



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales
Programa de Doctorado en Psicología

**“PROPUESTA DE UN MODELO TEÓRICO PARA COMPRENDER LA
CONDUCTA ALIMENTARIA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN CHILE”**

Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología

Por: Julieta Sánchez Bizama
Profesor Guía: Félix Cova Solar
Profesora Co-guía: Paulina Pettinelli Rocha

CONCEPCIÓN, CHILE 2020

AGRADECIMIENTOS

A Ignacia y Milena, por ser el propósito para ser mejor cada día

A mi familia, en especial a Camila y Renata

A todas mis grandes amigas

Al Dr. Félix Cova y a la Dra. Paulina Pettinelli, por guiar mi trabajo de tesis

Al Doctorado en Psicología de la Universidad de Concepción

A Conicyt, por el financiamiento de esta Tesis Doctoral

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	1
TABLA DE CONTENIDOS	2
INDICE DE TABLAS	4
INDICE DE FIGURAS	5
INTRODUCCIÓN	10
PROBLEMATIZACIÓN	12
1. MARCO TEÓRICO	16
1.1 Concepto de conducta alimentaria	16
1.2 El estudio de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios	19
1.3 Modelos explicativos de las conductas de salud y alimentación	23
1.4 Emociones y conducta alimentaria	30
2. OBJETIVOS	35
2.1 Objetivo General	35
2.2 Objetivo Específicos	35
4. HIPÓTESIS	36
5. MÉTODO	36
5.1 Diseño	36
5.3 Variables	43
5.4 Instrumentos	46
5.5 Procedimiento	48
5.6 Estudio instrumental:	48
Etapa cuantitativa: elaboración y validación cuestionario TAP	48
5.7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	49
6. RESULTADOS	50
6.1 <i>Resultados estudio instrumental</i>	50
6.2 <i>Resultados etapa cualitativa: elicitación de creencias alimentarias.</i>	50
7. Resultados estudio empírico	54
7.1 <i>Descriptivos</i>	54
7.2 <i>Análisis bivariados</i>	57
7.3 <i>Análisis del modelo de medida.</i>	57
8. DISCUSIÓN	65
8.1. Limitaciones de la investigación	77
8.2 Proyecciones de la investigación.	78
9. Conclusiones	82
10. REFERENCIAS	83

11. ANEXOS	107
Anexo N° 1	107
Anexo N° 2	109
Anexo N° 3	110
Anexo N° 4	119
Anexo N° 5	120
Anexo N° 6	129
Anexo N° 7	130
Anexo N° 8	134
Anexo N° 9	137
Anexo N°10	139
Anexo N° 11	142
Anexo N° 12	147
Anexo N° 13	149
Anexo N°14	150

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Estimación tamaño de muestra	39
Tabla 2 Distribución de la muestra total por Carrera	40
Tabla 3 Distribución de la muestra total por edad.....	41
Tabla 4 Descripción de las variables del modelo	43
Tabla 5 Análisis de confiabilidad instrumentos.....	47
Tabla 6 Resumen creencias alimentarias en torno a la alimentación saludable.	51
Tabla 7 Distribución final del cuestionario TAP	53
Tabla 8 Datos descriptivos por variable muestra total.....	55
Tabla 9 Análisis descriptivo por sexo	56
Tabla 10 Matriz de correlaciones de Pearson	57
Tabla 11 Análisis de medida (primera versión).....	59
Tabla 12 Correlaciones entre errores cuestionario TAP	59
Tabla 13 Análisis de medida TAP	59
Tabla 14 Análisis modelo de medida DEBQ.....	60
Tabla 15 Varianza explicada de la intención conductual por cada predictor por separado	61
Tabla 16 Ajuste de modelo predictivo conducta alimentaria universitarios chilenos.....	63
Tabla 17 Análisis de moderación con variable comer emocional.	64
Tabla 18 Distribución por dimensión cuestionario TAP (2ª Versión).	121
Tabla 19 Resumen de la revisión bibliográfica en torno a construcción de instrumentos en base a la TAP.....	122
Tabla 20 Distribución por dimensión para cuestionario TAP (3ª versión).	123
Tabla 21 Distribución cuestionario TAP(4ta versión).....	124
Tabla 22 Distribución final del cuestionario TAP	125
Tabla 23 AFC cuestionario TAP con WLSMV.....	125
Tabla 24 Análisis de confiabilidad cuestionario TAP	126

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Comportamiento alimentario	18
Figura 2 Modelo de Ajzen, 1991.....	26
Figura 3 Modelo Integrativo propuesto.....	35
Figura 4 SEM modelo predictivo de la conducta alimentaria universitarios chilenos.....	62
Figura 5 Coeficientes de regresión por cuartiles de la variable comer emocional.....	64
Figura 6 Descriptivos por Carrera.....	149

Resumen

Introducción: Estudios en Chile indican que estudiantes universitarios presentarían patrones de alimentación inadecuados e índices de enfermedad cardiovascular y sobrepeso en aumento. Conocer en detalle las causas de este fenómeno podría contribuir a su solución. En este grupo poblacional se pueden reconocer distintos determinantes de una conducta alimentaria poco saludable, siendo los más explorados aquellos que tienen que ver con aspectos biomédicos, socioeconómicos y psicológicos (Story, Kaphingst, Robinson-O'Brien & Glanz, 2008).

