)	1(0,55-1,8)	NS	404(95,1)	193(87,7)	2,69(1,48-4,88)	0,001
Colación	156(48,3)	122(37,9)	0,65(0,47-0,89)	0,008	202(47,5)	76(34,5)	1,72(1,23-2,4)	0,002
Almuerzo	315(97,2)	307(95,3)	0,59(0,25-1,36)	NS	411(96,5)	211(95,9)	1,17(0,50-2,72)	NS
“Once”	249(76,9)	229(71,1)	0,74(0,52-1,06)	NS	338(79,3)	140(63,6)	2,2(1,53-3,15)	<0,0001
Cena	135(42,2)	131(41,1)	0,96(0,7-1,31)	NS	131(31,1)	135(61,9)	0,28(0,2-0,39)	<0,0001
Sigue horarios regulares de comida	209(64,5)	186(57,9)	0,76(0,55-1,04)	NS	257(60,3)	138(63)	0,89(,64-1,25)	NS
Se salta comidas	183(56,1)	215(66,8)	1,57(1,14-2,16)	,006	258(60,3)	140(63,6)	0,87(0,62-1,21)	NS
Consume habitualmente comida casera	243(75)	213(67)	0,68(0,48-0,95)	0,025	309(73)	147(67,1)	1,33(0,93-1,89)	NS
Sigue algún tipo de dieta	26(8,05)	66(20,5)	2,95(1,82-4,78)	<0,0001	68(16)	24(10,9)	1,56(0,95-2,56)	NS
Pica entre comidas	194(59,7)	188(58,4)	0,95(0,69-1,3)	NS	261(61,1)	121(55)	1,29(0,93-1,79)	NS
Come rápido en comparación con otros	166(50,9)	222(68,9)	2,14(1,55-2,95)	<0,0001	241(56,3)	147(66,8)	0,64(0,46-0,9)	0,010
Come lento en comparación con otros	91(28,3)	53(16,6)	0,5(0,344-0,738)	<0,0001	103(24,4)	41(18,6)	1,41(0,94-2,12)	NS
Elige colaciones hipercalóricas	42(13)	76(23,9)	2,11(1,39-3,19)	<0,0001	70(16,5)	48(22)	0,7(0,47-1,06)	NS
Elige bebidas azucaradas	103(31,7)	108(33,8)	1,1(0,79-1,53)	NS	112(26,4)	99(45)	0,44(0,31-0,62)	<0,0001
Consume con frecuencia comida rápida	58(17,9)	49(15,3)	0,83(0,55-1,25)	NS	57(13,4)	50(22,7)	0,53(0,35-0,8)	0,003
Come grandes cantidades de comida	69(21,3)	100(31,1)	1,67(1,17-2,37)	0,005	84(19,7)	85(38,6)	0,39(0,27-0,56)	<0,0001
Come viendo TV	200(61,3)	212(65,8)	1,21(0,88-1,67)	NS	259(60,5)	153(69,5)	0,67(0,48-0,95)	0,024
Repite plato	44(13,5)	66(20,6)	1,67(1,1-2,53)	0,017	43(10,1)	67(30,6)	0,25(0,17-0,39)	<0,0001
Limpia los platos	95(29,5)	106(32,9)	1,17(0,84-1,64)	NS	103(24,1)	98(45,2)	0,39(0,27-0,55)	<0,0001
Se llena mucho los platos	46(14,1)	95(29,7)	2,57(1,73-3,81)	<0,0001	65(15,2)	76(34,7)	0,34(0,23-0,5)	<0,0001
Mastica pocas veces los alimentos	138(42,5)	198(61,5)	2,16(1,58-2,96)	<0,0001	226(52,9)	110(50)	1,12(0,81-1,56)	NS
Se llena mucho la boca en cada bocado	24(7,4)	52(16,1)	2,42(1,45-4,04)	0,001	35(8,2)	41(18,6)	0,39(0,24-0,63)	<0,0001
Traga todo lo que tiene en la boca antes de tomar otro bocado	244(74,8)	239(74,5)	0,98(0,69-1,4)	NS	323(75,6)	160(72,7)	1,17(0,81-1,69)	NS
Come o bebe mientras camina por la calle	95(29,2)	84(26,1)	0,85(0,61-1,21)	NS	121(28,3)	58(26,4)	1,1(0,77-1,59)	NS

Celdas representan frecuencias absolutas y porcentajes respecto del mismo grupo. OR: odds ratio; 95% IC: 95% Intervalo de Confianza; NS: valor de p no significativo.

