



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA



**LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, ANSIEDAD POR LA COMIDA
Y SU RELACIÓN CON EL EXCESO DE PESO EN PACIENTES
AMBULATORIOS DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO DE
SALUD I-3 VALLECITO 2021- PUNO.**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. ALISSON PAMELA CHAVEZ IGLESIAS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA

PUNO - PERÚ

2023



NOMBRE DEL TRABAJO

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, ANSIEDAD POR LA COMIDA Y SU RELACIÓN CON EL EXCESO DE PESO EN PACIENTES

AUTOR

ALISSON PAMELA CHÁVEZ IGLESIAS

RECuento DE PALABRAS

21990 Words

RECuento DE CARACTERES

116952 Characters

RECuento DE PÁGINAS

99 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.1MB

FECHA DE ENTREGA

May 4, 2023 11:57 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 4, 2023 11:58 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 11% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)

Ancestral
Dra. Martha Loura Sotomayor,
Sub Coordinadora de Investigaciones

[Signature]
Dra. Oscar Alberto Begazo Miranda
NUTRICIONISTA
Magister en Ciencias de la Nutrición
Doctor en Ciencias de la Salud



DEDICATORIA

A Dios, con todo mi amor, que me acompaña siempre y me da la fuerza para continuar.

Dedico este trabajo a mis padres, Juber y Amelia, quienes siempre han sido mi mayor apoyo y me han enseñado el valor del esfuerzo y la dedicación, quienes siempre han estado motivándome en cada paso de mi vida.

A mi hermano Cesar, por su apoyo incondicional desde que tengo uso de razón.

A mis amigos, por su apoyo y motivación constante, por ser parte de mi vida y mis logros académicos.

Alisson P. Chavez Iglesias



AGRADECIMIENTOS

A mi querida Escuela Profesional Nutrición Humana UNA- PUNO, por formarme y acogerme en cada paso hasta culminar mi vida universitaria.

Agradezco a mi asesor Dr. José Oscar A. Begazo Miranda, por su orientación y apoyo en el desarrollo de mi investigación.

A mis jurados de tesis, y maestros universitarios por sus enseñanzas y dedicación.

Al centro de salud Vallecito Puno, por su disposición que siempre me brindo e hizo posible el desarrollo de esta investigación.

A mis padres, familia y amigos que siempre me apoyaron y creyeron en mí.

¡GRACIAS A TODOS!

Alisson P. Chavez Iglesias



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN 13

ABSTRACT..... 14

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 17

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA..... 19

1.2.1. Interrogante general..... 19

1.2.2. Interrogantes específicas 19

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 20

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 21

1.4.1. Objetivo general 21

1.4.2. Objetivos específicos 21

1.5. HIPÓTESIS 22

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES 23

2.1.1. Antecedentes internacionales 23

2.1.2. Antecedentes nacionales 26



2.1.3. Antecedentes locales	27
2.2. MARCO TEÓRICO	29
2.2.1. Emociones	29
2.2.2. Inteligencia emocional	30
2.2.3. Componentes de inteligencia emocional.....	31
2.2.4. Emociones y salud.....	31
2.2.5. Asociación entre la ingesta alimentaria, las emociones y la salud.	32
2.2.6. El “circuito de recompensa” cerebral.....	34
2.2.7. Ansiedad por la comida:.....	34
2.2.8. Manifestaciones de ansia por la comida.....	37
2.2.9. El hambre fisiológica	38
2.2.10. Percepción del sabor.....	39
2.2.11. Percepción del olor.....	39
2.2.12. Percepción hedónica.....	39
2.2.13. Ansiedad y depresión	40
2.2.14. Estado nutricional.....	40
2.2.15. Evaluación del estado nutricional	40
2.2.16. Impedancia	43
2.2.17. Índice cintura estatura	43
2.2.18. Obesidad en adultos	44
2.2.19. Aspectos psicológicos de la obesidad y sobrepeso	45
2.3. MARCO CONCEPTUAL	46
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	48



3.1.1. Lugar de estudio	48
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	48
3.2.1. Población	48
3.2.2. Muestra	48
3.2.3. Criterios de inclusión	49
3.2.4. Criterios de exclusión.....	49
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	50
3.4. MÉTODOS, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS.	51
3.4.1. Coordinaciones previas	51
3.4.2. Para evaluar la inteligencia emocional	51
3.4.3. Para evaluar ansiedad por la comida	52
3.4.4. Para determinar el estado nutricional	52
3.4.5. Para medir el índice cintura estatura ICE:.....	54
3.4.6. Para medir la composición corporal	54
3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	55
3.5.1. Para la evaluación de la inteligencia emocional.....	55
3.5.2. Para la evaluación de la ansiedad por la comida.....	55
3.5.3. Para la evaluación nutricional	56
3.5.4. Índice de masa corporal IMC	56
3.5.5. Índice cintura/estatura	57
3.5.6. Composición corporal	57
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	58
3.7. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.....	58



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS.....	60
V. CONCLUSIONES.....	81
VI. RECOMENDACIONES.....	83
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
ANEXOS.....	89

Área: Patrones y hábitos de consumo alimentario.

Línea: Promoción de la salud de las personas.

Fecha de sustentación: 09 de mayo del 2023



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Enfoque sistemático de los componentes de la inteligencia emocional de Bar-	
On.....	31



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Interpretación de los puntajes del I-CE de bar-On.	55
Tabla 2. Interpretación de las puntuaciones del cuestionario de ansiedad por comer (FCQ-T) Edad: 18-64 años.	56
Tabla 3. Clasificación de la valoración nutricional según índice de masa corporal del (IMC).....	57
Tabla 4. Clasificación del porcentaje de grasa en adultos.	57
Tabla 5. Inteligencia emocional de pacientes ambulatorios de 30 a 50 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.....	60
Tabla 6. Nivel de ansiedad por la comida de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.	62
Tabla 7. Estado nutricional de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.	63
Tabla 8. Relación entre el IMC y la inteligencia emocional en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.	65
Tabla 9. Relación entre la índice cintura estatura y la inteligencia emocional en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno- 2021.	68
Tabla 10. Relación entre el porcentaje de grasa corporal y la inteligencia emocional en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I- 3 Puno-2021.....	70
Tabla 11. Relación entre el IMC y el ansia por la comida en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021	73



Tabla 12. Relación entre el índice cintura estatura y el ansia por la comida en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021. 75

Tabla 13. Relación entre el porcentaje grasa corporal y el ansia por la comida en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021 78



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

AC	: Ansiedad por comer.
CC	: Composición corporal.
DM	: Diabetes mellitus.
HTA	: Hipertensión arterial.
ICE	: Índice cintura estatura.
I-CE	: Inventario de cociente emocional.
IE	: Inteligencia emocional.
IMC	: Índice de masa corporal .
OMS	: Organización mundial de la salud.
FCQ-T	: Cuestionario de deseo de alimentos- rasgo.
TCA	: Trastorno de la conducta alimentaria.
VTA	: Área tegmental ventral



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la inteligencia emocional (IE) y ansiedad por la comida (AC) con el exceso de peso en pacientes adultos. **Metodología:** descriptivo de corte transversal y correlacional. Se utilizaron: Inventario de Cociente Emocional Bar-On para adultos adaptado en Lima (Ugarriza 2004) y el cuestionario Food Cravings Questionnaire-Triat (FCQ-T), para evaluar el estado nutricional: Índice de masa corporal (IMC), Índice cintura estatura (IE) y % de grasa corporal (CC), usando el registro de evaluación nutricional aplicado a 50 pacientes determinados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. **Procesamiento de datos:** El estado nutricional se clasificó según referencias de (IMC, ICE YCC) adultos. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS v.22.0 usando la prueba de ji-Cuadrada de Pearson. **Resultados:** Tienen baja IE (36%) y promedio IE (26%), el 18% presenta muy baja IE. Los componentes más relevantes son: Intrapersonal, manejo del estrés, interpersonal, y adaptabilidad, tienen niveles entre marcadamente baja y promedio. En cuanto al ansia por comer, tienen alta AC (92%) mientras que el (8%) baja, siendo mayor en la dimensión de alimentación hedónica (46%) nivel medio. El estado nutricional según IMC, tiene sobrepeso (42%), y el 38% presenta obesidad. El 82% presenta alto ICE y el 94% tiene alto porcentaje de grasa. **Resultados:** No existe relación estadística entre el IE y el sobrepeso según IMC, ICE Y CC, se encontró relación entre la dimensión intrapersonal de IE y el % de grasa. La AC no tiene relación significativa con el sobrepeso respecto al IMC, si se encontró relación con la variable ICE y AC en las dimensiones de alimentación restringida, descontrol, y alimentación emocional.

Palabras Clave: Inteligencia emocional, ansiedad por comer, sobrepeso.



ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between emotional intelligence (EI) and food anxiety (FA) with excess weight in adult patients. The work is descriptive, cross-sectional and correlational. The following was used: Bar-On ICE Emotional Quotient Inventory for adults adapted in Lima (Ugarriza 2004) the Food Cravings Questionnaire-Triat (FCQ-T) questionnaire, to assess nutritional status: Body mass index (BMI), Waist-height index (WHtR) and % body fat(BC), using the nutritional evaluation record applied to 50 patients determined by a non-probabilistic test for convenience. Data processing: Nutritional status was classified according to adult references (BMI, WHtR Y BC). Data were processed in the statistical package SPSS v.22.0 using Pearson's chi-square test. **Results:** They have low EI (36%) and average EI (26%), 18% have very low EI. The most relevant components are: Intrapersonal, stress management, interpersonal, and adaptability, have levels between markedly low and average. Regarding the craving to eat, they have high FA (92%) while the (8%) low, being higher in the hedonic eating dimension (46%) medium level. The nutritional status according to BMI is overweight (42%), and 38% are obese. 82% have high (WHtR) and 94% have a high percentage of fat. **Results:** There is no statistical relationship between EI and overweight according to BMI, (WHtR) and BC, a relationship was found between the intrapersonal dimension of EI and the % of fat. The FA does not have a significant relationship with being overweight with respect to BMI, if a relationship was found with the WHtR and FA variables in the dimensions of restricted eating, lack of control, and emotional eating

Keywords: Emotional intelligence, anxiety about eating, overweight



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Últimamente el problema de la obesidad involucra a muchas personas y parece nunca acabar. Son múltiples las complicaciones que puede traer el sobrepeso y la obesidad como: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc. La salud mental también está siendo afectada por el rechazo que causa la obesidad para los estereotipos establecidos actualmente, además contribuye a diversos problemas alarmantes como la depresión y ansiedad (1).

Las iniciativas y recomendaciones lanzados por todo el mundo para combatir este problema no resultan beneficiosas y muchas veces son perjudiciales. A pesar de la amplia variedad de dietas para perder peso, muchas son demasiado estrictas e insatisfechas lo que hace que la mayoría de personas las abandonen (2).

La industria alimentaria está convencida de lanzar productos aparentemente seguros, pasando por alto las advertencias nutricionales. Los productos están más enfocados en que el sabor sea más placentero para el comprador, dejando de lado la salud, por lo tanto la obesidad sigue creciendo en cifras sorprendentes (1).

Los estudios que anteceden esta investigación nos dicen que las personas con baja inteligencia emocional no gestionan muy bien sus emociones negativas, lo que causa que busquen placer de manera inconsciente, una de esas formas de cambiar su estado es ingiriendo sustancias o alimentos generalmente muy apetecibles como azúcares o grasas, convirtiéndose así en un hábito que producirá un peso elevado. Muchas de estas personas buscan recuperarse sin asistencia médica o nutricional y no trabajan el problema más profundo que desató sus malos hábitos, finalmente dan inicio un círculo vicioso, como



sentimientos negativos y culpabilidad que tratan de manejar con comida desatándose la ansiedad por comer (3).

Según Adler, el fundador de la psicología individual, la base de todos los problemas o conflictos del ser humano sucede en la unidad del individuo. Es decir, el ser humano es un ser individual completo, tiene espíritu, alma y cuerpo, todo se relaciona entre sí. El hombre es en su totalidad como una unidad indivisible, por tal razón las disfunciones como los problemas psíquicos, emocionales o corporales siempre es afectado en su totalidad: espíritu, alma, y cuerpo. Los pensamientos, los sentimientos y el actuar del hombre concuerdan entre sí.

“De lo que el alma tiene vergüenza de expresar, de eso habla el cuerpo” Alfred Adler (fundador de la psicología individual).

Por los motivos expuestos se propuso esta investigación, con el fin de entender como los factores emocionales afectan a los hábitos alimentarios y nuestra relación con la comida.

Se planteó determina la inteligencia emocional y el grado de ansiedad por comer de los pacientes adultos y buscar una correlación entre las variables inteligencia emocional y ansia por comer con el estado nutricional.

En el documento de la OMS, se define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (4).

Por lo tanto, al final de la investigación tendremos más claro el enfoque integral entre nutrición y psicología que podrían ofrecernos nuevas estrategias para abordar la obesidad relacionadas con el manejo de emociones y patrones alimentarios, así promover un estilo de vida saludable, además prevenir la obesidad.



1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La inteligencia emocional incluye diversas habilidades que permiten al individuo comprender, expresar y además poder gestionar y percibir sus propias emociones, así como mostrar empatía frente a las emociones de los demás; Entonces podemos decir que, aquellas personas que poseen buena capacidad de inteligencia emocional se conocen interiormente, tienen autocontrol sobre sus sentimientos, son autónomos y tienen diversas habilidades sociales. De otra manera, aquellas personas que requieren mejorar su inteligencia emocional a menudo tienen dificultades para regular sus propias emociones y gestionan la presión usando diversos métodos pocos saludables como: Abusar de sustancias para no experimentar estrés, ansiedad o depresión, además un gran porcentaje pueden intentar suicidarse (5)(6).

Es habitual que aquellas personas con obesidad o logran identificar y hablar de aquello que pueden sentir o experimentar en situaciones desagradables, lo cual los dirige a tomar la decisión de consumir alimentos apetecibles o alimentos altamente energéticos en exceso, como respuesta a dichas emociones con el fin de “gestionarlas” sin que hayan sentido hambre y no para saciarse. La ausencia de bienestar social puede igualmente generar este tipo de trastornos en los individuos. Un caso evidente es cuando el éxito de una persona se mide directamente por su aspecto físico, lo que puede provocar tales trastornos (7).

Es considerado un hábito común que personas obesas con cierto grado de malestar psicológico como ansiedad y/o depresión se excedan en comida como un acto para autorregular emociones negativas, lo que se considera como una de las causas para iniciar el sobrepeso y/o la obesidad. Estos resultados sugieren que se necesita más



atención al dominio afectivo del paciente para tener una comprensión más clara del papel del estrés y del bajo control emocional en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad (8).

La OMS define la obesidad y el sobrepeso como "la acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo que puede ser perjudicial para la salud" y sostiene que la causa principal es el consumo excesivo de calorías frente a las que se gastan (exceso de consumo de alimentos y menor gasto energético por sedentarismo) con posibilidad de otras causas como genética, ambiente desfavorable, medicamentos, enfermedad, estrés, falta de sueño y factores emocionales (4).

A nivel mundial, el exceso de peso es la consecuencia de un mayor número de muertes, mínimo (2,8 millones), en comparación a la desnutrición. En el 2016 la OMS, informó que el 39% de la población mundial con edad mayores de 18 años tenían exceso de peso y mientras que el 13% estaban con obesidad. El 43.6% de muertes principalmente son causadas por del exceso de peso y enfermedad cardiaca hipertensiva, del 40.2% de muerte por diabetes mellitus y del 32.8% por enfermedad renal crónica. Además se estima que para el año 2030, el sobrepeso y la obesidad tendrá una prevalencia de 89% y 48% respectivamente en todo el mundo (9)(10).

En el Perú la población mayor de 15 años tiene sobrepeso y obesidad (60,0%), además se consideran cifras mayores en las mujeres (63,1%) que en los varones (56,8%). En el 2020 se consideró mayor porcentaje de obesos (35,7%) los adultos de 30 a 50 años y (34%) aquellos que tenían entre 40 a 49 años. Este grupo se ha considerado últimamente como los de mayor riesgo de muerte o infecciones letales por COVID-19 (11)(12).

En nuestra región Puno en el 2019 se obtuvo una prevalencia del 52.5 % de personas mayores de 15 años con sobrepeso y obesidad (13).



