

Artículo Original / Original Article

Comparación de mujeres jóvenes con obesidad y normopeso: vivencia corporal, hábitos saludables y regulación emocional

Comparison of young women with and without obesity: body experience, healthy habits and emotional regulation

RESUMEN

La obesidad es un problema de salud pública, siendo especialmente importante entre mujeres jóvenes. El objetivo de este estudio fue comparar la vivencia corporal, los hábitos saludables y regulación emocional entre mujeres jóvenes chilenas con obesidad y normopeso. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, de alcance exploratorio y diseño descriptivo-analítico. Para describir la muestra se usó el Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) que mide imagen corporal, el Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) para evaluar ingesta emocional, y el Derogatis Symptom Checklist (SCL-90), que mide sintomatología psicológica. Se realizaron entrevistas en profundidad, que fueron analizadas utilizando codificación abierta de la Grounded Theory. Los resultados indican que ambos grupos presentan insatisfacción con la forma y peso de sus cuerpos, predominando en las participantes con obesidad al percibir limitaciones corporales. Las mujeres con obesidad describieron que regularon emociones negativas a través de la alimentación. Las participantes normopeso se caracterizaron por hábitos saludables, como actividad física y alimentación balanceada y en ambos grupos valorizan el cuidado del cuerpo y la estética personal, aunque sólo participantes normopeso presentaron conductas de cuidado efectivas.

Palabras claves: Hábitos saludables, Ingesta emocional, Mujeres, Obesidad, Vivencia corporal.

ABSTRACT

Obesity is a public health problem and is especially important among young women. The objective of this study was to compare the body experience, food habits and emotional regulation among young women with and without obesity. The study had a qualitative approach, was exploratory in scope and had a descriptive-analytical design. To describe the sample, the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) was used to measure body image, the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) to assess emotional intake, and the Derogatis Symptom Checklist (SCL-90), which measures psychological symptoms. In-depth interviews were conducted, which were analyzed

Fernanda Díaz-Castrillón¹, Claudia Cruzat-Mandich¹, Camila Oda-Montecinos², María Inostroza¹, Susana Saravia¹, Javiere Lecaros¹.

1. Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria (CECA), Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.
2. Instituto de Ciencias Sociales, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.

Dirigir correspondencia a: Fernanda Díaz-Castrillón. Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria (CECA), Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago de Chile, Avenida Diagonal Las Torres 2640, Peñalolén, Santiago, Chile.56-2-2331 1388. E-mail: fernanda.diaz@uai.cl

Este trabajo fue recibido el 05 de julio de 2018.
Aceptado con modificaciones: 08 de enero 2019.
Aceptado para ser publicado: 21 de enero de 2019.

using Grounded Theory's open theory. The results indicated that both groups showed dissatisfaction with the shape and weight of their bodies, with women with obesity reporting perceived body limitations. Women with obesity reported regulating negative emotions through food. Non-obese participants reported healthy habits, such as physical activity and a balanced diet, and in both groups, body care and personal aesthetics were valued, although only non-obese participants reported effective care behaviors.

Key Words: Body experience, Emotional intake, Healthy habits, Obesity, Women.

INTRODUCCIÓN

La obesidad ha aumentado en incidencia y prevalencia

respecto de años anteriores, y es actualmente una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la población mundial según la Organización Mundial de la Salud^{1,2}; específicamente en Chile, la prevalencia de la obesidad en población joven y adolescente, es de un 13,2% entre los 15 y 19 años², lo que resulta preocupante, dado que es un grupo de mayor riesgo de presentar malos hábitos alimentarios y mayores tasas de sedentarismo que otras edades³. En investigaciones realizadas sobre comportamiento alimentario en Chile, especialmente en jóvenes universitarios, se encontró un bajo consumo de alimentos saludables (frutas, verduras entre otros), y altos niveles de sedentarismo^{4,5,6}. Lo anterior resulta especialmente relevante, ya que la adolescencia es un período en el cual los hábitos, las actitudes y la morbilidad física fijan trayectorias a largo plazo, por lo que un adolescente con obesidad, probablemente lo seguirá siendo en la adultez⁷.

En Chile, se ha podido estimar que hay un mayor riesgo de obesidad en las mujeres de 19 a 64 años comparadas con sus pares masculinos, y que éste es aún mayor en las mujeres de nivel socioeconómico medio y medio bajo². En este contexto, es necesario profundizar en los factores que estarían incidiendo en población joven femenina, para la presencia de esta condición.

Actualmente la obesidad no se clasifica como un trastorno mental⁸, aunque se le asocia con problemáticas de ésta índole, siendo las más usuales el trastorno por atracón y los trastornos afectivos y ansiosos^{9,10,11}. Lo anterior viene a recalcar que el abordaje integral de la obesidad debe abocarse a la prevención y pesquisa temprana no sólo de las patologías médicas asociadas, sino también de sus consecuencias en la salud mental de quienes presentan esta condición.

En los últimos años, la apariencia ha adquirido fundamental importancia por su asociación con trastornos alimentarios⁸ y por la relevancia que tiene entre las mujeres adolescentes y jóvenes¹². En este sentido, el constructo de Imagen Corporal (IC) es el más estudiado sobre todo en la dimensión del grado de satisfacción corporal, observándose que en mujeres con obesidad o sobrepeso hay mayor insatisfacción corporal que en mujeres con normopeso¹³, así como también en comparación con sus pares hombres^{12,14}.

La insatisfacción corporal en personas con sobrepeso/obesidad, ha sido estudiada por su relación con conductas alimentarias de riesgo, y especialmente entre mujeres jóvenes y adolescentes^{15,16}, así como también, en relación a riesgos de desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA)¹⁷. Por otra parte, en relación a la percepción de las dimensiones del cuerpo, algunos autores^{18,19}, plantean que personas con sobrepeso/obesidad existe la tendencia a subestimar el tamaño y silueta. Las personas con sobrepeso/obesidad tienden a tener mayor preocupación por su peso, lo que favorece conductas alimentarias alteradas, como dietas desesperadas o restricción alimentaria en general^{17,20,21}.