Tabla III
Conductas Alimentarias Anómalas

<i>Conductas alimentarias anómalas</i>	<i>Normopeso (n=326)</i>	<i>Sobrepeso (n=322)</i>	<i>OR (95% IC)</i>	<i>P</i>	<i>Mujeres (n=428)</i>	<i>Hombres (n=220)</i>	<i>OR (95% IC)</i>	<i>P</i>
Come hasta sentirse totalmente lleno	115(35,3)	134(41,9)	1,31(0,96-1,82)	NS	150(35,2)	99(45)	0,66(0,48-0,93)	0,016
Se da atracones de comida	51(15,7)	61(19)	1,26(0,83-1,89)	NS	68(15,9)	44(20,2)	0,75(0,49-1,14)	NS
Come para calmar la ansiedad	105(32,3)	123(38,2)	1,3(,94-1,79)	NS	172(40,3)	56(25,5)	1,98(1,38-2,83)	<0,0001
Esconde comida	3(0,9)	9(2,8)	3,09(0,83-11,51)	NS	10(2,3)	2(0,9)	2,61(0,57-12,04)	NS
Se enfada cuando le racionan la comida	27(8,4)	71(22)	3,10(1,93-4,98)	<0,0001	54(12,7)	44(20,1)	0,58(0,37-0,89)	0,014
Se siente hambriento/a todo el tiempo	46(14,2)	85(26,4)	2,18(1,46-3,24)	<0,0001	96(22,5)	35(15,9)	1,53(1-2,35)	0,050
Compra comida o colaciones separadas de las que compra para el hogar	108(33,2)	91(28,3)	0,79(0,57-1,11)	NS	123(28,8)	76(34,5)	0,77(0,54-1,09)	NS
Come solo porque siente vergüenza de la velocidad o cantidad	-	12(3,7)	1,04(1,02-1,06)	<0,0001	8(1,9)	4(1,8)	1,03(0,31-3,46)	NS

Celdas representan frecuencias absolutas y porcentajes respecto del mismo grupo
OR: odds ratio; 95% IC: 95% Intervalo de Confianza; NS: valor de p no significativo.

Tabla IV
Correlaciones escalas clínicas con IMC y edad

<i>Variables</i>	<i>Mujeres (n=428)</i>	<i>p</i>	<i>Hombres (n=220)</i>	<i>p</i>	<i>Total (N=648)</i>	<i>p</i>
r(IMC/Dieta EAT-40)	0,298	<0,0001	0,352	<0,0001	0,264	<0,0001
r(IMC/Bu EDI-2)	0,221	<0,0001	NS	NS	0,180	<0,0001
r(IMC/I Em DEBQ)	0,154	0,002	0,165	0,016	0,127	0,001
r(IMC/I Ex DEBQ)	NS	NS	NS	NS	NS	NS
r(Edad/Dieta EAT-40)	0,111	0,023	NS	NS	0,111	0,005
r(Edad/Bu EDI-2)	-0,106	0,029	NS	NS	-0,104	0,009
r(Edad/I Em DEBQ)	-0,143	0,003	NS	NS	-0,121	0,002
r(Edad/ I Ex DEBQ)	-0,162	0,001	NS	NS	-0,148	<0,0001

NS: valor no significativo.

de población adulta chilena, en función del género y el IMC de los participantes y analizar la posible relación de estas variables con los comportamientos alimentarios anómalos.

En primer lugar, cabe mencionar que las cifras de sobrepeso y obesidad detectadas fueron inferiores a las encontradas por la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010⁴, a excepción de la prevalencia de sobrepeso en los hombres, que es mayor en el presente estudio, y menores a las señaladas en el estudio de Ratner *et al.*²² en una muestra de trabajadores chilenos de ambos

géneros. No obstante lo anterior, cabe destacar nuevamente que casi la mitad de la muestra presentaba exceso de peso.