Cada vez más investigaciones van demostrando que comer emocionalmente tiene una conexión con el ansia por comer y el posible aumento de peso, es decir, un estilo de alimentación "obesogénico" puede ser el principal mediador en el aumento del índice de masa corporal IMC. Cabe recalcar que los trastornos de la conducta alimentaria TCA como exceso de peso y el bajo peso pueden ser un factor desencadenante de la depresión y ansiedad, ambos representan un problema en la salud pública (7)(14).

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Interrogante general

- ¿Tiene relación la inteligencia emocional, ansiedad por la comida y el exceso de peso de los pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I – 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021?

1.2.2. Interrogantes específicas

- ¿Cómo es la inteligencia emocional de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I - 3 Vallecito de la ciudad de Puno- 2021?
- ¿Cuál es el grado de ansiedad por la comida de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I - 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021?
- ¿Cuál es el estado nutricional de pacientes ambulatorios 30 a 59 años de edad del centro de salud I - 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021?
- ¿Tiene relación la inteligencia emocional con el estado nutricional de pacientes ambulatorios con de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I – 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021?
- ¿Tiene relación la ansiedad por la comida con el estado nutricional de pacientes ambulatorios con de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I – 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021?



1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El exceso de peso nombrado como “epidemia del siglo” por la OMS, es una de las causas principales de enfermedades y mortalidad, disminuyendo la calidad de vida. Sabemos que los factores psicosociales son esenciales en la obesidad pero no podemos afirmar que haya intervenciones de eficacia probada, sin embargo se asume que las intervenciones psicosociales contribuyen al cambio y adherencia de hábitos saludables y a mantenerlas (15).

Se deben tener en cuenta numerosos factores causales de la obesidad, como la genética, la falta de actividad física, la ingesta excesiva de comida, la disponibilidad de alimentos saludables y factores psicológicos para el estado emocional y relación con la comida (8).

El impacto que está demostrado el manejo de la inteligencia emocional se ha convertido en algo importante para la vida. Este componente viene desarrollándose en el área de la salud más de lo que se podría haber anticipado. Bar-On define la inteligencia emocional como la habilidad que tienen las personas para determinar el manejo de sus emociones que influye sobre su estado de ánimo, y poder integrarse y relacionarse oportunamente con la sociedad. Goleman sin embargo dice que es la capacidad de conocerse a sí mismo y percibir nuestras propias emociones, así como de las otras personas para tener relaciones más saludables con nosotros mismos y la sociedad. Las personas con sobrepeso pueden presentar aspectos psicológicos relacionados con los niveles de ansiedad, la depresión, auto rechazo y la baja autoestima, y gran parte de esa población busca compensar sus problemas comiendo (16).

Por tal razón se plantea establecer relaciones entre el manejo de emociones IE y el ansia por comer AC factores que podrían influenciar en el aumento de peso, además



mejorar la adherencia al tratamiento nutricional. La obesidad ocupa el 10% del gasto sanitario global. Por lo tanto esta investigación nos da acceso a conocer el impacto que puede causar la ansiedad por la comida en el exceso de peso (17) (7).

La investigación pretende buscar factores asociados al desarrollo del sobrepeso y obesidad, así mismo aportar a diversas soluciones innovadoras y tener un impacto positivo en la prevención y el tratamiento de pacientes con exceso de peso.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la inteligencia emocional y ansiedad por la comida con el exceso de peso de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I – 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar la inteligencia emocional de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I - 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021.
- Determinar el grado de ansiedad por la comida de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I - 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021.
- Evaluar el estado nutricional de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I - 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021.
- Establecer la relación de inteligencia emocional con el estado nutricional de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I - 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021.



- Establecer la relación de ansiedad por la comida con el estado nutricional de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I – 3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021.

1.5. HIPÓTESIS

- Los pacientes de 30 a 50 años del Centro de Salud I-3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021, no presentan una relación significativa entre la inteligencia emocional y sus componentes, el ansia por comer y sus dimensiones con el exceso de peso.
- Los pacientes de 30 a 50 años del Centro de Salud I-3 Vallecito de la ciudad de Puno-2021, presentan una relación significativa entre la inteligencia emocional y sus componentes, el ansia por comer y sus dimensiones con el exceso de peso.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

Salafia M. et al (2015.) Investigaron acerca de “Inteligencia emocional en personas con obesidad”. Se consideraron los participantes según los criterios de inclusión: Aquellos con IMC igual o superior a 25 y mayores de 19 años. El estudio fue descriptivo, transversal. Se empleó el Inventario de inteligencia emocional Bar-On a 36 individuos de ambos sexos. Dentro del procedimiento se aplicó la encuesta I-CE de Bar-On para inteligencia emocional. Según sus resultados se encontró que una gran parte de los pacientes obesos encuestados 58,34% tenían capacidad emocional baja a capacidad emocional marcadamente baja y el 41,67% tenían capacidad adecuada o media de inteligencia emocional, el componente más deteriorado fue la habilidad intrapersonal, capacidad para entenderse uno mismo y aquellos individuos con obesidad tenían pobre afrontamiento y capacidad emocional, sin embargo en el componente del estado de ánimo se clasificaron en las categorías medias y el 47,22% experimentó estado de ánimo adecuado (18).

Annesi J. (2020). Tituló a su investigación “Correlaciones psicosociales de la alimentación emocional y sus interrelaciones: Implicaciones para la investigación y el desarrollo del tratamiento de la obesidad”, en el cual evaluó depresión, la alimentación emocional, la autorregulación, la autoeficacia y el peso. Los cambios en las medidas psicosociales fueron sustanciales dentro de la institución de estrategias de comportamiento/contacto interpersonal excesivo. Ese grupo tuvo una



pérdida de peso media del 6,5 % y el 6,8 % en 6 y 24 meses, respectivamente, lo que fue drásticamente más que el 2,9 % y el 1,8 % de pérdida en el grupo de bajo contacto interpersonal/estrategias educativas en los mismos puntos de tiempo. El cambio en la autorregulación del consumo midió drásticamente en la predicción de una disminución del consumo emocional asociado con la ansiedad y la depresión durante 6 meses a través de mejoras en el manejo de estas. La disminución de consumo emocional se asoció significativamente con la pérdida de peso durante 6 y 24 meses. El aumento del interés físico se relacionó drásticamente con la disminución del estrés y la depresión. También determinaron que la relación entre los cambios en la afición física y el estrés estaba mediada por una alternativa en la autoeficacia relacionada con el ejercicio. Sugieren una difusión de los objetivos psicosociales para los remedios conductuales de control de peso que tienen aplicaciones a gran escala (19).

Barroso K. (2018). “Estado de ánimo e inteligencia emocional en pacientes con obesidad”. El estudio fue transversal con un total de 45 pacientes con exceso de peso, provenientes de servicios tales como: Psiquiatría, Cirugía, Endocrinología y Nutrición del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Se han utilizado como exámenes el Test Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) y la escala de silueta corporal de Stunkard y Soresen. Según sus resultados, las personas con sobrepeso no están más deprimidas que la población con un peso saludable; ni presentan un peor ánimo que las personas con mayor disconformidad corporal. Sin embargo, la relación entre la inteligencia emocional y la depresión son significativos estadísticamente. Por otro lado, un mayor entendimiento y renovación de sus emociones se relacionan con menos problemas de estados de ánimo. Indica que esos resultados son valiosos para la evaluación y tratamiento de la obesidad en el futuro. Sin embargo, la diferencia de estos resultados



con otros estudios hace que sea vital continuar investigando el estado de ánimo en pacientes con sobrepeso (14).

Anger V et al. (2015). Cuyo Objetivos fueron: Estudiar la relación entre las emociones, las inclinaciones gustativas y los estilos de alimentación de personas adultas con diferentes índices de masa corporal (IMC) y ambos sexos. El estudio es descriptivo de corte transversal mediante encuesta que se auto aplicó a 481 adultos. Los resultados fueron: Existe relación estadística entre el IMC y el estilo de alimentación con diferencias en el estilo de ingesta. Los tipos de alimentación no saludables fueron más comunes en hombres que las mujeres con mayor incidencia de ingesta excesiva de comida. Sin embargo, los atracones de comida son más comunes en mujeres (33,8%) de un total de 31% que en los hombres (19,5%). En cuanto a las preferencias de gustos el 55% prefiere gustos dulces, siendo mayor en las mujeres 59% y 34% en los hombres. Existe una frágil correlación entre el IMC y las emociones que pueden discernir los pacientes, con grandes diferencias como el IMC y la depresión. Mayormente las mujeres eligen comer por emociones como: frustración, miedo, ansiedad o depresión más que los hombres. En conclusión: Los tipos de alimentación como ingesta excesiva por diversas preferencias de sabores como el salado y la alimentación emocional se relacionaron con un mayor IMC. Los evaluados de sexo masculino obtuvieron mayor preferencia al salado y tipos de ingesta alimentaria que perjudican su propia salud; sin embargo, las mujeres tuvieron alimentación excesiva al percibir emociones e inclinación por sabores dulces (20).

Elizabeth P. et al (2015) “Las Emociones y la Conducta Alimentaria “. Busca determinar las preferencias alimentarias consumidas frecuentemente mientras estudiantes universitarios perciben emociones en el acto de comer. La población estuvo conformada por un total de 819 universitarios de ambos sexos con edad de 22



años aproximadamente. Dicho estudio nos muestra que durante la alimentación los estudiantes experimentaron emociones positivas tales como: satisfacción, placer, alegría amor, etc. Entre hombres y mujeres hay diferencias entre el tipo de preferencias alimenticias y las emociones que perciben. Finalmente las conclusiones dicen que el acto de comer está impulsada principalmente por la percepción de emociones positivas que motivan a la socialización (21).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Paye K. (2019). “Relación de inteligencia emocional y ansia por la comida con el estado nutricional de adolescentes que asisten a I.E. Gran Unidad Escolar Mariano Melgar Valdivieso Arequipa – 2018”. El tipo de investigación fue transversal, correlacional con enfoque cualitativo. Se utilizó el inventario para inteligencia emocional de Bar-On Ice – Na en niños y adolescentes adaptado en Lima por (Ugarriza y Pajares A), y para ansiedad por comer el Food Cravings Questionnaire-Triax FCQ-T, y una ficha para la recolección de datos y evaluación de estado nutricional. Se procesaron los datos en Software estadístico SPSS versión 24. Al finalizar el (62.2%) obtuvo una inteligencia emocional promedio o adecuada, y el 36.8% obtuvo inteligencia emocional alta. En la dimensión de adaptabilidad el (58.5) promedio y el (45.7%) de los estudiantes puntuó capacidad alta en manejo del estrés. Así mismo el (45.3%) de los adolescentes resultó con alta ansiedad por comer. Quiere decir que se encontró relación entre inteligencia emocional baja por mejorar y alta ansiedad por comer que podrían causar sobrepeso u obesidad (22).

Chang M. (2017) “Relación entre inteligencia emocional y respuesta al estrés en pacientes ambulatorios del servicio de psicología de una clínica de Lima Metropolitana”. Se realizó en personas adultas que asisten al consultorio de



psicología en la clínica de Lima Metropolitana. El nivel de investigación es básico y tipo descriptivo de diseño correlacional. En el estudio se aplicó el Trait Meta Mood Scale 24 (TMMS24) y la Escala de Respuesta al Estrés. Participaron 80 pacientes adultos de 18 a 64 años de ambos sexos. Resultó que existe correlación entre la inteligencia emocional y la respuesta al estrés. También se halló que las dimensiones de inteligencia emocional y los niveles de respuesta al estrés tienen correlación. Por otro lado el incremento de inteligencia emocional disminuye la respuesta al estrés (23).

2.1.3. Antecedentes locales

Vargas A. (2018) “Niveles de estrés, depresión y ansiedad en relación al estado nutricional a gran altura en estudiantes universitarios del primer nivel de la Facultad de Medicina de la UNA – Puno 2016”. Cuyo método fue tipo analítico de corte transversal, con una población estudiantil 68 estudiantes. El estado nutricional se diagnosticó mediante el IMC y hemoglobina sérica (Hb); la hipótesis propuesta fue: Los estados emocionales son afectados por un mal estado nutricional. El proceso de datos estadísticos se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrada. Según sus resultados la mayoría de estudiantes 77.9 % tenía normal estado nutricional, el 19.3 % se clasificó con sobrepeso, el 1.5 % tenían obesidad y solo el 1,5% tenían delgadez, clasificado según IMC. En cuanto a la hemoglobina el 13.2 % estaban con anemia ferropénica y el 86.8 % de los participantes tenían niveles de Hb normales. En cuanto al e estrés, se encontró que el 73.5 % no evidencia tener estrés, el 25 % tiene alguna característica del estrés, y el 1.5 % evidencia estrés como un problema a nivel clínico. Según la prueba estadística de la Chi se encontró que para la Hb, con un $p = 0.05$; y para el IMC con un $p = 0.05$; en conclusión: Se detallo una relación estadística entre los niveles de stress con la Hemoglobina sérica y el IMC de los estudiantes (24).



Ramos J. (2020). Su objetivo fue identificar la relación del estrés académico y estado nutricional de los estudiantes universitarios. Estudio descriptivos, analíticos y transversales. Participaron 454 estudiantes de ambos sexos entre 18 a 25 años de edad, y 60 estudiantes conformaron la muestra, mediante muestreo aleatorio simple. El estado nutricional se estableció de acuerdo con IMC y PAB, el estrés académico se determinó mediante el cuestionario con categorías para situaciones estresantes, respuestas físicas, psicológicas y conductuales. Se analizaron los datos estadísticamente mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, y para corroborar la hipótesis se utilizó la aplicación SPSS versión 25.0. Según los hallazgos, el estrés académico está en su punto más alto; el estrés académico en nivel medio altera la conducta y situaciones estresantes. Según el IMC resultó que el 60% tiene sobrepeso, el 36.7% están normal y el 3.3% tienen obesidad I; Asimismo el 48.3% tienen alto riesgo según PAB, el 33.3% bajo riesgo y el 18.4% riesgo muy alto. No se encontró relación estadística entre el estrés académico y el IMC. En cuanto a la relación estrés académico y el perímetro abdominal ; no se encontraron relaciones significativas, sin embargo se encontró una relación entre reacciones fisiológicas y PAB (25).

Apaza M. (2018). “La inteligencia emocional y su influencia en el rendimiento laboral en los trabajadores del gobierno regional de puno 2017. Se utilizó los instrumentos inteligencia emocional según (Goleman, 1998) y el desempeño laboral según Hernández (2008). En el cual se evaluaron dos componentes tales como: la productividad y calidad de servicio. El estudio es de tipo descriptivo cuantitativo correlacional de carácter transaccional o transversal. Para identificar el nivel de desempeño utilizo el instrumento de (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) de inteligencia emocional “ECI” (Emotional Competence Inventory. Se realizó el tratamiento correlación de Spearman. De acuerdo a sus resultados se determina que



si existe relación estadística ($p < 0,01$) de la inteligencia emocional y el desempeño laboral. Concluye en que si la inteligencia emocional esta optima los trabajadores tendrán un desempeño (26).

Canaza W. (2019). “Relación de los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el centro de salud acora – Puno, 2019. El estudio es de tipo descriptivo, analítico y de corte transversal. Conformada por 100 trabajadores del centro de salud, cuya muestra fue de 79 trabajadores determinada mediante muestreo aleatorio simple. El estudio se basó en clasificar el estado nutricional según (IMC), y determinar el nivel de estrés, ansiedad y depresión mediante la encuesta. Se procesó los datos según la prueba estadística la Chi-Cuadrada de Pearson para aceptar o rechazar la hipótesis mediante el programa SPSS versión 23. Resulto que: Los trabajadores evaluados la mayoría 38,0% se considera con un nivel de estrés moderado, el 25,3% un nivel normal y el 20,3% tienen un nivel liviano. Así mismo los resultados de ansiedad la mayoría siendo el 26,6% tiene un nivel de leve, el 24,1% un nivel normal, el 24,1% nivel severo, el 19,0% tiene un nivel moderado. Finalmente, el 41,8% tiene un nivel de depresión normal, el 27,8% un nivel moderado, el 26,6% un nivel leve. Según la clasificación de IMC resulto que un gran porcentaje (48,1%) tiene sobrepeso, el 35,4% esta normal y el 16,5% tiene Obesidad tipo I. No existe relación significativa entre los el estrés, depresión, ansiedad y el estado nutricional (27).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Emociones

Existen diversos tipos de emociones agradables o perjudiciales como la satisfacción, rabia y el miedo. Pueden surgir a través de estímulos naturales externos



a partir de estos depende de la manera como las interprete el individuo y su cerebro, y la forma como enfrenta dicha realidad. Las emociones tienen tres niveles de reacción: el momento en que ocurre el acontecimiento o estímulo natural, los cambios que se producen en el cuerpo a nivel fisiológico el cual puede producir tensión de músculos, sudoración o taquicardia y finalmente la conducta o toma de decisión (21)(28).