Se ha observado que las experiencias afectivas corporales más potentes que presentan tanto mujeres con anorexia como

con obesidad, son sensaciones apremiantes de vergüenza. La vergüenza y un imperfecto sentido de la moralidad inflúan no solo en cómo veían sus propios cuerpos, sino cómo imaginaban a los demás que los miraban²².

En relación a conductas alimentarias en condición de sobrepeso/obesidad, existe una consistente relación en la literatura entre los hábitos alimentarios y la regulación emocional^{23,24,25,26,27}. Especialmente, el sobreconsumo de alimentos es una estrategia para regular especialmente emociones negativas^{18,28,29}, lo que es más frecuente aún en individuos obesos y con trastorno por atracón^{6,28,29}. La sobreingesta en respuesta a estados emocionales intensos aparecen con mayor frecuencia en mujeres jóvenes con obesidad, y con alta valoración por la delgadez^{17,30}. También se han asociado los problemas alimentarios con problemas del ánimo^{30,31,32}, relacionando así la influencia de las emociones con la ingesta alimentaria²⁴; lo que algunos autores han llamado ingesta emocional^{23,33}. En Chile, un estudio con una muestra de jóvenes de población general describe que las mujeres tienden a presentar mayor ingesta emocional (restrictiva/emocional) existiendo una relación directa con el Índice de Masa Corporal (IMC). Además, el estudio detectó que los afectos negativos influyen en la ingesta emocional y que el estrés aumenta los afectos negativos, observándose el efecto indirecto de éste en la ingesta emocional sólo entre las mujeres³³, por lo tanto el modelo que desprenden los autores de esta investigación, es que el estado nutricional se ve directamente afectado por la ingesta emocional, tanto en hombres como mujeres, siendo mayor en mujeres, pero en tanto ésta esté mediada por algún estado emocional negativo, y además el estrés intensifica esta relación, siendo esto especialmente significativo para las mujeres jóvenes de 20 a 26 años³³. Actualmente, se considera que la alimentación emocional es un factor mediador entre la depresión y la ganancia de peso y el IMC³⁴, especialmente en mujeres³⁵.

Considerando lo planteado anteriormente, el objetivo del presente estudio es comparar la vivencia corporal, los hábitos saludables y regulación emocional de mujeres jóvenes con obesidad y normopeso.

MATERIALES Y METODOS

La presente investigación es de carácter fundamentalmente exploratoria. Se utilizó un diseño descriptivo-analítico, con un enfoque metodológico cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada, la cual busca describir y generar modelos comprensivos de fenómenos sociales³⁶. Esta metodología es apropiada para acceder a los procesos subjetivos de los entrevistados y para sistematizar información a partir de fenómenos emergentes que surgen desde el discurso de los participantes, permitiendo una comprensión de los fenómenos estudiados. Se describen en el presente trabajo sólo las categorías descriptivas encontradas, a través de la codificación abierta, es decir, la categorización a través de conceptos que surgen de los datos, porque siendo un trabajo exploratorio se espera mostrar lo más cercano a

las propias vivencias y puntos de vista de las participantes. Además, se describen los datos más significativos obtenidos a través de las respuestas a los test aplicados, con el objeto de mostrar las tendencias observadas en las participantes del estudio, que permiten contrarrestar o, por el contrario, confirmar lo que se observa a través del análisis cualitativo.

El muestreo fue propositivo, es decir se buscan casos que representen a otros similares a ellos y también se buscan comparar situaciones distintas³⁷. Para acceder a las participantes, en una etapa inicial se contó con un informante clave, es decir, un profesional especialista en temas alimentarios, que facilitó el contacto con las potenciales participantes. Posteriormente, se usó la técnica de muestreo bola de nieve, en que cada entrevistada facilitó el contacto con próximas participantes en función de los criterios de inclusión/exclusión, y previa autorización de ésta. El criterio para definir el tamaño de la muestra fue la saturación teórica, es decir, el proceso de reclutamiento y selección de participantes concluye al momento de repetirse en los relatos los principales conceptos en las entrevistas, y cuando no aparecen otros contenidos relacionados con las categorías emergentes.

Se privilegió la homogeneización de la muestra en variables sociodemográficas y de historia clínica, como una forma de que dichas variables se presenten lo más parecido posible en ambos grupos de sujetos, intentando favorecer la diferenciación entre las participantes a partir sólo del IMC (relación: talla(m)/peso(kg)²), por lo cual la muestra quedó conformada por mujeres jóvenes que trabajan en el área de salud y de nivel socioeconómico medio bajo, definido en función del ingreso per cápita del hogar, en función de los rangos monetarios entregados por el Instituto Nacional de Estadística de Chile, y también fueron pareadas respecto a presentar antecedentes médicos, tener pareja e hijos. Al homogenizar la muestra la ventaja es de poder profundizar en un grupo particular, lo que permite hipotetizar la transferibilidad de los resultados a una población similar, aunque no permita generalizar a otros tipos de población. Respecto de los criterios de inclusión utilizados, éstos fueron: (a) mujeres chilenas entre 18 y 25 años, (b) que estén cursando estudios secundarios o superiores, (c) Nivel socioeconómico Medio o medio bajo, (d) IMC: para las normo peso entre 18.5 y 24.99 y superior a 30 para aquellas con obesidad. En tanto, los criterios de exclusión: mujeres con compromiso cognitivo, y/o alteraciones del juicio de realidad, medidos a través de las escalas de psicoticismo e ideación paranoide del SCL-90.

Las participantes fueron incorporadas al estudio de manera voluntaria previo proceso de consentimiento informado, en que se les detallaron los objetivos, y procedimientos, así como el resguardo de la confidencialidad por parte del equipo de investigación.

Finalmente, la muestra quedó conformada por 8 mujeres: 4 mujeres con obesidad y 4 mujeres con normo peso; en la tabla 1 puede encontrarse la caracterización de la muestra estudiada:

Como una forma de complementar la caracterización de la muestra en variables relevantes para la investigación se aplicaron tres cuestionarios psicológicos y un cuestionario sociodemográfico (Tabla 2), los que fueron aplicados vía online después de las entrevistas en profundidad, con el objetivo de que los factores asociados a dichos cuestionarios no se mezclaran con los discursos y descripciones de las vivencias de las participantes.