Se observaron varias relaciones significativas entre variables sociodemográficas e IMC, siendo uno de los hallazgos más significativos que el número de hijos correlacionaba directamente con mayor IMC en ambos géneros, incluso controlando la variable edad. Esto probablemente indica que esta relación se debe a variables no solo fisiológicas, como puede ser el aumento de peso asociado al embarazo, sino que también

Tabla V
Pruebas *t* escalas clínicas

Variables	Mujeres (n=428)	Hombres (n=220)	<i>t</i>	<i>P</i>	Normopeso (n= 326)	Sobrepeso (n= 322)	<i>t</i>	<i>P</i>	Total (N=648)
Dieta EAT-40	8,22	4,91	6,34	<0,0001	5,66	8,62	-5,35	<0,0001	7,11
	7,58	5,35			6,27	7,56			7,08
Bu EDI-2	1,02	0,75	NS	NS	0,76	1,11	-2,1	0,036	0,93
	2,28	1,61			1,58	2,48			2,08
I Em DEBQ	25,29	21,20	4,37	<0,0001	23,11	24,75	NS	NS	23,91
	12,28	10,42			10,86	12,74			11,84
I Ex DEBQ	26,92	27,20	NS	NS	26,62	27,43	NS	NS	27,02
	7,64	7,16			7,2	7,74			7,48

Las celdas representan las medias y bajo las DT por cada grupo; NS: valor no significativo.

podría deberse, según la literatura, a la menor disponibilidad de tiempo para realizar actividad física, menos recursos para seleccionar la alimentación, las preferencias alimentarias de los hijos, entre otros^{30,31}.

Esta relación es alarmante, ya que se ha comprobado que la ingesta infantil está influenciada por factores ambientales, tales como el modelado de roles, la frecuencia de exposición a los alimentos, y el tamaño de las porciones³². El ambiente del hogar es, sin duda, el factor más importante en relación a la formación del comportamiento alimentario y de la práctica de actividad física de los niños. Es en éste donde el niño adquiere por primera vez los hábitos de salud y los padres juegan un papel fundamental en el modelado y la creación de éste tipo de conductas³³. Por esto, entre otras cosas, resulta interesante la investigación e intervención en población adulta, ya que el comportamiento alimentario de éstos tenderá a reproducirse en sus hijos, transmitiendo en el tiempo los patrones alimentarios que están sustentando, junto con otros factores, la expansión del sobrepeso y la obesidad.

Por otra parte, al igual que en el estudio realizado por Nozue *et al.*²¹, se observó una relación inversa significativa en el grupo de mujeres entre nivel educacional, quintil socioeconómico e IMC. Estas correlaciones podrían sugerir que un mayor nivel socioeducacional podría actuar como factor protector frente al sobrepeso u obesidad, en concordancia con lo señalado por otras investigaciones que apuntarían en esa línea^{9,21}. Sin embargo, es necesario que más investigaciones intenten clarificar la influencia de este tipo de variables en el IMC.

Respecto de los perfiles de alimentación encontrados, se destaca que, tal como ha sido señalado en otras investigaciones recientes^{19,22}, se observa que la mayor parte de la muestra estudiada en vez de cenar, realiza la once como última comida principal diaria. Se mostró que a menor número de comidas mayor IMC y que más de la mitad de la muestra señalaba saltarse alguna comida, siendo la causa más frecuente referida para

hacerlo el no disponer del tiempo suficiente en el trabajo para realizarlas, lo cual resulta un factor relevante a tomar en cuenta en caso de que institucionalmente se decidiera intervenir en el comportamiento alimentario.

Gran parte de la muestra, además de las conductas ya mencionadas, realiza comportamientos alimentarios cotidianos “de riesgo” para el incremento de peso, tales como picar entre comidas, no tener regularidad horaria, comer rápido, comer en lugares y condiciones no adecuadas, etc. Por esto, en caso de desarrollar políticas preventivas, las medidas deberían dirigirse no solo a las personas que presenten exceso de peso, sino también dirigidas a la ciudadanía en general, ya que de seguir mostrando los patrones comportamentales de alimentación actuales, es muy probable que las cifras de exceso de peso vayan en aumento.

Al estudiar concretamente qué conductas actuaban como factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso, se vio que saltarse comidas, seguir algún tipo de dieta, comer rápido, grandes cantidades y llenarse mucho la boca o los platos, actuaban como factor de riesgo, mientras que comer lento actuaba como factor protector. Además, las personas con sobrepeso puntuaban significativamente más en las escalas de dieta y de bulimia y presentaban más conductas alimentarias anómalas. Estos datos nos permiten inferir la posible existencia de un círculo vicioso -restricción alimentaria-sobreingesta-restricción alimentaria- que podría estar influyendo en el sobrepeso. Posiblemente, las personas que intentan controlar su peso restringiendo la ingesta, posteriormente se desinhiben iniciando un periodo de sobreingesta que les induce a comer sin discriminar las señales de saciedad y hambre, entrando en un círculo vicioso difícil de salir, mientras no se supriman las conductas de restrictivas.