2.2.2. Inteligencia emocional

Este tema de la inteligencia emocional fue inducido por primera vez en el año 1990 por los autores Salovey y Mayer. El cual se determinó como un tipo de inteligencia social que posee el ser humano como una capacidad de percibir, gestionar y modificar sus emociones así mismo poder comprender la de los demás. Con la información generada de estas emociones y pensamientos propios decidir diferentes conductas que resulten a favor de uno mismo y para el entorno a la que pertenecemos (6).

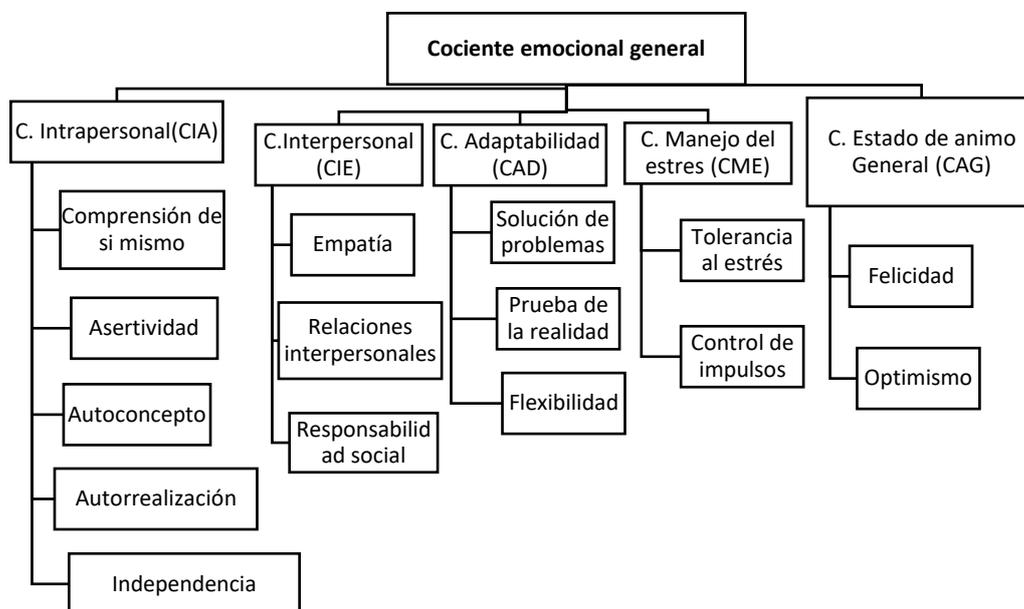
Goleman quien también trabajó con este término dice que: La inteligencia emocional es el poder de conocer y gestionar nuestras emociones y tener la habilidad de manejar nuestras relaciones inteligentemente usando la conciencia de sí mismo en nuestras acciones, incluyendo la autorregulación, automotivación, perseverancia, empatía y confianza. Entonces las personas con inteligencia emocional desarrollada son aquellas que gobiernan adecuadamente sus emociones, interpretan y tienen la habilidad de relacionarse afectivamente entendiendo las emociones de otras personas, disfrutan de manera satisfactoria todas las situaciones de la vida. Podríamos decir que dichas personas pueden sentir tranquilidad con facilidad y son más capaces de determinar hábitos que resuelvan problemas en su vida diaria. Sin

embargo, por otro lado, quienes no pueden gestionar de manera efectiva sus emociones, suelen tener un conflicto interno constante que sofocan sus habilidades de resolver problemas y les impiden pensar con suficiente claridad (29).

2.2.3. Componentes de inteligencia emocional

Los cinco principales componentes conceptuales de la inteligencia emocional son:(6).

Figura 1. Enfoque sistemático de los componentes de la inteligencia emocional de Bar-On.



Fuente: N. Ugarriza (6).

2.2.4. Emociones y salud

Las emociones son generadas en el sistema nervioso y proveen los comportamientos más esenciales e internos, por tal motivo, son importantes para la vida. La inhibición o supresión de las emociones se ha implicado como un factor que influye en algunas enfermedades. Existe comunicación mediante mensajeros químicos: entre las emociones, las conexiones del cerebro y el sistema inmune; Esta comunicación se realiza por medio de: biomoléculas que transmiten información,



citoquinas y hormonas. Dichos aportes indican las emociones producidas por el cerebro están conectadas con el sistema inmunológico. Esto significa que además del apoyo emocional, las personas con estado de ánimo apropiado y actitud positiva pueden disfrutar de estabilidad emocional, pueden prevenir o combatir enfermedades en mejores condiciones (30).

2.2.5. Asociación entre la ingesta alimentaria, las emociones y la salud.

Los cambios a nivel fisiológico que se activan a raíz de las emociones son finalmente una respuesta adaptativa normales del ser humano, sin embargo, la activación constantemente de este sistema convirtiéndose crónicos pueden producir ansiedad y afectar a la salud provocando algunos trastornos: digestivos, metabólicos, cardiovasculares o del sistema inmune, etc. (28).

Las hormonas leptina y ghrelina juegan un papel muy importante. La hormona leptina, que es producida por los adipocitos y se encarga de reducir el apetito, evidentemente influye en el exceso de peso. El nivel y actividad de la leptina suele ser más bajo en personas con peso normal y más altos en personas obesas. Sin embargo, se plantea que muchas personas obesas pueden generar una resistencia a la leptina, siendo más sensibles a sentir apetito. Se ha documentado que frente a situaciones que causan emociones negativas el cuerpo activa su sistema de alarma, este sistema hace que los niveles de ghrelina aumenten causando así más apetito y descontrolando el consumo de alimento para las personas obesas (31).

- Estrés y sobrepeso

Cuando alguien experimenta problemas relacionados con el estrés, su cuerpo produce naturalmente niveles elevados de cortisol y se activa la estimulación



elevada de insulina con el objetivo de mantener los niveles óptimos de azúcar en la sangre para proveer energía a los músculos si en caso sea necesario luchar o huir para la supervivencia (31).

Por consecuente el tránsito intestinal, metabolismo y la absorción se retardan en su funcionamiento, por lo que reducir la ingesta en respuesta al estrés parece ser una respuesta adaptativa natural. El estrés también activa el componente central que libera corticotropina, que a su vez provoca la liberación de glucocorticosteroides. Cuando ocurre cualquier acontecimiento considerado estresante como consecuencia de la tensión física y psicológica que se experimenta, el cortisol se encarga de utilizar la reserva de glucosa, motivo por el cual la persona puede experimentar hambre (27).

Ciertos alimentos son utilizados con frecuencia por algunas personas como recompensa o como una forma de disminuir los sentimientos negativos producto del estrés. Por ejemplo, el dulzor y la cremosidad de ciertos alimentos suelen disminuir los efectos de dichas emociones al actuar sobre las endorfinas, dopamina, la serotonina y otros neurotransmisores. Así que cuando las personas atraviesan situaciones estresantes buscan el consumir alimentos con alto grado de palatabilidad porque lo encuentran más satisfactorios y puede contrarrestar la situación (30).

El estrés agudo normalmente inhibe el apetito, sin embargo, si esa situación es constante como para volverse crónico entonces las glándulas suprarrenales se encargan de liberar la hormona cortisol por lo que la persona siente más apetito. El principal desencadenante psicológico del comer emocional es el estrés. Hay otros comportamientos asociados con el estrés además de comer en exceso, como perder el sueño, el sedentarismo y consumo de bebidas alcohólicas, etc. Gran parte de estas sustancias en exceso pueden contribuir al aumento de peso (32)(33).



2.2.6. El “circuito de recompensa” cerebral

Llamada también circuito del placer, son aquellas regiones cerebrales que se activan simultáneamente ante un determinado estímulo con el objetivo de llevar a cabo acciones relevantes tanto para la supervivencia de la especie o evitar conductas que causen peligro o dolor, de forma que se repita dicho comportamiento para generar placer. Incluyen el Área Tegmental Ventral (VTA), núcleo accumbens y la corteza prefrontal, hipocampo, y la amígdala, todas relacionadas mediante la liberación de dopamina. Es decir, ante un estímulo relevante (agua, comida, o peligro). Al activarse el VTA se libera dopamina, al llegar al núcleo accumbens aparece el valor placentero del estímulo, posteriormente llega al hipocampo proporciona la memoria contextual de inhibición y espacio, la amígdala otorga el valor emocional e importancia al mismo, finalmente llegando a la corteza prefrontal recolectando información relacionadas con la memoria y se decidirá la conducta para perseguir el objetivo, así se crea la motivación para realizar diversas acciones. Entonces este circuito al activarse cuenta con 3 componentes: Emocional, motivación y razón que puede controlar las reacciones placenteras (lo que las hace agradable) y promueve nuestro deseo de comer más. Como resultado, la persona obesa se involucra en conductas de comer en exceso debido a la recompensa alimentaria endógena mientras se libera dopamina (2).

2.2.7. Ansiedad por la comida:

- Alimentación

Es un requisito fundamental para que el organismo pueda realizar correctamente sus funciones esenciales cuando se ingiere una determinada cantidad



y variedad de nutrientes a través de la dieta. Una de las funciones necesarias para mantener la vida es la nutrición (34).

- **Ansiedad**

Es la consecuencia de una emoción que activa el sistema de alarma (amenaza) característica de eventos estresantes. Provocada por el miedo que detectada la persona como una señal de advertencia ante una amenaza desconocida. Al mantener una cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración hay una meta, es decir, cuando frecuentemente un individuo piensa en alguna situación estresante activa el sistema de alarma progresivamente, entonces la ansiedad se manifiesta como un malestar constante que obliga a la persona tomar una decisión acelerada. Es necesario aclarar que este sistema de la ansiedad no es considerada por si sola como una enfermedad porque se manifiesta en una amplia gama de respuestas emocionales en cada persona (27).

- **Conducta alimentaria**

Está gobernado por una necesidad fisiológica he influenciado por las normas sociales que determinan dichas elecciones. Para decirlo de otra manera, el comportamiento alimentario es una actividad compleja, y la decisión de elegir cualquier alimento para comer está motivada no solamente por el deseo de saciar temporalmente una necesidad física. Tampoco está impulsado por un deseo intencional de maximizar el valor nutricional que brindan los alimentos. Según la investigación de E. Pea y L. Reydi, las sensaciones de placer como una emoción es uno de los principales factores tanto sociales y culturales que determina en el comportamiento alimentario, lo que significa que las emociones que causan diversos



alimentos influye drásticamente en la decisión de comer por lo que experimenta la persona (21).

- **Ansiedad por comer**

Biológicamente existen funciones que regulan los mecanismos de hambre y saciedad y controlan la conducta alimentaria de la persona. Sin embargo, las propiedades estimulantes de algunos alimentos, también crean sensación de apetito. Las emociones alteran este comportamiento humano natural para aumentar la ingesta de ciertos alimentos o en ocasiones para enfrentar las emociones tanto positivas como negativas (30).

Entonces, la vigorosa necesidad de consumir alimentos específicos, la mayoría de los cuales tienen un contenido denso en calorías, sin necesariamente sentir hambre física, podría describirse como ansiedad por la comida o un claro ejemplo de trastorno de conducta alimentaria. Sin embargo, si no se maneja adecuadamente, este comportamiento podría ser algo frecuente o podría resultar en episodios psiquiátricos de atracones. Entonces, perder el control sobre varios alimentos y aumentar la intensidad de comer el alimento deseado son características que hacen que el deseo de comer sea distinto (35).

Debido a que debe haber un déficit de calorías o una necesidad para que el individuo sienta este deseo de comer, al ansiedad por comer se diferencia del hambre, además es un buen predictor del fracaso de las dietas, principalmente a la dificultad para resistir el deseo de comer (22).



2.2.8. Manifestaciones de ansia por la comida

- Alimentación emocional

Se diferencia por ser una conducta que reacciona frente a estados emocionales negativos, como el miedo, ansiedad, depresión, tristeza o el estrés. En esta condición, las personas carecen de la capacidad de controlar sus emociones negativas, y el consumo de un alimento específico puede cambiar su estado de ánimo y reducir la irritabilidad, en contraste a la reacción biológica o conducta "normal" del cuerpo humano ante dichas emociones negativas, que naturalmente el apetito se desvanece. La reacción de ansiedad al consumir diferentes alimentos sería "antinatural" en el comer emocional. Según estudios sobre cómo afectan las emociones a los hábitos alimentarios, las personas que padecen trastornos alimentarios aumentan su consumo de alimentos como consecuencia de las emociones negativas; sin embargo, a diferencia de las personas sin trastornos alimentarios emocionales, que no alteran sus niveles de consumo o incluso lo limitan (30)(8).

Además, los estudios actuales son discutibles porque evidencian que los consumidores emocionales suelen exceder sus comidas ante emociones positivas (21).

- Alimentación hedónica

Esta motivación proviene del placer que produce comer alimentos muy apetecibles. Aun así, hay momentos en que alguien quiere un alimento en particular cuando está en un estado emocional. En otras ocasiones, busca el placer a través del el alimento y su efecto fisiológico el cuerpo, contribuyendo a la ganancia de peso y obesidad (36).



- **Alimentación restringida**

Individuos con una dieta limitante, es decir, que evitan o restringen la comida solo consumiendo cantidades muy pequeñas y eligiendo alimentos específicos, generalmente tienen el firme objetivo de disminuir su peso o es su defecto mantenerlo. Este tipo de alimentación resulta casi imposible puesto que causa que el individuo llegue a comer descontroladamente después. También pueden pesarse a sí mismos una y otra vez (36).

Generalmente las dietas restrictivas son autoimpuestas por la persona que pueden ser causadas por la presencia de una emoción negativa o causar emociones negativas (30).

- **Descontrol**

Considerado un desorden alimenticio, son individuos que presentan unos síntomas similares a los comedores compulsivos o bulímicos. Cuando esta persona ingiere una cantidad importante de alimentos, frecuentemente se produce un atracón en un breve lapso de tiempo (menos de dos horas sin sentirse particularmente satisfecho), y este comportamiento incontrolable puede incluso causar daños psicológicos. El peso de estas personas generalmente es más elevado que el ideal, con el impedimento constante de perder peso que se diferencia de las personas sin este desorden (35).

2.2.9. El hambre fisiológica

Es una necesidad natural del cuerpo humano que incentiva al consumir alimentos para sobrevivir y mantener activos sus funcionamientos internos. A nivel



cerebral, en la corteza prefrontal se decide la conducta de inclinarse hacia el consumo de alimentos que apetecen (30).

2.2.10. Percepción del sabor

Las emociones producidas por las cualidades estimulantes de los alimentos tienen un impacto en las elecciones de estos. Los sabores perceptibles que producen los alimentos provocan instantáneamente interés o repulsión dependiendo de la emoción provocada. Ciertas sustancias que caen dentro de una gran serie de sabores activan los receptores del gusto de la lengua. Los alimentos ricos en energía que son suministrados por grasas o azúcar pueden provocar reacciones positivas, pero los alimentos que incluyen ingredientes amargos pueden provocar emociones negativas y rechazo (30).

2.2.11. Percepción del olor

El sentido del olor mientras más satisfactorias o desagradables sean estimulan la acción del sistema límbico del cual tiene la función de producir ciertas emociones. (1)

2.2.12. Percepción hedónica

Diversos productos que produce la industria alimentaria son creados para ser accesibles, y literalmente seguros, pero la mayoría de estos han sido fabricados con un objetivo específico: Aumentar la percepción sensorial y adicionar una sensación muy placentera. Así que antes de lanzar cualquier producto al mercado, este pasa por diversos filtros y pruebas conducidos por expertos y especialistas y en marketing, sobre todo evaluado por potenciales quienes serán los clientes, aquellos que aprobarán su percepción hedónica final. Estos productos pueden ser peligrosos, pero en esto va trabajando arduamente la industria alimentaria, sin embargo,



evidentemente exigir advertencias y reglamentaciones nutricionales no ha servido de mucho (2).