Se usaron los siguientes cuestionarios: 1) *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) que mide imagen corporal, 2) *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ) para evaluar ingesta emocional, y 3) *Derogatis Symptom Checklist* (SCL-90), que mide sintomatología psicológica. Cabe mencionar que se utilizaron las versiones adaptadas psicométricamente en Chile de los tres cuestionarios mencionados.

Los resultados más importantes obtenidos a través de los cuestionarios se describen en la tabla 3.

Finalmente, se realizaron entrevistas en profundidad³⁷, cuya duración fue de aproximadamente 90 minutos cada una, y fueron realizadas por dos psicólogas clínicas debidamente capacitadas. Las preguntas realizadas en la entrevista tenían como objetivo principal el que las participantes describieran la percepción, actitudes y conductas específicas en relación a su vivencia sobre el cuerpo. Algunas preguntas fueron: ¿En qué situaciones la vivencia del cuerpo adquiere mayor relevancia? ¿De qué manera afectan estas percepciones en el cuidado o no que le dan a su cuerpo? ¿Cómo describirían la relación que tienen con su propio cuerpo? ¿En qué medida el estado de su cuerpo les produce ansiedad o depresión y de qué manera esto afecta la mantención y/o cambio en su cuerpo y peso? ¿Cuán satisfechas o insatisfechas se sienten con su propio cuerpo? ¿De qué manera esto afecta las actitudes, pensamientos, percepciones y afectos acerca de su corporalidad? ¿Qué relación describen entre la satisfacción o insatisfacción corporal en el cambio o mantención del propio peso? ¿Cómo se valoran a sí mismas y qué relación tiene dicha valoración con la vivencia corporal? ¿En qué circunstancias se sienten más valoradas y de qué manera afecta la vivencia de su propio cuerpo?

A través de una labor inductiva, y un diseño metodológico flexible³⁸, que permite integrar la información inesperada y contrastar sucesivas hipótesis, se trabaja con categorías emergentes, maximizando la posibilidad de descubrir algo nuevo; esto es un análisis descriptivo por medio de codificación abierta^{37,38}. El análisis de datos descriptivos es un proceso inductivo que consiste en construir categorías generales a partir de datos particulares; el material es fragmentado, examinado párrafo por párrafo, y cada unidad de sentido es conceptualizada y nominada, es decir, se le adscribe una etiqueta verbal que interprete el significado de la información recogida. Los conceptos obtenidos luego se agrupan en categorías, las que se organizan jerárquicamente³⁸. Este proceso se conoce con el nombre de *codificación abierta*, es decir, el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren

Tabla 1. Caracterización de las participantes.

ID	Edad	IMC (Kg/m ²)	Tratamientos previos (psicológico, psiquiátrico o nutricional)	Antecedentes médicos personales	Antecedentes médicos familiares	c/quien vive	Cambios de peso	Sobrepeso Infantil
1A	20	45.5	Sí	Resistencia a la insulina de relación)	Diabetes (abuela materna) y cáncer (abuelo paterno) adolescentes	Madre y dos hermanas año (con inicio	Aumento de 6 kg en un	Sí
1B	23	70.6	Sí	Sin antecedentes	Diabetes e hipertensión (ambos padres) y cáncer gástrico (ambos abuelos)	Padres y hermanos adolescentes	A los 11 años, durante enseñanza media y hace 7 meses (por cesantía)	Sí
1C	22	54.92	No	Sin antecedentes	Diabetes (abuelo), apnea del sueño (padre) y tratamiento área salud mental (abuela)	Abuelos y pareja	Sin cambios significativos	Sí
1D	21	44	Sí	Sin antecedentes	Hipertensión (abuela paterna) y cáncer (abuela materna)	Padres, abuelo materno, hermanos adolescentes e hija	Aumento durante primera menstruación, durante su embarazo y periodo post parto	Después de 19 años
2A	25	21.2	No	Sin antecedentes	Hipertensión (abuela) y diabetes (padre)	Dos amigas	Sin cambios significativos	Sí
2B	25	19.8	No	Sin antecedentes	Artritis (madre) y diabetes (abuela)	Padres y dos hermanas adolescentes	Sin cambios significativos desde los 15 años	No
2C	23	20	Sí	Sin antecedentes	Diabetes (abuela) e hipertensión (madre)	Pareja, hijo, padres y dos hermanas de su pareja	Durante embarazo aumento 15 kg (posteriormente vuelve a peso constante)	No
2D	23	21	No	Hipotiroidismo y escoliosis leve	Diabetes (abuela y tíos) e hipotiroidismo	Padres, dos hermanos, pareja y sus dos hijos, y tío materno	Sin cambios significativos (durante enseñanza básica por debajo peso normal)	No

*participantes 1= mujeres jóvenes con obesidad, participantes 2= mujeres jóvenes normopeso.

en los datos sus propiedades y dimensiones^{37,38}.

Respecto a los criterios de rigurosidad científica, se presenta una descripción acabada del campo, que permita detectar situaciones similares en las cuales los hallazgos y conceptos emergentes del estudio sean atingentes, apuntando a la transferibilidad. Respecto de la credibilidad, todos los procesos de análisis fueron triangulados, es decir fueron analizados por más de un investigador y todas las entrevistas fueron realizadas por miembros entrenados del equipo, dos psicólogos clínicos y/o investigadores independientes de quienes realizaron los análisis de los datos. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas íntegramente.

Respecto a los criterios éticos, se utilizó consentimiento

informado donde se explican los objetivos, riesgos y beneficios para las participantes, la confidencialidad de los datos, anonimato, voluntariedad, y posibilidad de retirarse cuando lo estime conveniente, y autorización para grabar las entrevistas. El proyecto en su conjunto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Adolfo Ibáñez, y fue financiado como proyecto interno de investigación por la misma Universidad.

RESULTADOS

Las categorías encontradas se refieren a vivencia corporal, hábitos saludables y regulación emocional.