El presente estudio se fundamentó conceptualmente en la teoría de la acción planificada (TAP), elaborada por Ajzen (1991), que propone cuatro predictores psicológicos de la conducta (actitud conductual, norma subjetiva, control percibido e intención). Si bien existe un robusto cuerpo empírico que sustenta la viabilidad de este modelo para el estudio y comprensión de la conducta humana en distintos ámbitos, existen ciertas críticas que apuntan a que existen situaciones donde sus componentes no explicarían la conducta alimentaria de forma tan clara, dando espacio a la consideración de factores no volitivos que inciden en dicha conducta. Específicamente, serían situaciones donde hay presencia de emociones negativas intensas, tales como tristeza, ansiedad, estrés o aburrimiento, o también sintomatología depresiva, donde la relación entre intención y conducta pareciera debilitarse. En esta línea se ha considerado que el comer emocional, descrito como un aumento descontrolado del consumo de alimentos calóricos asociado a emociones negativas, puede ser un factor moderador de la relación entre intención conductual y la conducta alimentaria.

Objetivos: El objetivo principal de esta investigación fue proponer y analizar un modelo teórico de factores cognitivos y emocionales explicativos de la conducta alimentaria de estudiantes universitarios en Chile.

Diseño: Para realizar la propuesta y validación de dicho modelo explicativo, se desarrollaron dos estudios. El primero fue un estudio de tipo instrumental con diseño mixto, donde se elaboró y validó un cuestionario para medir los cuatro predictores cognitivos de la conducta alimentaria propuestos por la TAP, en base a información previamente recogida de forma cualitativa. El segundo estudio fue de tipo empírico y consistió en analizar la aplicabilidad del modelo teórico de Ajzen para explicar la conducta de alimentación de los estudiantes universitario, incluyendo el análisis del rol moderador de la variable comer emocional sobre la interacción de los predictores

de la TAP y la conducta alimentaria. Las variables consideradas en este modelo fueron: los cuatro predictores de la conducta alimentaria propuestos por la TAP, comer emocional y conducta alimentaria.

Método: En la primera etapa del primer estudio (estudio instrumental) se exploraron las percepciones y creencias en torno a la alimentación de una muestra (n= 181) estudiantes de pregrado provenientes de distintas carreras de la UdeC, que fueron seleccionados por conveniencia. La técnica de recolección de la información utilizada fue el grupo focal y el instrumento, una pauta de preguntas semiestructurada. Se analizó la información bajo el enfoque fenomenográfico y a través de la técnica análisis del contenido. La segunda etapa de este estudio correspondió a la construcción y validación del cuestionario TAP, para lo cual se elaboró un instrumento que permitiera medir los cuatro predictores psicológicos de la conducta alimentaria propuestos por la TAP y luego se validó mediante análisis factorial exploratorio y prueba de confiabilidad en una muestra de 180 estudiantes de pregrado.

El segundo estudio (estudio empírico) consistió en la evaluación de la aplicabilidad del modelo de Ajzen para explicar la conducta alimentaria de jóvenes en Chile, incorporando una variable afectiva como moderadora de la intención conductual en la conducta final. La muestra utilizada para este estudio fue de 744 estudiantes pertenecientes a 12 carreras de pregrado de la UdeC. Para medir las variables del modelo, se aplicaron los siguientes cuestionarios; DEBQ para medir comer emocional, Cuestionario de conducta alimentaria para medir alimentación y Cuestionario TAP para medir actitud conductual, norma subjetiva, control percibido e intención. Una vez obtenida la información, se procedió a su digitalización para generar una base de datos doble, la cual fue analizada mediante el programa Mplus versión. Se realizó en primer lugar un SEM para determinar la relación entre las variables del modelo entre sí y con la conducta alimentaria. En una segunda fase se determinó el rol de la variable afectiva (comer emocional) en la interacción entre las variables TAP y la conducta alimentaria, mediante una prueba de moderación.

Resultados

El primer estudio arrojó los siguientes resultados: el grupo de estudiantes entrevistados creen que alimentarse de forma saludable les permitiría tener mejor salud física y mental (creencias conductuales). Sin embargo, perciben que para poder alimentarse de mejor manera, deberían contar con el apoyo directo de la

madre, así como con mayor tiempo, dinero y conocimientos culinarios. Paralelamente, consensuaron que no sienten ninguna presión social por alimentarse mejor, ni desde el ámbito familiar ni tampoco académico (compañeros, profesores). Tampoco existen figuras significativas en sus contextos que promuevan una alimentación balanceada por lo que no existiría influencia de externos en este sentido (creencias normativas).

El análisis factorial confirmatorio del instrumento diseñado a partir de lo anterior fue mostró que presentaba índices de ajuste adecuados. La confiabilidad fue medida a través del indicador Alfa de Cronbach mostrando valores adecuados en las cuatro dimensiones del instrumento.