2.2.13. Ansiedad y depresión

Debido a que la obesidad se ha convertido en un trastorno emocional que hace que sus víctimas sean objeto de burlas y condenas, es frecuente que se manifieste la depresión como otro elemento emocional. La depresión está estrechamente relacionada con personas obesas adultas especialmente del sexo femenino, incluyendo el sedentarismo y la ingesta excesiva de calorías. Esto sería consistente con la hipótesis que relaciona la obesidad y depresión a través de alteraciones metabólicas. La ansiedad producto de la depresión también está relacionada con trastornos de adicción por sustancias o incluso alimentos y de sueño (37).

2.2.14. Estado nutricional

Es el resultado del examen físico y la evaluación de un individuo o sociedad, usando una combinación de indicadores dietéticos, clínicos, de composición corporal, bioquímicos y físicos para determinar si los requerimientos y gastos de energía y nutrición se relacionan con las necesidades del cuerpo y si son suficientes para satisfacer dichas necesidades. Los sistemas celulares de una persona correctamente alimentada funcionan adecuadamente en todas las situaciones físicas y fisiológicas (crecimiento, lactancia, embarazo, ancianidad, entre otras) (25).

2.2.15. Evaluación del estado nutricional

Consiste en analizar el estado de la nutrición de una persona a través de diversos parámetros como el peso, la altura, el índice de masa corporal (IMC, la circunferencia de la cintura, la ingesta de alimentos y la composición corporal. Estos



parámetros son comparados con valores de referencia establecidos para determinar si el estado nutricional de la persona es adecuado, insuficiente o excesiva. (43)

- **Índice de masa corporal (IMC)**

Conocido por la abreviatura IMC fue estudiado y expuesto por el matemático Lambert Adolphe Quetelet en el siglo XIX, fundamentando en una fracción con el peso y la altura de cada persona. Actualmente, se utiliza para diagnosticar pacientes y determinar su peso ideal, ya que se puede determinar con solo pesar al paciente y medir su altura. El IMC es una de los indicadores antropométricas más prácticas que se usan en la medicina diaria. Esta fórmula matemática tiene como objetivo determinar qué elementos de una masa son los más saludables, así como expresar el grado de obesidad o sobrepeso de una persona mediante el resultado de las siguientes ecuaciones (38).

$$IMC = \frac{Peso(Kg)}{Altura(m)^2}$$

- **Parámetros antropométricos**

Es el estudio científico de los fragmentos del esqueleto humano. Una de las cuantificaciones básicas de la ingesta de nutrientes es la antropometría. Su valor radica en el hecho de que las medidas antropométricas proporcionan información sobre el estado de las reservas de proteínas y grasas del cuerpo (39).

a) **Peso:** El peso como único parámetro no es válido; la interpretación debe basarse en la edad y la altura. Para la interpretación de este parámetro se comparan utilizando tablas de referencia dependiendo del grupo poblacional adecuadamente (40).



b) Talla: Normalmente usada en combinación con el peso que resultan un indicador bastante útil llamado. La distancia entre el vértice del individuo y el plano de apoyo se mide en centímetros al expresar altura. En particular, los nutricionistas están interesados en los parámetros de altura y peso (40).

- **Composición corporal (CC)**

Se refiere a cómo se distribuyen los diferentes componentes del cuerpo humano, como la masa muscular, masa grasa, huesos, agua y otros tejidos. Puede medirse a través de diferentes métodos como: Antropometría o bioimpedancia eléctrica (38).

- **El porcentaje de grasa corporal**

Significa el porcentaje de masa grasa que está presente en todo el cuerpo, expresada como porcentaje del peso total. Según cómo se distribuye la grasa por todo el cuerpo, se clasifica como grasa visceral o tejido adiposo; Se cree que los niveles elevados de grasa visceral están estrechamente relacionados con los triglicéridos en sangre lo cual aporta a las afecciones metabólicas tales como diabetes ya que una hipertrigliceridemia interrumpe la función de la insulina para transferir energía por el torrente sanguíneo hacia las células. Por el contrario, la grasa subcutánea, o grasa que se encuentra debajo de la piel, puede variar las proporciones del cuerpo al acumularse no solo alrededor del estómago sino también alrededor de las porciones superiores de los brazos, pantorrillas y musculatura. Para los hombres, la grasa corporal total (grasa esencial más depósitos de grasa) como porcentaje del peso corporal promedio de una persona oscila entre el 18 y el 24 %, y para las mujeres entre el 25 y el 31 % (31).



2.2.16. Impedancia

Actualmente es considerada una de las metodologías más populares y con aplicaciones en muchos campos, es un método no invasivo que no produce dolor ni incomodidad, sirve mayormente para el diagnóstico, prevención e investigación, por lo cual se considera importante su uso para determinar composición corporal y líquidos corporales en diversos pacientes. Los instrumentos utilizados para este método calculan los parámetros de resistencia y reactancia, posteriormente los procesan en una fórmula matemática teniendo en cuenta la edad, el género, el peso y la altura de la persona. Esta técnica ha avanzado significativamente en los últimos años, y hoy hay equipos portátiles y fáciles de usar que, utilizando software, determinan instantáneamente el porcentaje de músculo esquelético y grasa (38).

- Impedancia en obesidad

Evaluar la estructura corporal en pacientes con obesidad, se puede considerar de gran importancia. Por ejemplo, evaluar la masa grasa del cuerpo como principal predictor de enfermedades metabólicas nos puede ayudar a determinar un mejor diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto, este método se complementa con otros indicadores antropométricos que no calculan la masa corporal grasa específicamente por otro lado, nos permite considerar otros datos como la retención de líquidos considerado frecuente en los pacientes obesos (41).

2.2.17. Índice cintura estatura

Es un método que determina el cociente entre la cintura y la altura de la persona. El ICE puede predecir riesgo de obesidad midiendo la distribución de la grasa corporal. Se consideran la existencia de otras medidas antropométricas para ayudar a diagnosticar la adiposidad como el IMC, la relación cintura/cadera y el



Índice Cintura Estatura (ICE). Estos parámetros están conectados a la mortalidad adulta por enfermedad cardiovascular. Es posible observar que existe una tendencia a usar indicadores antropométricos que vinculan la circunferencia a la altura porque permiten una evaluación preliminar al diagnóstico del síndrome metabólico (42).

- **Circunferencia de cintura**

Este método se utiliza para diagnosticar la presencia de grasa intraabdominal en el ser humano con el objetivo de predecir el riesgo de generar enfermedades como el síndrome metabólico o a nivel cardiovascular, se relaciona también con la hiperinsulinemia, diabetes tipo 2, entre otras (25).

Los valores altos que incluya un además valor anormal de IMC indican que existe riesgo de comorbilidad en adultos. Con alta probabilidad de desarrollar enfermedades no transmisibles (40).

2.2.18. Obesidad en adultos

La obesidad y el sobrepeso se definen como "una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud" (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2010). Diversos factores son considerados en la obesidad como: Genéticos, metabólicos y de comportamientos como el sedentarismo y el ansia por comer. Además, son significativos factores de malestar psicológicos como podría ser la depresión y otros problemas que se relaciona estrechamente con los alimentos, particularmente trastornos como los atracones (8).



2.2.19. Aspectos psicológicos de la obesidad y sobrepeso

Es una afirmación psicológica común que comer tiene un "significado simbólico", o que es posible ver la obesidad como un signo neurótico, que experimenta ansiedad, depresión, y culpabilidad (20).

- Etiología

- a) **Aspectos metabólicos:** Los componentes metabólicos de la obesidad aluden a las conexiones entre las neuronas y el sistema endocrino quienes controlan la regulación de la energía corporal. Los estudios revelan que las hormonas juegan un papel importante en la regulación energética, hablamos especialmente de la hormona insulina originada en las células beta del páncreas y muy comúnmente elevada en pacientes con obesidad (hiperinsulinemia) producto de altas cantidades constantes de azúcar en la alimentación. Dicho indicador (hiperinsulinemia) es fundamental para diagnosticar el síndrome metabólico (8)(2).
- b) **Factores biológicos.** Se han observado una disminución de las cantidades compuestos químicos llamados neurotransmisor de serotonina en el líquido cefalorraquídeo en la obesidad, que se relacionan con las inclinaciones de consumo de los carbohidratos. La serotonina y las betaendorfinas se encuentran entre las muchas vías bioquímicas que comparten trastornos como la obesidad (2).
- c) **Factores sociales:** depende de la economía de los individuos y el acceso a los alimentos tanto saludables o no que puedan acceder. El nivel de conocimientos frente a la alimentación, nutrición, y salud hasta el consumo de diversas sustancias como alcohol o tabaco influyen en el desarrollo de la obesidad (7).
- d) **Factores psicológicos:** Dependiendo la cultura en que se desarrolla un individuo será educado según los lineamientos de la misma en cuanto a alimentación y actividad física. La satisfacción laboral es un tema que puede afectar a la mayoría



de adultos en nuestra sociedad actual causando deficiencias en la salud mental del mismo (17).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Inteligencia Emocional: La inteligencia emocional explicada por Bar-On (1997) dice que es una combinación de habilidades y destrezas del ser humano, tanto a nivel emocional y social, que puede influenciar la habilidad para incluirse y adaptarse a la sociedad y/o entorno en el que vive, y además enfrentar la presión y competencias de la vida diaria manteniendo un bienestar emocional. Como resultado, es un tipo de inteligencia no cognitiva capaz de jugar una influencia importante en las decisiones y habilidades de afrontar la vida para tener éxito, que determinara la salud física y emocional de la persona.

Ansiedad por la comida: El ansia por la comida es un factor es un factor fisiológico y conductual que desencadena un deseo intenso por comer alimentos específicos muy difícil de resistir, particularmente alimentos con alto contenido calórico.

Estado Nutricional: Se refiere a la condición física del adulto, determinado según sus hábitos, historia dietética y estilo de vida. Para diagnosticar el nivel de nutrición o el de un individuo, se utilizan determinaciones antropométricas, medición de los requerimientos y el resultado del tratamiento médico o nutricional. Es posible utilizar encuestas nutricionales (40).

Sobrepeso: Es una categoría de valor nutricional en la que el peso corporal está por encima de lo establecido como ideal. En individuos mayores está determinada por un IMC igual o mayor a 25 y menor a 30 (13).



Obesidad. Es una categoría de valor nutricional en la que el peso corporal está por encima de la media. Individuos adultos obesos se consideran aquellos con IMC igual o mayor a 30 y superior a 40 obesidad mórbida. Es causa de un exceso de tejido adiposo en el cuerpo. El punto de referencia puede cambiar según la edad, la sexualidad, los factores genéticos o los antecedentes culturales. Las personas obesas suelen ser señaladas y excluidas de la sociedad deteriorando su autoestima y calidad de vida (13).



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, analítico de corte transversal y correlacional. El diseño de investigación es no experimental.

3.1.1. Lugar de estudio

La investigación se desarrolló en el Centro de Salud I-3 Vallecito, este establecimiento se localiza en el departamento de Puno, provincia de Puno, distrito de Puno, específicamente en el Jr. Cancharani No. 391. Barrio: Vallecito.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población la conformaron todas aquellas personas adultas de 30 hasta los 59 años y 11 meses. Se considero a 50 pacientes que asistieron a los servicios de medicina general y ginecología del Centro de Salud Vallecito de la ciudad de Puno, durante los meses marzo-mayo del 2021. Se estableció la edad según el documento de guía técnica para la valoración nutricional antropométrica en adultos.

3.2.2. Muestra

Se determinó la muestra mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, los pacientes que asisten al Centro de Salud Vallecito de la ciudad de Puno, en el periodo de marzo, abril, mayo del 2021. Se aplicó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$



Donde:

N= tamaño de la población, Z= nivel de confianza al 90%, P= probabilidad de éxito, o proporción esperada Q= probabilidad de fracaso E= error al 5%.

3.2.3. Criterios de inclusión

- Pacientes adultos con edad desde 30 a 59 y 11 meses años.
- Pacientes que decidan participar y acepten el consentimiento informado mediante su firma.

3.2.4. Criterios de exclusión

- Pacientes que estén gestando.
- Pacientes portadores de enfermedades psicológicas.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Nombre	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
INTELIGENCIA EMOCIONAL (VARIABLE INDEPENDIENTE)	I-CE Bar-On	Inteligencia emocional.	110 y más: Alta 90-110: Promedio 80-90: Baja 70-80: Muy baja 69 y menos: Marcadamente baja	1: nunca es mi caso 2: pocas veces es mi caso 3: a veces es mi caso 4: muchas veces es mi caso 5: siempre es mi caso
		Estado de ánimo en general.		
		Manejo del estrés.		
		Adaptabilidad.		
		Interpersonal.		
		Intrapersonal.		
ANSIEDAD POR LA COMIDA (VARIABLE INDEPENDIENTE)	Questionnaire-Triat Food Cravings FCQ-T	Ansia por comer	Alta: ≥ 159 Baja: ≤ 93	Nunca = 1 Raramente = 2 Alguna vez = 3 A menudo = 4 Casi siempre = 5 Siempre = 6
		Alimentación restringida	Alta: ≥ 43 Baja: ≤ 18	
		Descontrol	Alta: ≥ 47 Baja: ≤ 23	
		Alimentación hedónica	Alta: ≥ 45 Baja: ≤ 28	
		Alimentación emocional	Alta: ≥ 31 Baja: ≤ 16	



ESTADO NUTRICIONAL (VARIABLE DEPENDIENTE)	antropométricas.	IMC (peso, talla),	Delgadez < 18.5 Normal 18.5 a < 25 Sobrepeso 25 a < 30 Obesidad GI 30 a < 35 Obesidad GII 35 a < 40 Obesidad GIII >= 40	Cualitativa ordinal.
		ICE	< a 0.5 normal >a 0.5 alto.	
	Impedancia.	Composición corporal.	Mujeres: 26-30 años:%bajo:22 %alto:24 31-35 años:%bajo:24 %alto:26 36-45 años:%bajo:25 %alto:27 46-50 años:%bajo:28 %alto:30 51-60 años: %bajo:29 %alto:31 Hombres: 26-30 años:%bajo:19 %alto:21 31-35 años:%bajo:20 %alto:21 36-45 años:%bajo:21 %alto:23 46-50 años:%bajo:22 %alto:23 años:%bajo:23 %alto:24	

3.4. MÉTODOS, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS.

3.4.1. Coordinaciones previas

Previamente se coordinó con el director del Centro de Salud I-3 Vallecito Puno, se le explicó el motivo de la ejecución de investigación, objetivos y procedimientos que se realizarían. Se entregó una carta de consentimiento a los pacientes que acepten ser parte del estudio la cual se leyó, entendió, posteriormente resueltas las interrogantes se firmó y procedió a la toma de datos. **Anexo 4**

3.4.2. Para evaluar la inteligencia emocional

- **Método:** entrevista
- **Técnica:** encuesta
- **Instrumento:** Inventario de Cociente Emocional (I-CE) de Bar-On, Adaptado por Ugarriza en Perú (2004), dicho cuestionario posee 133 frases, con 5 alternativas del 1 a 5 con afirmaciones desde nunca hasta siempre. Estas 133



frases se clasifican para cada escala compuesta las cuales son 5 (intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo)(6). **Anexo 1**

- **Procedimiento:**

El paciente estuvo en un lugar tranquilo. Se le explicó el motivo y las instrucciones, se le pidió que conteste todas las preguntas con las alternativas (1. 2. 3. 4. 5). No existen respuestas correctas o incorrectas, cada persona es diferente. Se esperó a que la persona adulta termine de llenar el cuestionario para absolver cualquier duda.