Se decidió describir la importancia que las participantes

Tabla 2. Cuestionarios utilizados.

Nombre del Cuestionario	Ámbito evaluado	Estructura factorial	Características psicométricas
Cuestionario Sociodemográfico	Caracterización sociodemográfica (edad, sexo, antecedentes médicos, etc.)	No aplica	No aplica
SCL-90-R (Derogatis Symptom Checklist: Derogatis, 1994).	Sintomatología psiquiátrica indicativa del estado clínico actual del individuo	Nueve dimensiones primarias de síntomas: (1) Somatización, (2) Obsesiones, (3) Sensitividad Interpersonal, (4) Depresión, (5) Ansiedad, (6) Hostilidad, (7) Ansiedad Fóbica, (8) Ideación Paranoide y (9) Psicoticismo.	Adecuada consistencia interna (coeficiente de .87 y entre .84 y .90 para las nueve dimensiones evaluadas); validado en muestra chilena.
MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire: Cash, 1990).	Componentes conductuales, cognitivos y actitudinales respecto a la imagen corporal.	(1) Evaluación de la apariencia, (2) Orientación de la apariencia, (3) Evaluación del estado físico, (4) Orientación del estado físico, (5) Evaluación de la salud, (6) Orientación de la salud, (7) Satisfacción respecto de áreas corporales, (8) Preocupación por el peso (9) Auto clasificación del peso y (10) Orientación de enfermedad.	Adecuada consistencia interna (coeficiente de validez alpha .884).
DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire: Strien, Frijters, Bergers, & Defares (1986)	Comportamientos alimentarios relacionados con la ingesta emocional, ingesta externa o manejo del peso corporal.	Tres subescalas: (1) Restricción Alimentaria (conductas asociadas al control del peso corporal), (2) Ingesta Emocional (evalúa conductas alimentarias influenciadas por estados emocionales) e (3) Ingesta Externa (evalúa conductas alimentarias influenciadas por estímulos externos).	Consistencia interna dentro de valores aceptables (Alpha de Cronbach de .870 a .970 en todas las subescalas para población chilena)

Tabla 3. Resultados significativos de los test. Comparación mujeres jóvenes con obesidad (OB) y normopeso (N. OB).

TEST. Factores	Resultados	
	Mujeres OB	Mujeres N.OB
1. SCL-90	Hostilidad aumentada Riesgo manifestación síntomas	S/I* S/I
2. MBRSQ: Clasificación por el peso	Correcta	50% correcta/ 50% Subestima
Satisfacción con la apariencia	50% (in) satisfechas	Alta satisfacción
Conformidad con áreas coporales	Disconformidad	Conformidad
Orientación salud	Baja	Alta
Orientación enfermedad	Baja	En promedio
Preocupación por el peso	Baja	Baja
3. DEBQ	Comedor Emocional Externo	Comedor

S/I* = sin presencia significativa del Indicador.

dan a su corporalidad, no sólo como IC sino como vivencia corporal porque éstas se refieren tanto a las representaciones mentales que tienen de sus cuerpos como a los cuerpos físicos en sí y las vivencias asociadas a estos.

1. Vivencia corporal

Las participantes de este estudio describen momentos en que notifican sus cuerpos ligados a sensaciones de dolor corporal, darse cuenta de sus dimensiones en el espacio, limitaciones físicas y también la (in) satisfacción que presentan con la forma y peso corporal, lo que incluye la imagen corporal.

1.1. Percepción del propio cuerpo

Incluye aquellas descripciones de las participantes, en torno a cómo la percepción que otros tenían de sus cuerpos afectaba su propia percepción, así como la percepción de limitaciones o malestar corporal.

Las participantes con normopeso describen que, a pesar de estar satisfechas con su cuerpo, hay partes de este que les gustaría cambiar. Dos de ellas, presentan altos grados de insatisfacción con la delgadez, y también describen haber recibido “malos tratos”, referentes a comentarios negativos en torno a ésta, que son integrados en la propia percepción y valoración del cuerpo.

“(…) Sí, me han presionado. Me han dicho: pucha, deberías ser un poquito más gorda. O come más, para que engordes....Pucha, decía: por qué no soy más gordita, por qué soy tan delgada, me sentía horrible (en el colegio). Entonces, como que igual me afectaba harto.” (párrafo 19, entrevista 2B, N.OB). *“Claro, puede ser cuando estaba en la básica y me molestaban. Entonces, es como que me empecé a preocupar y dije: no, voy a subir un poco más de peso porque mucha gente me lo dice, mis compañeros me molestan, me excluían. Entonces, como que estaba yo cerrada en el mundo y dije voy a cambiar, voy a subir más de peso, voy a cambiar un poco.”* (párrafo 36, entrevista 2B).

Las participantes con obesidad, describen un proceso donde “emerge” la percepción de sus cuerpos. Esta percepción es momentánea no permanece en el tiempo, y es a partir de la observación de sus figuras en el reflejo de alguna superficie, o a través de ciertas sensaciones fisiológicas o kinestésicas, como la sudoración y el dolor articular, que se toma conciencia del cuerpo. En esta experiencia, aunque momentánea, las participantes describen que, aunque la representación habitual de su cuerpo les acomoda, ésta realmente no coincide con lo que perciben en el reflejo o con las sensaciones de su cuerpo. La mayor parte de ellas, describe insatisfacción al notificar sus cuerpos a través de estos eventos, sin embargo, sólo una de ellas refiere que desea bajar de peso; además, esta misma participante, describe que se siente culpable de haberse “provocado” la obesidad.

“(…) De repente si siento como que el cuerpo me estorba....Hay una mampara [vidrio que divide espacios], entonces se ve el reflejo, y siento que no me gusta como

camino, yo imaginándome sin verme, siento que camino bien, pero cuando me veo desde ahí hacia la mampara no me gusta cómo me veo, siento que camino no sé cómo desparramada y después que entro en la puerta siento que el cuerpo me estorba y después ya se me olvida.” (párrafo 52, entrevista 1A, OB).