Además, se encontró un efecto de género en muchas de las conductas alimentarias evaluadas. Los hombres de la muestra, en comparación con las mujeres, presentaban un nivel de sobrepeso significativamente superior, además de tener más probabilidades de reali-

zar conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo del sobrepeso. Las mujeres mostraron más conductas vinculadas a la restricción alimentaria y a la ingesta emocional, mientras que las conductas anómalas de los hombres estaban más vinculadas a la sobreingesta. Las diferencias observadas entre géneros ponen de manifiesto la necesidad de incluir a ambos en las futuras investigaciones e intervenciones.

Culturalmente, se ha aceptado que las mujeres deben controlar en mayor medida su alimentación en aras de mantener una imagen corporal acorde al modelo estético predominante, mientras que los hombres deben ser sobrealimentados en respuesta a sus mayores necesidades energéticas, independientemente de su constitución y de su nivel de actividad física.

Los resultados presentados destacan que el “cómo” se come, es un factor que podría tener un papel relevante en el crecimiento acelerado de los niveles de sobrepeso y obesidad de la población chilena. Además, los datos confirman que para hacer frente a esta problemática deben sumarse esfuerzos a distintos niveles. La lucha contra el sobrepeso y la obesidad se configura actualmente no solo como una problemática clínica, sino como una problemática social y política, tanto en Chile como en las sociedades industrializadas en general.

La expansión de esta epidemia está en gran medida sustentada en el modelo de sociedad imperante y, si bien se habla constantemente de que la población debería comer mejor, de forma más saludable, realizar más ejercicio, ser menos sedentaria, es muy difícil producir un cambio en los hábitos cotidianos cuando las personas deben permanecer más de la mitad del día en los lugares de trabajos, cuando éstos no proporcionan el tiempo suficiente o los espacios adecuados para realizar las comidas necesarias con calma, cuando una alimentación de calidad requiere un mayor poder adquisitivo o cuando no se puede acceder a las fuentes de información necesarias. Para esto, las aportaciones que puedan hacerse desde la investigación ofrecen un punto de partida relevante para tomar medidas, teniendo en cuenta las características diferenciales de las poblaciones estudiadas.

Este estudio exploratorio presenta limitaciones tales como: el uso de una técnica de muestreo no probabilística; la utilización de instrumentos no validados en población chilena, debido a la ausencia de dichas adaptaciones y el recoger los datos en formato de autoinforme, sin complementar esta acción con una entrevista. Además, al ser un estudio transversal no es posible establecer relaciones causales. Finalmente, que las medidas antropométricas hayan sido autoreferidas es otra limitación, si bien se ha visto que las medidas autoreportadas de peso y altura resultan confiables, existiendo una alta correlación entre estas y los datos medidos directamente³⁴.

No obstante lo anterior, esta investigación es una de las primeras en poner el foco en el “cómo se come” en términos conductuales específicos, ya que si bien exis-

ten otras investigaciones cuyos títulos se relacionan con hábitos de alimentación, éstas tienden a enfocarse en el contenido de la dieta de la población, más que en la forma en cómo ésta es llevada a cabo. Además, resulta una de las primeras en especificar los comportamientos alimentarios en función del género y del IMC, otorgando pautas concretas sobre las cuales desarrollar futuras intervenciones adaptadas a las características culturales del país.