3.4.3. Para evaluar ansiedad por la comida

- **Método:** Entrevista
- **Técnica:** Encuesta
- **Instrumento:** El cuestionario Food Cravings Questionnaire-Triat (FCQ-T), contiene 39 preguntas de la encuesta sobre ideas, emociones, miedos e impulsos irracionales relacionados con la conducta alimentaria, adaptación Peruana Cepeda y Benito (2000). (35) **Anexo 2**
- **Procedimiento:** El paciente estuvo en un lugar tranquilo. Se le explicó el motivo y posteriormente las instrucciones, se le solicitó que conteste todas las preguntas con las alternativas. (1. 2. 3. 4. 5. Y 6)

3.4.4. Para determinar el estado nutricional

- **Para determinar el IMC:**

- **Método:** Antropometría
- **Técnica:** Peso, talla.
- **Instrumento:** Registro de evaluación nutricional **Anexo 3**
- **Procedimientos:**



- **Medición del peso:**

Para la medición de peso primeramente se ubicó y revisó las condiciones de la balanza, en una superficie firme plana. Se calibro la balanza a 0 y se le indicó a la persona adulta que se quite los zapatos y la ropa e instrumentos pesados para que medición sea exacta antes de pararse con ambos pies en el medio de la plataforma. Se registró el dato del peso en kilogramos escrito en el registro con letra clara y legible.(43)

- **Equipo:** Se utilizó balanza digital modelo BM92 marca Wiray

- **Medición de la talla:**

1. Para proporcionar lecturas precisas, se buscó una superficie firme perpendicular al piso. Se bajó suavemente la parte superior del móvil para verificar que la cinta esta recta.
2. Se pidió al adulto que se quite el calzado, exceso de ropa, adornos de cabeza o accesorios que estorben la medición de la talla.
3. Se invitó a subir y verificó que el adulto este erguido con los hombros y caderas pegados al tallímetro y con los brazos colgando naturalmente a los costados del cuerpo, se presionó suavemente las rodillas y se verificó que los talones estén juntos con las puntas de los pies separados ligeramente.
4. Se revisó la postura de la cabeza con la mirada al frente, estando de frente al evaluado se colocó las manos en el borde bajo maxilar sin cubrir la boca (plano de Frankfurt) con una ligera presión hacia arriba.
5. Con la mano derecha se desliza el tope móvil hasta toparse con la cabeza del adulto (vértice craneal) comprimiendo suavemente el cabello, luego se deslizo hacia arriba.



6. Se verificó otra vez que la posición sea la correcta y se registró el valor de la medida en centímetros y milímetros. (40)

- **Equipo:** Tallímetro móvil marca (Mico).

3.4.5. Para medir el índice cintura estatura ICE:

El ICE se calculó mediante los siguientes pasos:

- Circunferencia de cintura

1. Se pidió a los adultos que estén de pie y erguidos con los pies juntos los brazos a cada lado, hombros y abdomen relajados paralelos a sus torsos, sin ropa que cubriera su abdomen.
2. En primer lugar, se palpó el borde inferior de la última costilla y el borde superior de la cresta iliaca. A continuación, se midió la distancia entre los bordes superior e inferior para ambos lados.
3. Sin comprimir el abdomen de la persona, la cinta métrica se colocó horizontalmente alrededor del abdomen, usando los marcadores de distancia medial a cada lado como guía.
4. La relectura se realizó en el punto donde la cinta métrica se cruza a sí misma mientras el sujeto exhala lentamente. Este procedimiento se llevó a cabo tres veces consecutivas.
 - **Instrumento:** se utilizó cinta métrica lufkin.
 - Se calculó dividiendo la circunferencia de la cintura en centímetros por la estatura en centímetros.

3.4.6. Para medir la composición corporal

- **Técnica:** bioimpedancia.
- **Procedimientos:**

Se realizó mediante la lectura de bioimpedancia a través de la balanza analítica, para el cual se utilizó un aplicativo conectado a la balanza en el cual se guardaban los datos de porcentaje de grasa. Se tomó en el mismo momento de realizar la toma del peso de la persona adulta.

- **Instrumento:** Balanza digital Smart senssun i F1917A

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

3.5.1. Para la evaluación de la inteligencia emocional

Al término de la ejecución de inventario de cociente de Bar-On se realizó la suma de las respuestas de los ítems correspondientes a cada escala, en un procesador de Excel ,en el que se realizó la suma según ítem de cada componente como son: Inteligencia emocional , intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés, estado de ánimo en general. Los puntajes altos del inventario indican niveles elevados de inteligencia emocional y se clasificaron cómo.

Tabla 1.

Interpretación de los puntajes del I-CE de bar-On.

Rangos	Pautas de interpretación
110 a +	Alta
90– 110	Promedio
80 – 90	Baja
70 – 85	Muy baja
Por debajo de 70	Marcadamente baja

Fuente: Ugarriza N. (6)

3.5.2. Para la evaluación de la ansiedad por la comida

Al término de la ejecución los ítems serán sumados según la clasificación siguiente:(44)

- F1 Alimentación restringida: Suma de ítems (5-8;17,18, 27-32)
- F2 Descontrol: Suma de ítems (1-4, 22, 25, 26, 34-36.)
- F3 Alimentación hedónica: (9-15,23,24)
- F4 Alimentación emocional: (16,19-21,33,37-39)
- Ansiedad por comer: (F1+F4)

Tabla 2.

*Interpretación de las puntuaciones del cuestionario de ansiedad por comer (FCQ-T)
Edad: 18-64 años.*

	Alimentación restringida	Descontrol	Alimentación hedónica	Alimentación emocional	Ansia por comer
Puntuación baja	≤ 18	23	28	16	93
Puntuación media	19 a 42	24 a 46	28 a 44	17 a 30	94 a 158
Puntuación alta	≥ 43	47	45	31	159

Fuente: Validación de instrumentos psicológicos, Rodríguez, B. Molerio, O (44).

3.5.3. Para la evaluación nutricional

Luego de obtener los datos antropométricos se realizaron las siguientes actividades:

3.5.4. Índice de masa corporal IMC

Los resultados se determinaron de acuerdo a la clasificación s establecida del IMC adultos (sobrepeso, y grado de obesidad) contrastando con la tabla de valoración nutricional según IMC Adultas/os.

Tabla 3.*Clasificación de la valoración nutricional según índice de masa corporal del (IMC)*

IMC	Categoría
Delgadez	<18.5
Peso normal	18.50-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad tipo I	30.0-34.9
Obesidad tipo II	35- 39.9
Obesidad tipo III	≥ 40

Fuente: Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta, 2012(40).

3.5.5. Índice cintura/estatura

Para determinar el Índice Cintura/Estatura, se dividió el valor de cintura o perímetro abdominal entre la estatura: La fórmula ICE = Circunferencia de cintura(cm) / Estatura (cm). Valores de 0.5 o menos son catalogados como normales, valores mayores a 0.5 son catalogados como altos y tienen relación con un mayor riesgo cardiovascular (42).

3.5.6. Composición corporal

Para determinar la composición corporal se usó la siguiente clasificación

Tabla 4.*Clasificación del porcentaje de grasa en adultos.*

Edad en años	Mujeres (%)	Varón (%)
15 – 20	18 - 22	15 - 18
21 – 25	21 - 23	16 - 20
26 – 30	22 - 24	19 – 21
31 – 35	24 - 26	20 – 21
36 – 45	25 - 27	21 – 23
46 – 50	28 - 30	22 – 23
51 – 60	29 - 31	23 – 24
<60	29-31	25 -25

Fuente: Valoración de la composición corporal por antropometría y bioimpedancia. Rodríguez J (38).



3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los participantes recibieron un formulario de consentimiento informado el cual detallaba la contribución de su participación en el desarrollo del estudio actual y la importancia de su compromiso con él. Se proporcionó información acerca del compromiso de la confidencialidad de sus datos en la codificación y registro. El autor fue la única persona autorizada para manejar esta información y se hizo únicamente para los fines del presente estudio. Solo aquellos que aceptaron firmar este formulario fueron considerados como participantes del estudio.

3.7. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los datos recopilados y registrados fueron procesados en una base de datos del programa Excel v.16, posteriormente se procesó los datos en el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Los datos se presentan en tablas de doble entrada, la relación entre las variables mediante la prueba estadística de ji-Cuadrada de Pearson de acuerdo a los objetivos planteados.

Hipótesis Estadísticas:

H₀: Los pacientes de 30 a 50 años del Centro de Salud I-3 Vallecito de la ciudad de Puno 2021, no presentan una relación significativa entre la inteligencia emocional y sus componentes con el exceso de peso.

H_a: Los pacientes de 30 a 50 años del Centro de Salud I-3 Vallecito de la ciudad de Puno 2021, presentan una relación significativa entre la inteligencia emocional y sus componentes con el exceso de peso.



Ho: Los pacientes de 30 a 50 años del Centro de Salud I-3 Vallecito de la ciudad de Puno 2021, no presentan una relación significativa entre la ansiedad por comer y sus dimensiones con el exceso de peso.

Ha: Los pacientes de 30 a 50 años del Centro de Salud I-3 Vallecito de la ciudad de Puno 2021, presentan una relación significativa entre la inteligencia emocional y sus dimensiones con el exceso de peso.

Regla de decisión:

Si P (valor probabilístico) $> (0.05)$ No significativo; Se acepta la hipótesis nula.

Si p (valor probabilístico) $< (0.05)$ Significativo; Se acepta la hipótesis alterna.

Nivel de significancia: $0.05 = 5\%$



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 5.

Inteligencia emocional de pacientes ambulatorios de 30 a 50 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.

Dimensiones		N	%
Inteligencia emocional	Alta	0	0
	Promedio	13	26
	Baja	18	36
	Muy baja	9	18
	Marcadamente baja	10	20
	TOTAL	50	100
Estado de ánimo general	Alta	6	12
	Promedio	14	28
	Baja	12	24
	Muy baja	11	28
	Marcadamente baja	7	14
	TOTAL	50	100
Manejo del estrés	Alta	2	4
	Promedio	19	38
	Baja	9	18
	Muy baja	7	14
	Marcadamente baja	13	26
	TOTAL	50	100
Adaptabilidad	Alta	0	0
	Promedio	14	28
	Baja	15	30
	Muy baja	13	26
	Marcadamente baja	8	16
	TOTAL	50	100
Interpersonal	Alta	1	2
	Promedio	15	30
	Baja	15	30
	Muy baja	13	26
	Marcadamente baja	6	12
	TOTAL	50	100
Intrapersonal	Alta	2	4
	Promedio	19	38
	Baja	16	32
	Muy baja	7	14
	Marcadamente baja	6	12
	TOTAL	50	100



En la tabla 5, se muestra la inteligencia emocional IE de los pacientes ambulatorios de 30 a 59 años del Centro de Salud I-3 Vallecito de Puno 2021, se observa que los pacientes presentan baja inteligencia emocional (36%), el 26 % promedio, el 20% marcadamente baja y el 18 % muy baja IE, significa que dichos pacientes presentan una facilidad promedio o baja para afrontar las dificultades de su entorno y con los demás.

En cuanto al componente estado de ánimo en general, el 28% puntuó promedio, 28% muy baja, el 24% baja, el 14% marcadamente bajo, es decir, que su ánimo y optimismo se encuentran en una categoría promedio y solo un 12% obtuvo alta, siendo este el porcentaje más desarrollado como alta capacidad de los pacientes evaluados.

Según la investigación de Salafia M.et al (2015), los sujetos con obesidad poseen habilidades sociales adecuadas para relacionarse e interactuar con los demás. También se destacan por tener un fuerte sentido de felicidad general y mostrar un nivel moral adecuado y alto, lo que indica que son personas optimistas llenas de animo(18).

En el componente manejo del estrés, el 38% de los pacientes tienen promedio, el 26% marcadamente bajo y el 18% bajo, es decir los pacientes tienen capacidad poco desarrollada a la tolerancia al estrés y control de impulsos.

En el componente de Adaptabilidad, que se refiere a consciencia de la realidad y resolución de problemas el 30% es baja, el 28% promedio, el 26% muy baja y (16%) marcadamente baja.

La dimensión interpersonal, quienes obtuvieron igual porcentaje (30%) promedio y bajo, el 26% muy bajo y el 12% marcadamente bajo. Es decir, el área de responsabilidad social y relaciones interpersonales mayormente se encuentra en una categoría promedio o muy bajo.

En cuanto al componente intrapersonal, área que reúne la comprensión emocional de uno mismo y su autoconcepto; el 38 % tiene promedio 38%, el 32% bajo y el 14% muy bajo.

Tabla 6.

Nivel de ansiedad por la comida de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.

Dimensiones		N	%
Ansia por comer	Bajo	4	8
	Medio	46	92
	Alto	0	0
	TOTAL	50	100
Alimentación restringida	Bajo	17	34
	Medio	19	38
	Alto	14	28
	TOTAL	50	100
Descontrol	Bajo	16	32
	Medio	19	38
	Alto	15	30
	TOTAL	50	100
Alimentación hedónica	Bajo	15	30
	Medio	23	46
	Alto	12	24
	TOTAL	50	100
Alimentación emocional	Bajo	16	32
	Medio	19	38
	Alto	15	30
	TOTAL	50	100

En la tabla 6 observamos el nivel de ansiedad por la comida de los pacientes ambulatorios de 30 a 59 años del Centro de Salud I-3 Vallecito Puno-2021. Los resultados nos muestran la mayoría de pacientes presenta alta ansia por comer (92%), es decir, que la mayoría de pacientes presenta rasgos de restringir comida o no poder resistir los deseos de comer. El 8% de ellos presenta un nivel medio de ansia por comer.

El 46% de evaluados tiene nivel medio de ansiedad por comer en la dimensión de alimentación hedónica, el cual describe a las personas que eligen comer ciertos alimentos

para aumentar la experiencia satisfactoria que estos proporcionan. Así mismo se observa que los pacientes obtuvieron un nivel medio de ansiedad por comer en la dimensión de alimentación restringida (38%) es decir, personas que con frecuencia se preocupan por su comida, ya sea antes o después de comer, el 34% obtuvo nivel bajo y el 28% nivel alto de ansiedad por comer.

En la dimensión descontrol, presentan un nivel medio de ansiedad por comer (38%), el 32% nivel bajo y el 30% presentó un nivel alto. Quiere decir descontrol de los individuos para regular cuánto y cuando comer.

Por último, en la alimentación emocional, que representa a individuos que comen como reacción a emociones negativas, presenta nivel medio el 38% y el 32% nivel bajo, sin embargo, el 30% obtuvo nivel alto de ansiedad por comer en momentos emocionales.

Tabla 7.

Estado nutricional de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.

Estado nutricional		N	%
Índice de masa corporal (IMC)	Delgadez	0	0
	Normal	10	20
	Sobrepeso	21	42
	Obesidad	19	38
	TOTAL	50	100
Índice cintura estatura (ICE)	Alto	41	82
	Normal	9	18
	TOTAL	50	100
% De grasa corporal	Alto	47	94
	Normal	2	4
	Bajo	1	2
	TOTAL	50	100



En la tabla 7, observamos el estado nutricional de los pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud I-3 Vallecito Puno-2021. Según la clasificación del IMC, tienen sobrepeso 42% y obesidad 38% de los pacientes evaluados, es decir se identifican como individuos vulnerables para problemas de salud, el 20% se encuentra normal y ningún paciente evaluado se clasificó con delgadez. Dichos resultados se asemejan a el estudio realizado por Ccari M (2021), en el que encontró que los pacientes evaluados sufrían de sobrepeso (55.5%) y obesidad (22.2%) según IMC, en una población adulta puneña. Resalta que los pacientes en Puno presentan en su mayoría sobrepeso seguido de obesidad (45).

Así mismo se observa que según los parámetros del índice cintura estatura ICE la mayoría de pacientes tienen alto riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (82%), el 18% tiene riesgo cardiovascular normal, es decir tienen mayor predisposición de riesgos cardiovascular y metabólico, además se asocia a elevadas concentraciones de triglicéridos, colesterol y glucosa en sangre (46).

Por otro lado, se observa una cifra alarmante de pacientes evaluados que presentan alto porcentaje de grasa corporal (94%), mientras que los que tienen normal porcentaje de grasa corporal solo fueron (4%) y el (2%) bajo.

Tabla 8.

Relación entre el IMC y la inteligencia emocional en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.

IMC	Baja	Marcada mente baja	Muy baja	Promedi o	Alta	Chi. cuadrada	Sig.(p)
Inteligencia emocional							
Bajo	0	0	0	0	0	3.708	7.16
Normal	4	6	6	4	0		
Obesidad	18	6	4	10	0		
Sobrepeso	14	8	8	12	0		
Total %	36	20	18	26	0		
Manejo del estrés							
Bajo	0	0	0	0	0	5.342	0.72
Normal	2	10	2	6	0		
Obesidad	8	10	6	12	2		
Sobrepeso	8	6	6	20	2		
Total %	18	26	14	38	4		
Adaptabilidad							
Bajo	0	0	0	0	0	2.784	0.835
Normal	8	4	4	4	0		
Obesidad	12	8	8	10	0		
Sobrepeso	10	4	14	14	0		
Total %	30	16	26	28	0		
Interpersonal							
Bajo	0	0	0	0	0	6.634	0.639
Normal	10	2	4	4	0		
Obesidad	14	4	8	12	0		
Sobrepeso	6	6	14	14	2		
Total %	30	12	26	30	2		
Intrapersonal							
Bajo	0	0	0	0	0	6.608	0.58
Normal	6	2	6	6	0		
Obesidad	14	4	6	14	0		
Sobrepeso	12	6	2	18	4		
Total %	32	12	14	38	4		
Estado de ánimo en general							
Bajo	0	0	0	0	0	7.478	0.486
Normal	4	2	4	8	2		
Obesidad	6	4	12	14	2		
Sobrepeso	14	8	6	6	8		
Total %	24	14	22	28	12		



En la tabla 8 apreciamos la relación entre el IMC y la inteligencia emocional de los pacientes ambulatorios del Centro de Salud I-3 Vallecito Puno-2021. Observamos que, tienen baja inteligencia emocional y son obesos el 18%, el 14% tiene baja IE y sobrepeso, el 12% con sobrepeso y 10% de pacientes obesos tienen promedio inteligencia emocional.