“(…) cuando el almacén está lleno. Entonces, trato como de no molestar, de pasar de ladito porque siento que choco con los demás y los molesto, pero, eso, como que ahí noto que soy más grande de lo normal” (párrafo 4, entrevistada 1C, OB).

1.2. Cuerpo y limitaciones

Respecto al modo en que las jóvenes perciben su cuerpo, cabe destacar que las participantes con obesidad, reconocen las dimensiones (volumen/tamaño) de sus cuerpos al momento de no poder realizar determinadas actividades cotidianas, mientras que las participantes normopeso, no refieren espontáneamente la sensación de cansancio o limitaciones corporales.

Las participantes normopeso, refieren limitaciones corporales o cansancio, sólo ante la pregunta de cómo creen que sería para ellas si fueran personas con obesidad.

“En sí ya no haría el mismo deporte que me gusta hacer, porque para hacer deporte tendrías que tener mucha flexibilidad y quizás el peso me lo dificultaría. (...)Entonces, ya me dificultaría sacar materiales de una cajonera, ponte tú, ya no la volvería a sacar. Tendría que adaptar todo de nuevo.” (párrafo 21, entrevista 2A N. OB).

“Mi trabajo. Me cansaría mucho más de lo normal. Me cansaría mucho más, sería menos ágil. No rendiría como ahora. Y, a veces, en los trabajos igual hacen bullying cuando uno es rellenita. Pero en eso más que nada, en trasladarse bien, en lo ágil que uno es.” (párrafo 27, entrevista 2D, N. OB).

En cambio, las participantes con obesidad, se refieren espontáneamente al cansancio que les provoca la realización de diferentes actividades físicas cotidianas, así como a las limitaciones corporales de un cuerpo de mayor volumen.

“O sea yo sé porque no es normal mi peso, por ejemplo, ahora último, o sea, yo nunca he sido floja, pero, por ejemplo, ahora último, o sea subo las escaleras, pero, ahora último, como mi trabajo igual es movido sí me canso más.” (párrafo 8, entrevista 1A, OB).

“Hay cosas que no se pueden hacer, correr, sentarse como indio” (párrafo 35, entrevista 1C) *“Si yo camino mucho me duelen los pies.”* (párrafo 22, entrevista 1C, OB).

“Que yo no pueda hacer lo que quiero, y que debería hacer...caminar un poco más y no agotarse, o subir escalones y llegar con la lengua afuera” (párrafo 35, entrevista 1D, OB). *“Cuando camino me duele mucho la rodilla Me canso mucho. Dolor de espalda.”* (párrafo 52, entrevista 1D, OB).

1.3. Satisfacción o malestar asociado a la Imagen Corporal

Las mujeres jóvenes con normopeso y con obesidad, describen diferentes grados de satisfacción corporal, en

cuanto a peso e imagen a lo largo de sus vidas.

En el caso de las participantes normopeso, dos de ellas describen estar satisfechas, y no presentar preocupaciones en torno al cuerpo, mientras que otra manifiesta experimentar insatisfacción en la actualidad, especialmente con su figura delgada, y una última participante, alude a la vivencia de un proceso hacia la aceptación y conformidad con su cuerpo.

"Ahora sí me gusta mi cuerpo. Encuentro que igual es como, es bueno ser delgada. Como que al principio me costaba asumirlo, pero ahora sí. Me siento súper bien, me siento contenta conmigo misma. Me miro al espejo y digo: sí, me gusta lo que veo...sí, me siento segura. Ya tengo la actitud. Antes no, ahora sí. Me siento muy bien conmigo misma en todos los ámbitos, como persona completa." (párrafo 3, 33, entrevista 2B, N. OB).

Las participantes con obesidad, también describen grados variables de (in) satisfacción con la IC. Cabe destacar, que dos participantes describen, al menos en un primer momento, que se sienten muy satisfechas con su peso y apariencia, aunque una de ellas reconoce que esto puede ser una actitud defensiva en contra de las burlas o malos tratos de otras personas.

"Como he sido toda la vida igual, tampoco tengo problemas de complejo ni nada po'" (párrafo 1, entrevista 1C). *...a mí me gusta mi cuerpo, me gustan mis piernas, me gusta todo,(...) Problemas con mi cuerpo no tengo. Todos me dicen "me encantaría tener tu autoestima". Todos me alaban [la personalidad]"* (párrafo 9, entrevista 1C, OB).

"Puede ser mi barrera para que no me molesten [habla de su cuerpo obeso], puede ser. Es que siento que cuando uno les da mucha importancia a las cosas es como, no sé po', cuando uno va al colegio y si te molestan si le prestai atención te van a seguir molestando. Es como lo mismo es como si le tomara mucha importancia siento que me podrían molestar entonces que yo diga que de verdad a mí no me importa mucho es como para no dar pie para que a mí me molesten." (párrafo 8, entrevista 1A, OB).

Las otras dos participantes, insatisfechas con su cuerpo e imagen, refieren que, a pesar de esto, se ven a sí mismas como "buena persona" o preocupada por los demás, lo que compensaría el malestar vivenciado.

"Es que no me gusta, entonces como que no, siento que no me quiero (...) yo siento que soy una buena persona, pero físicamente no me gusto como estoy" (párrafo 39, entrevista 1B,OB).

"Yo me veo como una mujer gorda. Me siento mal, verme como soy ahora, en el espejo, porque antes no era así" (párrafo 1, Entrevista 1D, OB). *"Me gusta demostrar a veces como yo no estoy. Muestro caretas, puedo llegar a un lugar muy triste, pero veo a otra persona y voy a alegrarlo. Soy buena persona con los demás. Sobre todo, por lo que estudie soy buena servidora, me gusta ayudar al resto"* (párrafo 42, entrevista 1D, OB).

2. Hábitos saludables

Se refiere a la realización de conductas habituales

(frecuentes) ligadas tanto a la alimentación como al ejercicio físico, que las participantes tanto con normopeso como con obesidad califican como saludables o no.

Describen alimentación no saludable, especialmente dietas con alto contenido calórico, y la no realización de ejercicio físico, lo que por sí mismo es considerado no saludable.