Agradecimientos

Este estudio fue parcialmente financiado por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) de Chile. Su publicación ha sido posible gracias a la ayuda del Vicerrectorado de Política Científica de la Universidad de Barcelona.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva N°311: Obesidad y Sobrepeso. 2015; Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Albala C, Vio F. Obesity and poverty: a pending challenge in Chile. En Peña M, Bacallao J. Obesity and poverty: a new public health challenge.(41-49). Washington, D.C:Pan American Health Organization; 2000.
3. Albala C, Vio F, Kain J, Uauy R. Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. *Public Health Nutr* 2002; 5(1):123-128.
4. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta nacional de salud ENS Chile 2009-2010. 2011; Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
5. Rubio MA, Salas-Salvado J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes* 2007;5(3):135-175.
6. Saucedo T. Modelos predictivos de la dieta restringida en púberes y en sus madres (Tesis inédita de doctorado). México: Universidad Nacional Autónoma de México;2003.
7. Osorio EJ, Weisstaub NG, Castillo DC. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr* 2002;29(3):280-285.
8. Martínez AG, López-Espinoza A, Díaz FJ. Modelos de regulación en conducta alimentaria. *Investig en Salud* 2007;9(3):172-177.
9. Marín-Guerrero AC, Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Eating behaviours and obesity in the adult population of Spain. *Br J Nutr* 2008;100(5):1142-1148.
10. McCrory MA, Campbell WW. Effects of eating frequency, snacking, and breakfast skipping on energy regulation: symposium overview. *J Nutr* 2011;141(1):144-147.
11. Howarth NC, Huang TTK, Roberts SB, Lin BH, McCrory MA. Eating patterns and dietary composition in relation to BMI in younger and older adults. *Int J Obes* 2006;31(4):675-684.
12. Bes-Rastrollo M, Sanchez-Villegas A, Basterra-Gortari FJ, Nunez-Cordoba JM, Toledo E, Serrano-Martinez M. Prospective study of self-reported usual snacking and weight gain in a Mediterranean cohort: the SUN project. *Clin Nutr* 2010;29(3):323-330.
13. De Castro JM, King GA, Duarte-Gardea M, Gonzalez-Ayala S, Kooshian CH. Overweight and obese humans overeat away from home. *Appetite* 2012;59(2):204-211.
14. Kirk TR. Role of dietary carbohydrate and frequent eating in body-weight control. *Proc Nutr Soc* 2000;59(3):349-358.

15. Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP, Birketvedt G, Stunkard AJ. Night eating syndrome among nonobese persons. *Int J Eat Disord* 2004;35(2):217-222.
16. Adriaanse MA, de Ridder DTD, Evers C. Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating? *Psychol Heal* 2011;26(1):23-39.
17. Wardle J, Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellis F. Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Ann Behav Med* 2004;27(2):107-116.
18. Kontinen H, Männistö S, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite* 2010;54(3):473-479.
19. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta nacional de consumo alimentario ENCA Chile, 2014; Disponible en http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf
20. Collect Gfk. Encuesta de consumo de frutas y verduras en Chile. 2008; Disponible en <http://www.5aldia.cl/wp-content/uploads/2011/05/Estudio-Habitos-Alimenticios-y-Estilos-de-Vida-Collect2008.pdf>
21. Nozue M, Miyoshi M, Okumura J, Sanchez H, Andreu J, Kuroiwa C. Prevalence and determinants of obesity and dietary habits among adults in rural area, Chile. *Biosci Trends* 2007;1(3):140-148.
22. Ratner R, Sabal J, Hernández P, Romero D, Atalah E. Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. *Rev Med Chil* 2008;136(11):1406-1414.
23. Rodríguez F, Palma X, Romo A, Escobar D, Aragón B, Espinoza L, McMillan N, Gálvez J. Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutr Hosp* 2013;28(2):447-455.
24. Schnettler B, Peña J, Mora M. Estilos de vida en relación a la alimentación y hábitos alimentarios dentro y fuera del hogar en la Región Metropolitana de Santiago, Chile. *Nutr Hosp* 2013;28(4):1266-1273.
25. Saldaña C. Entrevista para la evaluación de comportamiento alimentario y actividad física en niños y adolescentes, versión padres. Proyecto E-TONA. Barcelona: University of Barcelona; 2010.
26. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerà E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991;7(2):175-190.
27. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados (as) de 13 a 18 años. *Rev Chil Nutr* 2009;36(4):1063-1073.
28. Bach L. Conocimiento nutricional y conductas de control de peso (Tesis inédita de doctorado). Barcelona: Universitat de Barcelona; 2002.
29. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord* 1986;5(2):295-315.
30. Laroche HH, Wallace RB, Snetselaar L, Hillis SL, Steffen LM. Changes in Diet Behavior when Adults Become Parents. *J Acad Nutr Diet* 2012;112(6), 832-839.
31. Oda-Montecinos C, Saldaña C, Andrés A. Eating behaviors are risk factors for the development of overweight. *Nutr Res* 2013;33(10):796-802.
32. Rolls BJ, Engell D, Birch LL. Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *J Am Diet Assoc* 2000;100(2):232-234.
33. Golan M. Parents as agents of change in childhood obesity from research to practice. *Int J Pediatr Obes* 2006;1(2):66-76.
34. Lora-Cortez C, Saucedo-Molina T. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Ment* 2006;29(3):60-67.