En el componente manejo del estrés, se aprecia que obtuvieron promedio manejo del estrés y sobrepeso (20%), tienen obesidad y promedio manejo del estrés el 12% y solo el 6% de pacientes presentan IMC normal y promedio manejo del estrés.

En el componente de adaptabilidad, tienen nivel promedio de adaptabilidad y sobrepeso (14%), con obesidad (10%); muy baja adaptabilidad y sobrepeso (14%), tienen baja adaptabilidad y obesidad (12%), baja adaptabilidad y sobrepeso (10%).

Dentro del componente interpersonal, tienen nivel bajo y son obesos (14%), muy bajo con sobrepeso (14%), promedio y sobrepeso (14%), promedio componente interpersonal y son obesos (12%) y el 10% tienen IMC normal y bajo componente interpersonal.

En el componente intrapersonal, tienen nivel promedio y sobrepeso el 18%, promedio y son obesos (14%), nivel bajo del componente intrapersonal y son obesos (14%), nivel bajo y sobrepeso (14%).

Finalmente, en el componente estado de ánimo en general, tienen nivel muy bajo y sobrepeso (14%), tienen nivel promedio y son obesos (14%), muy bajo estado de ánimo y son obesos (12%), alto estado de ánimo e IMC normal (8%) y marcadamente bajo estado de ánimo y sobrepeso (8%).



Según los resultados no existe relación estadística entre el IMC y los componentes de la inteligencia emocional ($p > 0.05$). Se acepta la hipótesis nula y rechaza hipótesis alterna.

Algunas investigaciones donde evaluaron la obesidad y se consideraron la presencia de síntomas de malestar psicológico de depresión, no hallaron relación significativa. (1)

Los resultados coinciden con la investigación de Ramos J. (2018). No fue significativa la relación entre las categorías de estrés académico e IMC para situaciones estresantes, consideran que las personas con obesidad pueden aparentar ser felices y sin problemas en las interacciones sociales (18).

Así mismo coincide con la investigación de Barroso donde demostró que personas con peso normal y obesas no tienen diferencias en niveles de depresión con personas de peso normal; y aquellas que están disconformes con su cuerpo se consideraron con mal ánimo (14).

Canaza (2021), no encontró relación estadística al evaluar el estado nutricional y otras variables de malestar psicológico como: ansiedad, depresión y estrés (27).

Sin embargo, Salafia (2015). En su investigación mostró que las personas con sobrepeso y obesidad manifestaron baja capacidad intrapersonal, el que evalúa el sí mismo, además manifestaron baja capacidad en la dimensión de manejo del estrés, es decir, para enfrentar las situaciones estresantes o presiones externas, así mismo, mostraron baja capacidad de adaptabilidad, el componente de manejo y resolución de los problemas, dificultad de encontrar soluciones válidas y adecuadas (18).

Tabla 9.

Relación entre la índice cintura estatura y la inteligencia emocional en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.

	Baja	Marcada mente baja	Muy baja	Promedio	Alta	Chi. Cuadrada	Sig.(p)
ICE							
Inteligencia emocional							
Alto	30	18	16	18	0	2.181	0.536
Normal	6	2	2	8	0		
Total %	36	20	18	26	0		
Manejo del estrés							
Alto	16	24	12	28	2	3.568	0.468
Normal	2	2	2	10	2		
Total %	18	26	14	38	4		
Adaptabilidad							
Alto	26	14	22	20	0	1.506	0.681
Normal	4	2	4	8	0		
Total %	30	16	26	28	0		
Interpersonal							
Alto	28	12	20	20	2	5.458	0.243
Normal	2	0	6	10	0		
Total %	30	12	26	30	2		
Intrapersonal							
Alto	30	10	6	28	2	3.847	0.427
Normal	2	2	1	10	2		
Total %	32	12		38	4		
Estado de ánimo en general							
Alto	18	12	22	22	8	3.946	0.413
Normal	6	2	0	6	4		
Total %	24	14	22	28	12		

En la tabla 9, observamos la relación entre la índice cintura estatura ICE y la inteligencia emocional de los pacientes ambulatorios del Centro de Salud I-3 Vallecito Puno-2021, tienen baja inteligencia emocional y un ICE alto (30%).

En el componente manejo del estrés, tienen nivel promedio y un ICE alto (28%), marcadamente bajo y un ICE alto (24%) y nivel bajo de manejo del estrés con ICE alto el 16%.

En el componente adaptabilidad, tienen nivel bajo e ICE alto (26%), muy baja e ICE alto el 22%, y marcadamente baja e ICE alto (14%).



En cuanto al componente interpersonal, apreciamos que tienen nivel bajo e ICE alto (28%), muy bajo componente interpersonal e ICE alto el 20%, y muy baja y promedio componente interpersonal con ICE alto (20%).

En el componente intrapersonal, puntuaron nivel bajo e ICE alto (30%), promedio e ICE alto (28%), y marcadamente bajo componente interpersonal e ICE alto (10%).

Finalmente, en la dimensión estado de ánimo en general, observamos que tienen nivel promedio e ICE alto el 22%, muy bajo estado de ánimo e ICE alto (22%), y bajo estado de ánimo con ICE alto (18%).

Según los resultados no existe relación estadística entre el ICE y los componentes de la inteligencia emocional ($p > 0.05$). Se acepta la hipótesis nula y rechaza hipótesis alterna.

Tabla 10.

Relación entre el porcentaje de grasa corporal y la inteligencia emocional en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021

	Marcada mente baja	Muy baja	Baja	Promedio	Alta	Chi-cuadrado	Sig. (p)
% GRASA							
	INTELIGENCIA EMOCIONAL						
Alto	20	16	36	22	0	10.502	0.15
Bajo	0	2	0	0	0		
Normal	0	0	0	4	0		
Total%	20	18	36	26	0	100	
	Estado de ánimo en general						
Alto	14	22	22	26	10	7.27	0.508
Bajo	0	0	2	0	0		
Normal	0	0	0	2	2		
Total%	14	22	24	28	12	100	
	Manejo del estrés						
Alto	24	14	18	34	4	6.224	0.622
Bajo	2	0	0	0	0		
Normal	0	0	0	4	0		
Total%	26	14	18	38	4	100	
	Adaptabilidad						
Alto	16	26	28	24	0	7.66	0.264
Bajo	0	0	2	0	0		
Normal	0	0	0	4	0		
Total%	16	26	30	28	0	100	
	Interpersonal						
Alto	12	24	30	26	2	7.687	0.465
Bajo	0	2	0	0	0		
Normal	0	0	0	4	0		
Total%	12	26	30	30	2	100	
	Intrapersonal						
Alto	12	12	32	36	2	18.507	0.018
Bajo	0	2	0	0	0		
Normal	0	0	0	2	2		
Total%	12	14	32	38	4	100	

En la tabla 10, observamos la relación entre el porcentaje de grasa y la inteligencia emocional en pacientes ambulatorios Centro de Salud I-3 Vallecito Puno-



2021. Apreciamos que el 36% de los pacientes tienen porcentaje de grasa corporal alto y baja inteligencia emocional.

En el componente de estado de ánimo en general, tienen nivel promedio y alto porcentaje de grasa corporal (26%), muy bajo estado de ánimo y alto porcentaje de grasa 22%, muy bajo estado de ánimo y alto porcentaje de grasa (22%) y el 14% tiene marcadamente bajo estado de ánimo y alto porcentaje de grasa.

En el componente manejo del estrés, el 34% tiene alto porcentaje de grasa y promedio manejo del estrés, marcadamente bajo manejo del estrés y alto porcentaje de grasa (24%), nivel bajo de manejo del estrés y alto porcentaje de grasa (18%).

En cuanto al componente adaptabilidad, tienen nivel bajo y alto porcentaje de grasa el 28%, el 26% muy baja adaptabilidad y alto porcentaje de grasa y tienen alto porcentaje de grasa y nivel promedio de adaptabilidad (24%).

En el componente interpersonal, se observa que tiene nivel bajo alto porcentaje de grasa (30%), el 26% promedio y alto porcentaje de grasa, y el 24% muy bajo componente interpersonal y alto porcentaje de grasa.

Finalmente, en el componente intrapersonal, tienen nivel promedio y alto porcentaje de grasa (36%), nivel bajo y alto porcentaje de grasa (32%).

Los resultados estadísticos indican que no existe relación estadística entre los componentes: Estado de ánimo en general, manejo del estrés, adaptabilidad e interpersonal con el porcentaje de grasa ($p > 0.05$). Se acepta la hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna.

Sin embargo, apreciamos que si existe relación estadística entre la dimensión intrapersonal y el porcentaje de grasa ($p < 0.05$).



Coincide con el estudio de Bersh, el cual concluye que los pacientes obesos tienen dificultades para poder entender sentir sus propias emociones, optando por no expresarlas y guardárselas; por tal motivo buscan distraerse de esos sentimientos comiendo excesivamente, provocando un acumulo de grasa progresivo. (47)

Salafia M (2015). Investigó como era la inteligencia emocional de pacientes obesos y mostró que dichos pacientes muestran algún grado psicológico en la dimensión intrapersonal, es decir tienen dificultades para entrar en contacto con sus sentimientos. (18)

Tabla 11.

Relación entre el IMC y el ansia por la comida en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	Chi-cuadrado	Sig. (p)
IMC	Ansia por comer				
	Ansia por comer como Rasgo				
Normal	14	6	0	0.037	0.982
Obesidad	16	12	0		
Sobrepeso	28	14	0		
Total%	68	32	0	100	
	Alimentación restringida				
Normal	10	8	2	6.444	0.168
Obesidad	8	12	18		
Sobrepeso	16	18	8		
Total%	34	38	28	100	
	Descontrol				
Normal	10	6	4	5.705	0.222
Obesidad	8	12	18		
Sobrepeso	14	20	8		
Total%	32	38	30	100	
	Alimentación hedónica				
Normal	8	8	4	1.054	0.902
Obesidad	12	16	10		
Sobrepeso	10	22	10		
Total%	30	46	24	100	
	Alimentación emocional				
Normal	6	12	2	5.545	0.236
Obesidad	8	14	16		
Sobrepeso	18	12	12		
Total%	32	38	30	100	

En la tabla 11, Observamos la relación entre el IMC y el ansia por la comida de los pacientes ambulatorios del Centro de Salud I-3 Vallecito Puno-2021. Los resultados indican que el 28% de pacientes con sobrepeso tienen un nivel bajo de ansia por comer, el 16% tienen obesidad y nivel bajo de ansia por comer y solo el 14% de pacientes con IMC normal tienen nivel bajo de ansia por comer, el 14% de pacientes con sobrepeso presentan nivel medio de ansia por comer y el 12% de pacientes obesos presentan nivel medio de ansia por comer.



En el componente alimentación restringida, el 16% tiene sobrepeso y nivel bajo, el 18% con sobrepeso tienen nivel medio, el 12% de pacientes obesos presentaron nivel medio, el 18% de pacientes obesos tienen nivel alto de alimentación restringida y solo el 10% con IMC normal tienen nivel bajo de alimentación restringida.

En el componente de descontrol se observa que el 14% de pacientes con sobrepeso tienen nivel bajo, el 20% con obesidad tienen nivel medio, el 12% de pacientes con obesidad presentaron nivel medio y un 18% de pacientes obesos presentaron nivel alto de descontrol.

En el componente de alimentación hedónica, el 12% de pacientes con obesidad tiene nivel bajo, el 22% con sobrepeso tienen nivel medio, el 16% de obesos presentaron nivel medio, el 10% con sobrepeso obtuvieron niveles altos de alimentación hedónica y 10% de pacientes con obesidad presentaron nivel alto de alimentación hedónica.

Finalmente, en el componente alimentación emocional, el 18% con sobrepeso tiene nivel bajo, el 14% de pacientes obesos tienen nivel medio, el 12% con sobrepeso presento nivel medio de alimentación emocional, solo un 12% con IMC normal presentó nivel medio de alimentación emocional, mientras que el 16% de pacientes obesos presento nivel alto, y el 12% con sobrepeso tienen nivel alto de alimentación emocional.

Dichos resultados indican que no existe relación estadística entre las dimensiones del estado nutricional y el ansia por la comida ($p>0.05$). Se acepta la hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna.

Coincide con Canaza (2021), en su investigación relación de los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional en adultos, en el cual no encontró relación entre la ansiedad y el estado nutricional (27).

Sin embargo, en el estudio de Anger M. et al (2015). Donde evaluó las inclinaciones de sabores por las personas con hábitos no saludables y demostró que la inclinación por el sabor salado, y además con emociones percibidas de algunas personas se relaciona con un IMC alto (20).

Tabla 12.

Relación entre el índice cintura estatura y el ansia por la comida en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021.

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	Chi-cuadrado	Sig. (p)	
ICE		Ansiedad por comer				
Alto	60	22		2.799		
Normal	8	10			0.094	
Total%	68	32		100		
		Alimentación restringida				
Alto	20	34	28	9.979		
Normal	14	4	0		0.007	
Total%	34	38	28	100		
		Descontrol				
Alto	20	32	30	7.478	0.024	
Normal	12	6	0			
Total%	32	38	30	100		
		Alimentación hedónica				
Alto	20	38	24	5.029	0.081	
Normal	10	8	0			
Total%	30	46	24	100		
		Alimentación emocional				
Alto	20	34	28	6.146	0.046	
Normal	12	4	2			
Total%	32	38	30	100		

En la tabla 12, observamos la relación que existe entre el ICE y el ansia por la comida y sus dimensiones de los pacientes ambulatorios del Centro de Salud I-3 Vallecito de Puno 2021. Los resultados muestran que, la mayoría de pacientes tiene nivel bajo de ansia por comer e ICE alto (60%), y el 22% nivel medio de ansia por comer e ICE alto.



En el componente alimentación restringida, el 34% de pacientes tiene nivel medio e ICE alto, el 28% nivel alto e ICE alto y el 20% nivel bajo de alimentación restringida e ICE alto.

En el componente descontrol, el 32% de pacientes tienen nivel medio e ICE alto, el 30% tiene nivel alto de descontrol e ICE alto y el 20% nivel bajo de descontrol e ICE alto.

En el componente alimentación hedónica, observamos que el 38% de pacientes con ICE alto tienen nivel medio, el 24% tienen nivel alto e ICE alto y el 20% con ICE alto tienen nivel bajo de alimentación hedónica.

Finalmente, en el componente alimentación emocional el 34% de pacientes tienen nivel medio e ICE alto, el 28% nivel alto e ICE alto, y el 20% nivel bajo de alimentación emocional e ICE alto.

Dichos resultados indican que no existe relación estadística entre las dimensiones ansia por comer en general y alimentación hedónica con el ICE ($p > 0.05$). Se acepta la hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna.

Observamos además que, si existe relación estadística entre las dimensiones alimentación restringida, descontrol y alimentación emocional con el ICE ($p < 0.05$).

Esto se explicaría según Rodríguez D. et al. (2016). Quienes afirman que cuando el apetito es saciado da placer, por lo tanto, cuando un individuo siente algún malestar emocional se refugia en la comida como manera de manejar la situación, sin necesidad de sentir hambre. Una señal característica del comedor emocional es que se ignora asimismo cuando se encuentra en una situación de lucha o huida causada por emociones estresantes de su vida cotidiana usando la comida que puede encontrar fácilmente para enfrentar dichos problemas escapando de su propia conciencia (30)(34).



Según el estudio de Anger M.et al. (2015). Es su investigación señala que las mujeres se inclinan a comer por emociones (miedo, tristeza, cansancio e ira) a diferencia de los hombres, el 31% refiere atracones, que es más común en las mujeres que en los hombres (20).