2.1. Hábitos saludables asociadas al cuidado personal

Algunas participantes, tanto normopeso como con obesidad, asocian las prácticas saludables a "cuidado personal" en relación a la alimentación y la realización de actividad física y/o a rutinas de belleza que las hagan sentirse bien consigo mismas. También, plantean que el tipo de alimentación está sujeto a lo que se compre y cocine en su casa, rol que en ambos casos lo cumple la madre de las jóvenes.

En la mayoría de las participantes normopeso, se observa que intentan darle un espacio a la actividad física, dentro de jornadas laborales extensas, y si esto no es posible, se preocupan por mantener una alimentación saludable. Sólo una de ellas declara "no cuidarse en absoluto".

"Me levanto en la mañana súper temprano para trabajar. Creo también que el trabajo me ha adecuado los cambios alimenticios (...). Pero sí trato de comer sano. Últimamente, porque la comida chatarra [alta en calorías] me ha hecho muy mal y me he estado enfermado. Y he visto que hay muchos componentes químicos que dañan la salud. Entonces, yo quiero tener hijos más adelante. Y tengo que cuidarme para que no me pase nada y no me afecte la salud." (párrafo 8, entrevista 2A, N.OB).

"Bueno, como yo vivo con mi mamá. Mi mamá siempre se preocupa de la alimentación. Que sea siempre saludable. Entonces, como que de comida chatarra no se vive mucho en mi casa. Y si lo hacemos, es como dos veces al mes o, a veces, para darse un gusto o algo así. Pero mi mamá siempre es como mucha verdura, mucha legumbre, ensaladas, todo eso." (párrafo 6, entrevista 2B, N.OB).

En cambio, la mayoría de las participantes con obesidad describe no tener prácticas saludables, es decir, realizan poca actividad física y llevan una dieta a base, principalmente, de alimentos altos en calorías. Por otro lado, destaca el que algunas se muestran incluso contrarias a la idea de la "hacer dieta" -referida a la restricción alimentaria-, no obstante, llevan a cabo algunas acciones con el objetivo de "cuidarse", como bajar el consumo de sal y cigarrillos.

"Yo muy pocas veces me ha llamado la atención hacer una dieta. Yo estuve un tiempo con una adolescentóloga, que era la Dra. X y ahí estuve bajando de peso, haciendo ejercicio y fue todo así, estuve como dos meses con ella y después no quise venir más (...)" (párrafo 2, entrevista 1A, OB). *"Que las cosas de dieta las encuentro malas..."* (párrafo 17, entrevista 1A).

2.2. Prácticas estéticas como hábitos saludables

Cuando el cuidado personal se asocia con la apariencia,

o con la estética personal. De manera homogénea la mayoría de las participantes, tanto normopeso como con obesidad lo consideran importante y lo practican; y en el caso de una de las participantes con obesidad le permite sentirse, en parte, satisfecha con su cuerpo.

“Me gusta arreglarme. Maquillarme solo los ojos y los labios. (...) Cuando sí salgo, por ejemplo, con mi pololo [pareja] o tenemos que ir a algún lado con mi familia, un cumpleaños, ahí sí me arreglo. Me arreglo harto igual....(se preocupa) de la ropa, el pelo y el maquillaje.” (párrafo 21, entrevista 2D, N. OB).

“soy súper, no sé, súper preocupada de mí: que el shampoo, que el maquillaje, que el pelo, que me lo tiño, que me lo cambio de color y así. Entonces, como que yo no... Problemas con mi cuerpo no tengo. A veces sí, por ejemplo, con cosas que ... Toda la vida hay cosas que uno... Yo no puedo hacer, como lo hace una persona delgada” (párrafo 2, 1C, OB).

3. Relación de la alimentación con el manejo de las emociones

Dos de las participantes normopeso, refieren que con emociones fuertes y negativas disminuyen la ingesta de comida y, por lo tanto, que habría un impacto del estado emocional sobre la conducta alimentaria. En este contexto, y reconociendo esta relación, ambas describen distintas estrategias para modular sus emociones.

“Encuentro que cuando estoy un poco desanimada me produce un poco de ansiedad. No sé si el estrés también influye. Pero sí encuentro que cuando hay episodios, así como más donde uno está más inestable, produce ansiedad. Sin embargo, yo trato de hacer otras cosas para que no influya ni el estrés ni la ansiedad, porque como le había dicho yo hago deporte. Entonces, trato de enfocarme más en el deporte, organizar mis ideas, pensar otra cosa, pintar, cosas de no darle lugar a la ansiedad ni nada de eso porque sé que, si como mucho me va a hacer mal, me voy a sentir mal porque los episodios que me dan de comer harto siempre producen que me duela el estómago.” (párrafo 13, entrevista 2A, N. OB).

Por su parte, la mayoría de las participantes con obesidad, aluden a la relación comida- manejo de emociones, principalmente “negativas”. Plantean, que tanto la ansiedad como la tristeza, tienden a modularlas aumentando las cantidades de alimento o azúcares ingeridos, pudiendo llegar al descontrol conductual. Una de ellas, atribuye esta conducta a un “modo de autocastigarse a sí misma”, por sentirse culpable o que hizo algo mal.

“Cuando tengo más pena, me refugio en comer más.” (párrafo 14, entrevista 1B, OB).

“Lloro mucho y me da por comer cosas dulces. Se me quita la pena [comiendo]. Pero, después, no sé, me pasa algo, no sé, me da pena y me como un chocolate y chao dieta, se me olvidó.” (párrafo 17, entrevista 1C, OB).

A modo de síntesis de los resultados obtenidos, en la tabla 4 se resumen las diferencias y similitudes detectadas

entre las participantes con normopeso y obesidad, en función de las categorías expuestas en este apartado.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los hallazgos de este trabajo, se puede plantear en primer lugar, que las participantes con obesidad clasifican correctamente su peso, mientras que la mitad de las participantes normopeso tiende a subestimar su peso, lo que puede deberse a que según su historia éstas últimas presentaban bajo peso en la niñez. A pesar de esto llama la atención que la toma de consciencia acerca del tamaño del cuerpo en el caso de las mujeres con obesidad es momentánea y al desaparecer la percepción directa o el malestar corporal, con ello desaparece la percepción del exceso de peso e insatisfacción corporal. En este punto, se observan ciertos niveles de distorsión en la representación del cuerpo, dado que tienen una idea de su cuerpo que no corresponde a lo que observan cuando están viendo su reflejo, lo que parece relacionarse con lo encontrado en otras investigaciones en que mujeres con obesidad tienden a subestimar su tamaño y figura corporal^{18,19}.

De acuerdo a las respuestas a los test, las mujeres con obesidad presentan mayores sentimientos de irritabilidad, agresión y resentimiento que sus pares con peso normal, y se observa riesgo de que estos síntomas presenten una mayor intensidad en comparación con las participantes normopeso en las cuales los síntomas reportados se encuentran dentro de rangos e intensidades normales, esto es coincidente con otras investigaciones en que se asocia la presencia de obesidad con mayor sintomatología emocional^{10,11}. Esto es relevante, porque se describen asociaciones fuertes y persistentes entre emociones negativas y sobreconsumo de alimentos^{18,28,29}. Por otro lado, pero en el mismo sentido, se observa en este estudio que la insatisfacción con partes del cuerpo es mayor en mujeres jóvenes con obesidad que en mujeres con peso normal, lo que coincide con la literatura¹³.

El menor interés por aspectos relacionados con salud y/o enfermedad de las participantes con obesidad en comparación con las que presentan normopeso, puede generar mayores dificultades para tener interés por regular su peso, y puede ser un indicador de riesgo en estas edades. Así como lo plantean Mena y Gorman, quienes observan que en población latina femenina es sólo la asociación del peso con enfermedad en sus hijos lo que las lleva a restringir su alimentación³⁹. Esta idea es reforzada, por otros hallazgos de esta investigación, en que se observa que las participantes con obesidad realizan actividades de cuidado como no comer sal o fumar cigarrillos, lo que asocian a enfermedades no transmisibles. Además, las respuestas observadas en las jóvenes con obesidad estas no presentan una significativa preocupación por su peso, esto no coincide con lo encontrado en otras investigaciones en que se observa que las personas con obesidad tienden a tener mayor preocupación por su peso lo que lleva a fomentar conductas de restricción alimentaria^{17,20,21}, al contrario la mayoría de las participantes con obesidad, en

Tabla 4. Resumen Resultados cualitativos.

Categoría	Mujeres con Obesidad	Mujeres Normopeso
Vivencia corporal	Momentánea preocupación e Insatisfacción con el tamaño del propio cuerpo	Satisfacción corporal Problemas con ser delgadas
Satisfacción Corporal	2 Satisfechas/ 2 insatisfechas	El grado de insatisfacción con el cuerpo ha ido cambiando a lo largo de la vida
Limitaciones corporales:	Percepción de numerosas limitaciones para realizar diferentes actividades cotidianas con sus cuerpos	No perciben limitaciones
Hábitos	Los hábitos se asocian con el cuidado corporal No realizan prácticas habituales saludables. Preocupación por la apariencia y la estética personal es vivenciado como un indicador de estar satisfecha o sentirse bien consigo misma.	Los hábitos se asocian con el cuidado corporal. Realizan prácticas alimentarias saludables. Preocupación por la apariencia y la estética personal es vivenciado como un indicador de estar satisfecha o sentirse bien consigo misma
Regulación emocional	Aumentan ingesta alimentaria con emociones negativas	Presentan diversas estrategias de regulación, una es la disminución de la ingesta

este estudio, describen una mala percepción de las dietas por lo que no presentan restricción alimentaria.

Todas las participantes tienen conocimiento sobre lo que es saludable, sin embargo, las participantes que presentan obesidad, a diferencia de las que presentan normopeso, no realizan conductas concretas de autocuidado relacionadas con la alimentación. En este sentido todas las participantes que presentan normopeso describen preocuparse por tener hábitos alimentarios saludables, no así las que presentan obesidad. Hay en nuestros resultados, una cierta tendencia, en las participantes con obesidad, a reemplazar el cuidado personal, especialmente ligado a aspectos estéticos, por el cuidado del exceso de peso; es decir, si pueden verse bien no es necesario considerar el exceso de peso.

El mantenimiento y desarrollo de hábitos alimentarios saludables se asocia en los jóvenes a la posibilidad de que la familia sostenga estos hábitos y especialmente la madre⁴⁰, lo que también se observa en las participantes de este estudio, y especialmente en las que tienen peso normal.

A pesar de que las participantes son comparables en variables sociodemográficas, NSE y de estudios, es necesario tener precaución con las conclusiones dado el número de participantes.

Acerca de las limitaciones del estudio, se pueden señalar las siguientes: el que la muestra fuera homogénea

y pequeña no permite realizar un análisis cuantitativo de los datos; sería deseable para poder observar medias o promedios aplicar los cuestionarios a una muestra de mujeres jóvenes con obesidad y normopeso mayor. Esto permitiría triangular los datos a través de usar diferentes fuentes de información.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de este estudio se puede plantear que las mujeres jóvenes presentan diferentes grados de distorsión en la percepción de sus cuerpos, independiente de si están con normopeso u obesidad. Sería relevante evaluar no sólo la representación del cuerpo sino la vivencia corporal de mujeres que presentan obesidad, porque en ella, aunque de manera momentánea se producen contradicciones entre lo que ven y sienten de sus propios cuerpos, como la consciencia de estas contradicciones es no permanece en el tiempo esto puede fomentar la negación de la obesidad y su mantención. Las participantes con obesidad presentan mayores indicadores de ingesta emocional, especialmente al momento de manejar emociones negativas, y aunque conocen lo que es la alimentación saludable no presentan hábitos cotidianos saludables. En cambio, las que tienen peso normal, parecen tener una mayor variedad de mecanismos de regulación emocional. Dado que son mujeres jóvenes,