Así mismo en el estudio de Paye concluye que aquellas personas con algún rasgo de ansiedad por comer , es decir, quienes restringen, buscan aumentar el placer de los alimentos, comen al percibir emociones y quienes pierden el control de su alimentación, son aquellos que se relacionan significativamente con sobrepeso y obesidad (22).

Barcia M.et al. (2019). En su investigación, nos dice que en el caso que el individuo este bajo estado de estrés causado por la preocupación, de 50 personas evaluadas, el 26% de hombres se alimenta emocionalmente cuando están preocupados, y el 28% prefieren comer compulsivamente cuando están preocupadas o temerosas, es decir que dichas emociones influyen en la manera de elegir alimentos y generan un impacto en la los hábitos alimentarios. Estas personas pueden seguir comiendo descontroladamente aun cuando estas saciados desconociendo la razón por la que toman esa decisión (1).

Además, Peña E. et al. (2015). En su investigación concluye respecto a la dimensión hedónica que: el acto de comer está impulsada principalmente por la percepción de emociones positivas que motivan a la socialización (21).

Tabla 13.*Relación entre el porcentaje grasa corporal y el ansia por la comida en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno-2021*

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	Chi-cuadrado	Sig. (p)
% Grasa corporal					
Ansia por comer					
Alto	66	28	0		
Bajo	2	0	0	4.826	0.09
Normal	0	4	0		
Total	68	32	0	100	
Alimentación restringida					
Alto	30	36	28		
Bajo	2	0	0	2.842	0.585
Normal	2	2	0		
Total	34	38	28	100	
Descontrol					
Alto	30	34	30		
Bajo	2	0	0	5.487	0.241
Normal	0	4	0		
Total	32	38	30	100	
Alimentación hedónica					
Alto	26	44	24		
Bajo	2	0	0	3.225	0.521
Normal	2	2	0		
Total	30	46	24	100	
Alimentación emocional					
Alto	28	36	30		
Bajo	2	0	0	3.134	0.536
Normal	2	2	0		
Total	32	38	30	100	

En el cuadro 13, observamos la relación entre el porcentaje de grasa corporal y el ansia por la comida de los pacientes ambulatorios del Centro de Salud I-3 Vallecito de Puno 2021. El 66% de los pacientes presenta alto porcentaje de grasa corporal y nivel bajo de ansia por comer, y el 28% con alto porcentaje de grasa presenta nivel medio de ansia por comer.



En la dimensión alimentación restringida, el 36% presenta alto porcentaje de grasa y nivel medio, el 15% con alto porcentaje de grasa nivel bajo y el 14% con alto porcentaje de grasa y nivel alto de alimentación restringida.

En la dimensión descontrol, el 34% presenta alto porcentaje de grasa y nivel medio, el 15 % con alto porcentaje de grasa obtuvo nivel bajo y el 15% con alto porcentaje de grasa obtuvo nivel alto de descontrol.

En la dimensión alimentación hedónica, el 44% presenta alto porcentaje de grasa y nivel medio, el 26% con alto porcentaje de grasa tiene nivel bajo y el 24% con alto porcentaje de grasa obtuvo nivel alto de alimentación hedónica. No existe relación significativa; Se acepta la hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna.

Finalmente, en el componente alimentación emocional, el 36% de pacientes con alto porcentaje de grasa tiene nivel medio, el 30% con alto porcentaje de grasa obtuvo nivel alto, y el 28% con alto porcentaje de grasa tienen nivel bajo de alimentación emocional. No existe relación significativa.

Los resultados indican que no existe relación estadística entre el indicador del % grasa corporal y las dimensiones de la ansiedad por la comida ($p>0.05$). Se acepta la hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna.

Peña E. et al. (2015). En su investigación de la conducta alimentaria muestra que las emociones agradables representan uno de los factores socioculturales que motivan la conducta alimentaria (21).

Sin embargo, Rodríguez D (2016), dice que: Ante la sensación de hambre, la simple ingesta de una comida puede alterar el humor y las emociones reduciendo el nivel de activación y la irritabilidad, al tiempo que incrementa la calma y el afecto positivo. se



resumen en la siguiente afirmación: La alimentación puede regular las emociones y las emociones pueden regular la alimentación (30).

Sin embargo, Paye K (2017). En su investigación realizada en adolescentes concluye que niveles bajos en las dimensiones de la inteligencia emocional se asocian a mayores niveles en las dimensiones del ansia por comer y al sobrepeso u obesidad (22).



V. CONCLUSIONES

- 1) Se determinó la inteligencia emocional de los pacientes ambulatorios del Centro de Salud Vallecito Puno, 2021. Encontramos que el 36% de pacientes evaluados tiene baja inteligencia emocional, mientras que el 26% tiene promedio inteligencia emocional. En cuanto a los componentes de la IE, en el manejo del estrés, el 38% tienen promedio y 26% marcadamente baja. Así mismo en el componente intrapersonal el 38% tiene promedio y 32% baja. En el componente interpersonal 30% tienen promedio y el 30% baja, finalmente el componente de adaptabilidad el 30% tienen baja.
- 2) El grado de ansiedad por comer la mayoría los pacientes evaluados (92%) presentan nivel medio de ansiedad por comer. En cuanto a las dimensiones se obtuvo mayor porcentaje en la dimensión alimentación hedónica en el cual el 46% tiene nivel medio. El 38% presentó nivel medio de alimentación restringida, el 38% tiene nivel medio de alimentación emocional, y el 38% tienen nivel medio de descontrol.
- 3) Se evaluó el estado nutricional de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del centro de salud I - 3 Vallecito de la ciudad de Puno, según clasificación del IMC el 42% tiene sobrepeso, el 38% obesidad y el 20% está normal. El 82% tiene alto riesgo cardiovascular de acuerdo al ICE, y el 18% ICE normal, y en cuanto al porcentaje de grasa corporal el 94% tienen alto porcentaje de grasa, el 4% normal y solo el 2% bajo.
- 4) Se determinó la relación entre la inteligencia emocional y sus dimensiones con el exceso de peso de pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del centro de salud I – 3 Vallecito de la ciudad de Puno, respecto al IMC e IE, no se encontró relación significativa; por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y rechaza hipótesis



alterna. Sin embargo, el porcentaje de grasa tuvo relación significativa con la dimensión intrapersonal de la IE; Se acepta hipótesis alterna y rechaza hipótesis nula.

- 5) Se determino la relación entre ansia por comer y sus dimensiones con el exceso de peso de los pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del centro de salud I – 3 Vallecito de Puno, no se encontró relación significativa de ansia por comer con el IMC; Se acepta hipótesis nula y rechaza hipótesis alterna. Encontramos relación significativa entre el ICE y el ansia por comer en las dimensiones: ansia por comer, alimentación restringida, descontrol, y alimentación emocional; Se acepta hipótesis nula y rechaza hipótesis alterna, no existe relación significativa con la dimensión alimentación hedónica. Finalmente, no se encontró relación significativa con el porcentaje de grasa y el ansia por comer, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.



VI. RECOMENDACIONES

- 1) Con los resultados obtenidos en la investigación se sugiere investigaciones futuras en personas adultas con sobrepeso y obesidad y considerar evaluar más a fondo el riesgo cardiovascular ICE y la variable de ansiedad por comer.
- 2) Existe la necesidad de seguir investigando el impacto del ansia por comer en el estado nutricional especificando composición corporal e ICE.
- 3) Considerando los resultados para futuras investigaciones, podríamos decir que, al adoptar un enfoque integral al tratar a una persona, considerando tanto su salud física y mental, podemos mejorar la precisión de los diagnósticos y asegurar que los tratamientos o derivaciones a especialistas se realicen de manera oportuna. (3).



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barcia M, Pico L, Murillo J, vélez D. Las emociones y su impacto en la alimentación. *Caribeña ciencias Soc* [Internet]. 2019;(2254–7630):1–18. Available from: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/emociones-alimentacion.html>
2. Jimenes L. El Cerebro Obeso. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2013. 1689–1699 p.
3. Tapia S. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de paciente con sobrepeso y obesidad. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2006 Nov [cited 2020 Sep 24];33:352–7. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Organización Mundial de la Salud. Obesity and overweight [Internet]. 2021 [cited 2020 Aug 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. Sánchez JL, Pontes Y. Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutr Hosp*. 2012;27(6):2148–50.
6. Ugarriza. La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Red Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port*. 2004;0(008):11.
7. Bersh S. Obesity: psychological and behavioral aspects. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2006;35(4):537–46. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n4/v35n4a07.pdf>
8. Tamayo D, Restrepo M. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2014;85(1):2071–9.
9. Malo M, Castillo M. N, Pajita D. Obesity in the world. *An la Fac Med* [Internet]. 2017;78(2):67. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200011
10. MINSA. Sobrepeso y obesidad en las y los adultos de 30 a 59 años de edad. *Inst Nac Salud*. 2014;17(3):2012–3.



11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2018. Inst Nac Estadística e Informática [Internet]. 2018;192. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/index.html
12. MINSA. Documento Técnico: Plan Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso y Obesidad en el Contexto de la COVID-19,2022. Ministerio de Salud del Perú. 2022. p. 45.
13. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición MINSA. Sobrepeso y obesidad en la población peruana. Cenana [Internet]. 2019;1:1–476. Available from: https://observateperu.ins.gob.pe/images/archivos/sala_nutricional/2018/situacion_sobrepeso_obesidad_peru/a_sobrepeso_obesidad_poblacion_peruana/sobrepeso_y_obesidad_en_la_poblacion_peruana.pdf
14. Barroso KR. Estado de ánimo e inteligencia emocional en pacientes con obesidad. Universidad de Salamanca USAL; 2018.
15. Quintero J, Félix MP, Banzo C, de Velasco RM, Barbudo E, Silveria B, et al. Psicopatología en el paciente con obesidad. Salud Ment. 2016;39(3):123–30.
16. Sánchez D, Robles MA. Instrumentos de evaluación en inteligencia emocional: una revisión sistemática cuantitativa. Perspect Educ. 2018;57(2):27–50.
17. Seijas D, Feuchtmann C. Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas. 2018;26(1).
18. Salafia M, Casari L, Vera M. “La Inteligencia Emocional En Personas Con Sobrepeso Y Obesidad” “Emotional Intelligence in People With Overweight and Obesity.” Asunción (Paraguay). 2015;12(2):193–204.
19. Annesi JJ. Psychosocial Correlates of Emotional Eating and Their Interrelations: Implications for Obesity Treatment Research and Development. J Prim Prev [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2020 May 29];41(2):105–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31933059>
20. Anger V, Katz M. Relación entre IMC, emociones percibidas, estilo de ingesta y preferencias gustativas en una población de adultos. Actual en Nutr. 2015;16:31–6.



21. Peña E, Reidi L. Las Emociones y la Conducta Alimentaria. *Khatulistiwa Inform.* 2015;3(2):124–33.
22. Paye K. Relación De Inteligencia Emocional Y Ansia Por La Comida Con El Estado Nutricional De Adolescentes Que Asisten A I.E. Gran Unidad Escolar Mariano Melgar Valdivieso Arequipa – 2018. Vol. 8, *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2017.
23. Chang R. Relación entre inteligencia emocional y respuesta al estrés en pacientes ambulatorios del servicio de psicología de una clínica de Lima Metropolitana. *Repositorio Universidad Cayetano Heredia.* 2017.
24. Vargas A. Niveles de estres, depresion y ansiedad en relación al estado nutricional a gran altura en estudiantes universitarios del primer nivel de la Facultad de Medicina de la UNA-PUNO, 2016. *Repos Inst UNA-PUNO [Internet].* 2018;1–56. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7653/Vargas_Polanco_Aldo_Renán.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Ramos J. Estrés Académico en relación al Estado Nutricional de los estudiantes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana UNA-PUNO 2019. *Universidad Nacional del Altiplano.* 2020.
26. Apaza MY. La inteligencia emocional y su influencia en el rendimiento laboral en los trabajadores del gobierno regional de puno 2017. [Internet]. *Universidad Nacional del Altiplano Perú. Universidad nacional del Altiplano;* 2018. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9497/Manuel_Yuri_Apaza_Valencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Canaza W. Relacion de los niveles de estres, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el centro de salud Acora- Puno, 2019. 2021.
28. Tabares AR. Imago mundi: la contribución cultural de la medicina al estrés urbano. 2015;(July 2010).
29. Goleman D. Inteligencia emcional [Internet]. [cited 2020 Sep 22]. Available from: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Inteligencia Daniel Goleman.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Inteligencia_Daniel_Goleman.pdf)



30. Rodríguez D, Romero K. Alimentación y Emociones Una sinergia fundamental para nuestro bienestar. Postgrado Educ Emoc y Bienestar Univ Barcelona [Internet]. 2016;68. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/118538>
31. Mahan L RJ. Krause. Dietoterapia. 14th ed. wellman. 2011. 4072 p.
32. Brewer JA, Ruf A, Beccia AL, Essien GI, Finn LM, van Lutterveld R, et al. Can Mindfulness Address Maladaptive Eating Behaviors? Why Traditional Diet Plans Fail and How New Mechanistic Insights May Lead to Novel Interventions. Front Psychol [Internet]. 2018 Sep 10 [cited 2020 May 29];9(SEP):1418. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30250438>
33. Bennett J, Greene G, Schwartz D. Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. Appetite [Internet]. 2013;60(1):187–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.023>
34. Yanina B. Estrés y alimentación [Internet]. 2011. Available from: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/343/2011_n_041.pdf?sequence=1
35. Rdriguez B, Molerio O. validación de instrumentos psicológicos. Vol. 1, Feijoo. 2012.
36. Meneses SJ. Ansia por la comida y mindfulness en jóvenes universitarios de lima metropolitana. 2017;49. Available from: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/9007/Meneses_Sala_Ansia por la comida y mindfulness.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Rivenes AC, Harvey SB, Mykletun A. The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: Results from the HUNT Study. J Psychosom Res. 2009 Apr 1;66(4):269–75.
38. Rodríguez I. Valoración de la composición corporal por antropometría y bioimpedancia eléctrica. Univ Fr Vitoria [Internet]. 2016;1–73. Available from: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1324/Valoración de la composición corporal Iván de José.pdf?sequence=1>
39. Marín M, Vargas C, Pérez N, Castillo M, Miliar Á, Murillo MM, et al. Intense craving for appetizing foods: Validation and standardization of the food cravings questionnaire-trait in mexico. Gac Med Mex. 2020;156(1):26–31.



40. Esenarro L, Contreras M, Del Canto J, Vílchez W. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta [Internet]. Vol. 1, Ministerio de Salud Perú. 2012. 8 p. Available from: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Guía Técnica VNA Adulto.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Guía_Técnica_VNA_Adulto.pdf)
41. Berral F, Rodriguez E. Impedancia bioeléctrica y su aplicación en el ámbito hospitalario. *Rev Hosp Jua Mex.* 2007;74(2):104–12.
42. Huamán J, Alvarez M, Gamboa L, Marino F. Índice cintura-estatura como prueba diagnóstica del Síndrome metabólico en adultos de Trujillo. *Rev Médica Hered* [Internet]. 2017;28:13–20. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n1/a03v28n1.pdf>
43. Contreras M. Tabla de valoración nutricional según IMC adultas/os [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud; 2012 [cited 2020 Oct 31]. Available from: <https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/232>
44. Rodríguez BC, Pérez O, Alonso G, Hernández A. Validación de instrumentos psicologicos . Vol. 1, Feijoo. 2012.
45. Ccari M. Estado nutricional y su relación con los hábitos alimentarios y sedentarismo en pacientes que se atienden en el Policlínico de la Policía Nacional del Perú, Puno 2020. Univ Priv San Carlos-Puno [Internet]. 2021;116. Available from: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/4523>
46. Valenzuela K, Bustos P. Índice cintura estatura como predictor de riesgo de hipertensión arterial en población adulta joven: ¿Es mejor indicador que la circunferencia de cintura? *Arch Latinoam Nutr.* 2012;62(3):220–6.
47. Bersh S. La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales. *Rev colomb Psiquiatr.* 2006;35(4):537–46.



ANEXOS



ANEXO 1

CUESTIONARIO INVENTARIO EMOCIONAL BarOn

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permite hacer una descripción de ti mismo(a). Para ello, debes indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo a como te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces.

Hay cinco respuestas por cada frase.

1. Nunca es mi caso.
2. Pocas veces es mi caso.
3. A veces es mi caso.
4. Muchas veces es mi caso.
5. Siempre es mi caso.