parece relevante en este rango etario, seguir evaluando la falta de importancia que le dan a la enfermedad porque esto podría ser un factor de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. *Obesity and Overweight*, 2013. Extracted of: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Ministry of Health of Chile. *National Health Survey [ENS] 2016-2017*, 2017. http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- Ministry of Health of Chile. *National Survey of Food Consumption [ENCA]*. Extracted of: http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf
- Durán S, Bazaes G, Figueroa K, Berlanga M, Encina C, Rodríguez M. Comparison between the quality of life and nutritional status of nutrition students and those of other university careers at the Santo Thomas University in Chile. *Nutr Hosp* 2012; 27(3): 739-746.
- Ratner R, Hernández P, Martel J, Atalah E. Food quality and nutritional status in university students of eleven Chilean regions. *Rev Med Chil* 2012; 140(12): 1571-1579.
- Rodríguez R, Romo B, Escobar B, Aragón B, Espinoza L, MacMillan N, Gálvez J. Eating habits, physical activity and socioeconomic level in university students of Chile. *Nutr Hosp* 2013; 28(2): 447-455.
- Steinbeck K, Baur L, Cowell C, Pietrobelli A. Clinical research in adolescents: challenges and opportunities using obesity as a model. *Int J Obes* 2009; 33(1): 2-7.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing, 2013.
- Van Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Res* 2010; 178:230-235.
- Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bidirectional relation between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian J Psychiatr* 2016; 21:51-66.
- Goldschmidt AB, Becker C, Wall M, Choo THJ, Neumark-Sztainer D. Shared risk factors for mood-, eating-, and weight-related health outcomes. *Health Psychol* 2015; 35(3): 245-252.
- Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Lizana P, Castro A. Body image, psychological symptoms and eating disorders among Chilean adolescents and young adults. *Rev Med Chil* 2016; 144: 717-724.
- Wertheim EH, Paxton SJ. *Body Image Development in Adolescent Girl. Body Image A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. The Guilford Press. London, 2011, p. 76-84.
- Weinberger N-A, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts* 2016; 9: 424-441.
- Bermúdez S, Franco K, Álvarez G, Vásquez R, López X, Ocampo M. The role of body dissatisfaction and peer groups influence on publicity, aesthetic models, and dieting influences. *Mex J Psychol Res* 2009; 1(1): 9-18.
- Tiggemann M, Slevac J. Appearance in adulthood. In Rumsey N, Harcourt D. (Eds.), *Oxford handbook of the psychology of appearance*. Oxford University Press, Oxford, 2012, p. 142-159.
- Neumark-Sztainer D. *Obesity and body image in youth. Body Image: A Handbook of Science, Practice and Prevention*. The Guilford Press, London, 2011, p. 180-188.
- Cordella P. Eat and go back to eat without knowing how to finish. In P. Cordella. *Anorexia Bulimia Obesity. Experience and y reflection with patients and families*. Santiago, Catholic University of Chile Editions, 2010, p. 93-123.
- Gardner RM. Weight status and the perception of body image in men. *Psychol Res Behav Manag* 2014; 7:175-184.
- Dunkley TL, Wertheim EH, Paxton S. Examination of model of multiple sociocultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence* 2001; 36(142):265-279.
- Panchaud CM, Szymanski J, Marques-Vidal P, Giusti V. Identification of psychological dysfunctions and eating disorders in obese women seeking weight loss: cross-sectional study. *Int J Endocrinol* 2014; 1-23.
- Moola FJ, Norman ME. On judgment day: Anorexic and obese women's phenomenological experience of the body, food and eating. *Fem Psychol* 2016; 259-279.
- Oda-Montecinos C, Saldaña C, Andrés A. Daily and abnormal eating behaviors in a community sample of Chilean adults. *Nutr Hosp* 2015; 32(2): 590-599.
- Sanchez JL, Pontes Y. Influence of emotions in the food intake and weight control. *Nutr Hosp* 2012; 6: 2148-2150.
- Ambwani S, Slane JD, Thomas KM, Hopwood CJ, Grilo CM. Interpersonal dysfunction and affect-regulation difficulties in disordered eating among men and women. *Eat Behav* 2014; 15:550-554.
- Varela P. Food, emotions and food choice. *Food Res Int* 2015; 76:179.
- Køster EP, Mojet J. From mood to food and from food to mood: A psychological perspective on the measurement of food-related emotions in consumer research. *Food Res Int* 2015; 76:180-191.
- Giannini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat Behav* 2013; 14:309-313.
- Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015; 49: 125-134.
- Marín V, Sommer K, Agurto P, Ceballos ML, Aguirre ML. Eating disorders risk among obese adolescents. *Rev Med Chil* 2014; 142:1253-1258.
- Godoy F. Symptoms of depression, anxiety and low self-esteem in women with obesity and binge eating disorder. *Rev Chil Nutr* 2014; 41(3): 260-263.
- Vander-Wall JS. Night eating syndrome: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 49-59.
- Silva J, Lecannelier F, Reyes C, Sapunar J, Cordella P. National Report of Problematic Food Behaviors and Obesity. Considerations for the development of intervention programs and public policies. *Publications Faculty of Psychology UDD, Santiago*, 2014.
- van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched treatment of Obesity. *Curr Diab Rep* 2018; 35:1-8.
- Vittengl JR. Mediation of bidirectional relations between obesity and depression among women. *Psychiatry Res* 2018; 264: 254-259.
- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory.

Aldine Publishing Company, Chicago, 1967.

37. Taylor S, Bogdan R. *Introduction to qualitative research methods*. Paidós, Buenos Aires, 1998.
38. Strauss A, Corbin J. *Bases of qualitative research. Techniques and procedures to develop grounded theory*. Editorial University of Antioquia, Bogotá, 2002.
39. Mena NZ, Gorman KS. *Contextual and Cultural influences on parental feeding practices and involvement in child care centers among hispanics parents*. *Child Obes* 2015; 11: 347-354.
40. Schnettler B, Höger Y, Orellana L, Sepúlveda J, Salinas-Oñate N, Lobos C, Grunert KG. *Family eating habits, family support and subjective well-being in University students in Chile*. *Nutr Hosp* 2016; 33: 451-458.