INSTRUCCIONES

Lee cada una de las frases y selecciona **UNA** de las cinco alternativas, la que sea más apropiada para ti, seleccionando el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que escogiste según sea tu caso. **Marca con un aspa el número.**

Si alguna de las frases no tiene que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta como te sentirías, pensarías o actuarías si estuvieras en esa situación. Notarás que algunas frases no te proporcionan toda la información necesaria; aunque no estés seguro(a) selecciona la respuesta más adecuada para ti. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", ni respuestas "buenas" o "malas". Responde honesta y sinceramente de acuerdo a cómo eres. **NO** como te gustaría ser, **NO** como te gustaría que otros te viera. **NO** hay límite, pero por favor trabaja con rapidez y asegúrate de responder a **TODAS** las oraciones.

1. Para superar las dificultades que se me presentan actúo paso a paso.
2. Es difícil para mí disfrutar de la vida.
3. Prefiero un trabajo en el que se me diga casi todo lo que tengo que hacer.
4. Sé como enfrentar los problemas más desagradables.



5. Me agradan las personas que conozco.
6. Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.
7. Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.
8. Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto(a).
9. Reconozco con facilidad mis emociones.
10. Soy incapaz de demostrar afecto.
11. Me siento seguro(a) de mí mismo(a) en la mayoría de situaciones.
12. Tengo la sensación que algo no está bien en mi cabeza.
13. Tengo problema para controlarme cuando me enojo.
14. Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.
15. Cuando enfrento una situación difícil me gusta reunir toda la información posible que pueda sobre ella.
16. Me gusta ayudar a la gente.
17. Me es difícil sonreír.
18. Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás.
19. Cuando trabajo con otro, tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías.
20. Creo que puedo controlarme en situaciones muy difíciles.
21. Realmente no sé para que soy bueno(a).
22. No soy capaz de expresar mis ideas.
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos con los demás.
24. No tengo confianza en mí mismo(a).
25. Creo que he perdido la cabeza.
26. Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago.
27. Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
28. En general, me resulta difícil adaptarme.
29. Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo.
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.
31. Soy una persona bastante alegre y optimista.
32. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.
33. Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso(a).
34. Pienso bien de las personas.
35. Me es difícil entender como me siento.
36. He logrado muy poco en los últimos años.
37. Cuando estoy enojado(a) con alguien se lo puedo decir.
38. He tenido experiencias extrañas que no puedo explicar.
39. Me resulta fácil hacer amigos(as).
40. Me tengo mucho respeto.
41. Hago cosas muy raras.
42. Soy impulsivo(a), y eso me trae problemas.
43. Me resulta difícil cambiar de opinión.
44. Soy bueno para comprender los sentimientos de las personas.
45. Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.
46. A la gente le resulta difícil confiar en mí.



47. Estoy contento(a) con mi vida.
48. Me resulta difícil tomar decisiones por mi mismo(a).
49. No puedo soportar el estrés.
50. En mi vida no hago nada malo.
51. No disfruto lo que hago.
52. Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.
53. La gente no comprende mi manera de pensar.
54. Generalmente espero lo mejor.
55. Mis amigos me confían sus intimidades.
56. No me siento bien conmigo mismo(a).
57. Percibo cosas extrañas que los demás no ven.
58. La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto.
59. Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.
60. Cuando intento resolver un problema analizo todas las posibles soluciones y luego escojo la que considero mejor.
61. Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento.
62. Soy una persona divertida.
63. Soy consciente de cómo me siento.
64. Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.
65. Nada me perturba.
66. No me entusiasman mucho mis intereses.
67. Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decírselo.
68. Tengo tendencia a fantasear y perder contacto con lo que ocurre a mi alrededor.
69. Me es difícil llevarme con los demás.
70. Me resulta difícil aceptarme tal como soy.
71. Me siento como si estuviera separado(a) de mi cuerpo.
72. Me importa lo que puede sucederle a los demás.
73. Soy paciente.
74. Puedo cambiar mis viejas costumbres.
75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
76. Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.
77. Me deprimó.
78. Sé como mantener la calma en situaciones difíciles.
79. Nunca he mentado.
80. En general me siento motivado(a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.
81. Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten.
82. Me resulta difícil decir "no" aunque tenga el deseo de hacerlo.
83. Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías.
84. Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos.



85. Me siento feliz con el tipo de persona que soy.
86. Tengo reacciones fuertes, intensas que son difíciles de controlar.
87. En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.
88. Soy consciente de lo que me está pasando, aún cuando estoy alterado(a).
89. Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.
90. Soy capaz de respetar a los demás.
91. No estoy contento(a) con mi vida.
92. Prefiero seguir a otros a ser líder.
93. Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.
94. Nunca he violado la ley.
95. Disfruto de las cosas que me interesan.
96. Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.
97. Tiendo a exagerar.
98. Soy sensible a los sentimientos de las otras personas.
99. Mantengo buenas relaciones con los demás.
100. Estoy contento(a) con mi cuerpo.
101. Soy una persona muy extraña.
102. Soy impulsivo(a).
103. Me resulta difícil cambiar mis costumbres.
104. Considero que es muy importante ser un(a) ciudadano(a) que respeta la ley.
105. Disfruto mis vacaciones y los fines de semana.
106. En general tengo una actitud positiva para todo, aún cuando surgen problemas.
107. Tengo tendencia a depender de otros.
108. Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles.
109. No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
110. Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten.
111. Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.
112. Soy capaz de dejar de fantasear para volver a ponerme en contacto con la realidad.
113. Los demás opinan que soy una persona sociable.
114. Estoy contento(a) con la forma en que me veo.
115. Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.
116. Me es difícil describir lo que siento.
117. Tengo mal carácter.
118. Por lo general, me trabo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema.
119. Me es difícil ver sufrir a la gente.
120. Me gusta divertirme.
121. Me parece que necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan.
122. Me pongo ansioso(a).
123. No tengo días malos.
124. Intento no herir los sentimientos de los demás.
125. No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.



126. Me es difícil hacer valer mis derechos.
127. Me es difícil ser realista.
128. No mantengo relación con mis amistades.
129. Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo(a).
130. Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.
131. Si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación que voy a fracasar.
133. He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.



ANEXO 2

CUESTIONARIO FOOD CRAVINGS QUESTIONNAIRE- TRAIT FCQ-T

nombre: _____

Edad: _____ _Sexo: _____ Fecha: _____ - cel: _____

Hemos escrito una lista de comentarios que la gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, deseos, tentaciones y antojos relacionados con la comida y el comer. Cada frase indica la frecuencia con que tú te sientes así, o hasta qué punto cada comentario describe cómo tú piensas o te sientes en general.

Elige una, y **sólo UNA** respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es “Raramente”, haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

		Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
1	Cuando estoy con alguien que está comiendo me entra hambre	1	2	3	4	5	6
2	Cuando tengo deseos intensos de comer, una vez que me pongo a comer no puedo parar de comer.	1	2	3	4	5	6
3	A veces, cuando como lo que se me antoja, pierdo control y como demasiado	1	2	3	4	5	6
4	Detesto no poder resistir la tentación de comer.	1	2	3	4	5	6
5	Sin duda alguna, las ganas de comer me hacen pensar en cómo voy a conseguir lo que quiero comer	1	2	3	4	5	6
6	No hago más que pensar en la comida	1	2	3	4	5	6
7	A menudo me siento culpable cuando deseo ciertas comidas	1	2	3	4	5	6
8	A veces me encuentro pensativo preocupado con comida	1	2	3	4	5	6
9	Como para sentirme mejor.	1	2	3	4	5	6
10	Algunas veces, mi vida parece perfecta cuando como lo que me apetece.	1	2	3	4	5	6
11	Se me hace la boca agua cuando pienso en mis comidas favoritas.	1	2	3	4	5	6
12	Siento deseos intensos de comer cuando mi estómago está vacío.	1	2	3	4	5	6
13	Siento como que mi cuerpo me pidiera ciertas comidas.	1	2	3	4	5	6



1 4	Me entra tanta hambre que mi estómago se siente como un pozo sin fondo.	1	2	3	4	5	6
1 5	Cuando como lo que deseo me siento mejor.	1	2	3	4	5	6
1 6	Cuando como lo que deseo me siento menos deprimido.	1	2	3	4	5	6
1 7	Cuando como algo que deseo con intensidad me siento culpable.	1	2	3	4	5	6
1 8	Cada vez que deseo comer algo en particular, me pongo a hacer planes para comer.	1	2	3	4	5	6
1 9	El comer me tranquiliza.	1	2	3	4	5	6
2 0	Siento deseos de comer cuando estoy aburrido(a), enfadado(a), o triste.	1	2	3	4	5	6
2 1	Después de comer no tengo tantas ansiedades.	1	2	3	4	5	6
2 2	Si tengo la comida que deseo, no puedo resistir la tentación de comerla.	1	2	3	4	5	6
2 3	Cuando se me antoja una comida, normalmente intento comerla tan pronto como pueda.	1	2	3	4	5	6
2 4	Comer lo que me apetece mucho me sienta estupendamente.	1	2	3	4	5	6
2 5	No tengo la fuerza de voluntad de resistir mis deseos de comer las comidas que se me antojan.	1	2	3	4	5	6
2 6	Una vez que me pongo a comer tengo problemas en dejar de comer.	1	2	3	4	5	6
2 7	Por mucho que lo intento, no puedo parar de pensar en comer.	1	2	3	4	5	6
2 8	Gasto demasiado tiempo pensando en lo próximo que voy a comer	1	2	3	4	5	6
2 9	Si me dejo llevar por la tentación de comer pierdo todo mi control.	1	2	3	4	5	6
3 0	A veces me doy cuenta de que estoy soñando despierto y estoy soñando en comer.	1	2	3	4	5	6
3 1	Cada vez que se me antoja una comida sigo pensando en comer hasta que como lo que se me antojó.	1	2	3	4	5	6
3 2	Cuando tengo muchas ganas de comer algo estoy obsesionado con comer lo que deseo.	1	2	3	4	5	6
3 3	A menudo deseo comer cuando siento emociones fuertes.	1	2	3	4	5	6
3 4	Cada vez que voy a un banquete termino comiendo más de lo que	1	2	3	4	5	6



	necesito.						
3 5	Para mi es difícil resistir la tentación de tomar comidas apetecibles que están a mi alcance.	1	2	3	4	5	6
3 6	Cuando estoy con alguien que se pasa comiendo, yo también me paso.	1	2	3	4	5	6
3 7	Comer me alivia.	1	2	3	4	5	6
3 8	Cuando estoy muy estresada, me entran deseos fuertes de comer.	1	2	3	4	5	6
3 9	Me entran deseos fuertes de comer cuando estoy disgustada/o	1	2	3	4	5	6

MUCHAS GRACIAS POR TUS SINCERAS RESPUESTAS



ANEXO 3

REGISTRO DE EVALUCION NUTRICIONAL:

Nombre:	Edad:	FN:
Cel:	Dirección:	

Peso:	Talla:
IMC	PAB:
DX	HC:
COMPOSICION CORPORAL:	



ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Este formulario de permiso tiene por objeto proporcionar a los participantes en este estudio una explicación clara de la naturaleza del estudio y su papel en él como participantes.

La actual investigación conducida por Alisson Pamela Chávez Iglesias de la Universidad Nacional del Altiplano, tiene como objetivo determinar si la inteligencia emocional y el estado nutricional están relacionados.

Si acepta participar en este estudio, se le pedirá que complete una encuesta y realice algunas mediciones antropométricas. Para ello se necesitarán unos 15 minutos de su tiempo. Las conversaciones que tengamos durante estas sesiones serán grabadas para que el investigador pueda transcribir posteriormente las ideas que ha expresado.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. La información recopilada se mantendrá en privado y no se utilizará para otros fines que no sean los relacionados con esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y la entrevista serán codificadas mediante un número de identificación, haciéndolas anónimas. Las grabaciones serán destruidas una vez transcritas las entrevistas.

Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto, puede hacerla en cualquier momento mientras participa en él. Del mismo modo, usted es libre de abandonar el proyecto en cualquier momento sin que le perjudique de alguna manera. Tiene derecho a informar al investigador si alguna pregunta de la entrevista lo hace sentir incómodo para optar por no responderla.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por_____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

También me han dicho que tendré que reaccionar a las preguntas y consultas durante una entrevista, que durará aproximadamente _____ minutos.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Soy consciente de que cualquier información que brinde durante el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera del estudio sin mi permiso. Me han manifestado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo dejarlo cuando se tome esa decisión sin dañar mi reputación de ninguna manera. Si tengo alguna pregunta sobre mi participación



en este estudio, puedo comunicarme con _____ al número de teléfono _____,

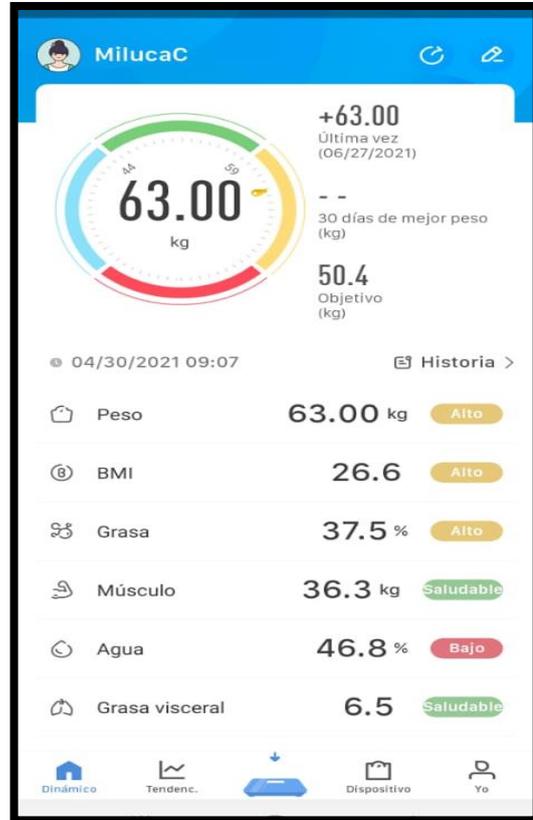
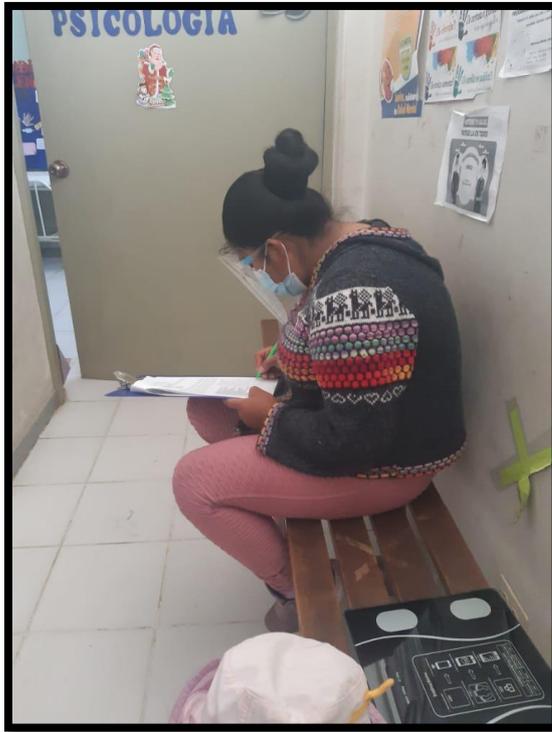
Entiendo que se me entregará una copia de este formulario de autorización y que una vez finalizado este estudio, podré solicitar información sobre sus hallazgos. Puedo comunicarme con _____ en el número de teléfono mencionado anteriormente en esto.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 5 Evidencias fotográficas





DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Alisson Pamela Chávez Iglesias
identificado con DNI 70977127 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Nutrición Humana

,informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación para la obtención de Grado

Título Profesional denominado:

“ La inteligencia emocional, ansiedad por la comida y su relación con el exceso de peso en
pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud 13 Vallejo Puno - 2021”

” Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 05 de mayo del 20 23

FIRMA (obligatoria)



Huella



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Alisson Pamela Chariz Iglesias
, identificado con DNI 70977227 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Nutrición Humana

, informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación para la obtención de Grado

Título Profesional denominado:

“La inteligencia emocional, ansiedad por la comida y su relación con el exceso de peso en pacientes ambulatorios de 30 a 59 años de edad del Centro de Salud 13 Vallejo Puno- 2021”

” Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los “Contenidos”) que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

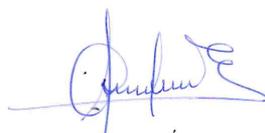
En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 05 de mayo del 20 23


FIRMA (obligatoria)



Huella