Referente al estudio empírico, el modelo propuesto tuvo índices de ajuste robustos. Lo anterior indica que dicho modelo resulta adecuado para explicar la intención conductual a partir de los tres factores de la TAP, siendo el control percibido el mejor predictor de la intención en la muestra estudiada. También se demostró que la intención conductual predice en un 10,3 % de la varianza de la conducta alimentaria. Además, se pudo establecer el rol moderador del comer emocional sobre la relación entre intención y conducta alimentaria.

Conclusiones: El instrumento elaborado en esta investigación es válido para medir los factores de la TAP en población universitaria en Chile. El modelo teórico propuesto permite explicar la conducta alimentaria de los jóvenes universitarios a través de los cuatro determinantes psicológicos propuestos. El comer emocional es un moderador de la relación entre intención y conducta alimentaria, ya que a mayor presencia de comer emocional, más débil es la relación entre ambas variables. Los resultados de esta investigación revisten importancia en dos niveles. El primer nivel se relaciona con la aplicabilidad de los resultados en la atención clínica de pacientes con alteraciones del peso y con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, donde el hecho de identificar la presencia del comer emocional de forma previa al inicio de la terapia nutricional, anticipa una baja probabilidad de alimentarse de forma adecuada aunque la intención de hacer un cambio de alimentación esté presente. Para evitar esta situación sería relevante reforzar otros aspectos durante la atención nutricional que permitan mejorar tanto el afrontamiento a las emociones negativas como disminuir las presencia de emociones negativas como angustia, ansiedad, estrés, tristeza, etc.). Algunas propuestas de intervención basadas en evidencia incorporan la reestructuración cognitiva, la meditación y el *mindfulness*

como herramientas que favorecerían una modificación conductual efectiva. Un segundo nivel de implicancia, tendría relación con el rol promotor de las instituciones de educación superior en los estilos de vida saludable de la comunidad educativa, donde a partir de un diagnóstico de la conducta alimentaria (estilos de ingesta) se pudieran desarrollar estrategias generales de promoción de alimentación saludable, interviniendo no solo a nivel de la conducta alimentaria observable sino que también fortaleciendo los predictores psicológicos que facilitan la implementación de dicha conducta.

Palabras clave: Teoría de la acción planificada, emociones, conducta alimentaria, universitarios.

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso se han transformado en un problema de salud pública a nivel mundial y también nacional. Según reporte de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), año 2019, sobre Salud Pública en Chile, junto con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (2017), Chile es el país con más obesidad y sobrepeso a nivel iberoamericano, superando a México, quien por años fue el país con índices más altos, alcanzando en el año 2016 un 74% en población adulta y un 45% en población infantil. Lo que evidencia que, a pesar de haber implementado políticas y estrategias a nivel gubernamental desde el año 2004, para el manejo de la obesidad, no se han visto mejoras de ningún tipo en los últimos 15 años.

La obesidad se ha definido como un fenómeno multifactorial, que exige esfuerzos combinados a distintos niveles para su adecuada prevención y tratamiento. En general, la tendencia ha sido abordar esta problemática desde el modelo biomédico, es decir, considerando principalmente aspectos biológicos, genéticos y nutricionales. Sin embargo, a nivel de salud comunitaria, son escasos los intentos formales por abordar aspectos psicosociales del sobrepeso y la obesidad para su adecuada prevención y tratamiento. Es fundamental contar con información actualizada y basada en un marco conceptual claro y robusto, que permita proponer modelos de intervención con sustento teórico y empírico, para el logro progresivo del mejoramiento de la efectividad de las acciones. De esta forma, las autoridades en salud podrán fundamentar políticas efectivas conducentes a la superación de esta problemática.

En esta línea surge la presente investigación, la cual tuvo como objetivo general evaluar un modelo teórico que permita explicar cómo se relacionan ciertos predictores psicológicos y emocionales con la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Chile. En una primera fase, este estudio identificó las creencias alimentarias que subyacen a los predictores cognitivos que influyen en la conducta de alimentación. Luego se estudiaron las propiedades psicométricas de los instrumentos diseñados y escogidos, para medir las variables del estudio. Finalmente, se probó la validez de un modelo teórico para explicar la relación entre factores cognitivos y emocionales con la conducta alimentaria de los jóvenes.

Contar con esta información contextualizada permitiría tener un diagnóstico local de las características de la alimentación de los estudiantes de educación superior y sus predictores, lo que es una base para crear estrategias de promoción de alimentación saludable que contemplen herramientas psicoeducativas que favorezcan la modificación de la conducta alimentaria y prevengan las alteraciones del estado nutricional y la aparición de trastornos de la conducta alimentaria y enfermedades metabólicas en etapas posteriores de la vida.

PROBLEMATIZACIÓN

En los últimos 15 años se han realizado múltiples investigaciones en estudiantes universitarios chilenos que han permitido establecer que los patrones alimentarios de este grupo son inadecuados en relación a sus requerimientos nutricionales y a su actividad física, presentando alta ingesta de productos calóricos, grasos y azucarados y bajo consumo de agua y de alimentos naturales saludables (Ratner, *et al.*, 2012; Mardones, *et al.*, 2009; Aranguiz *et al.*, 2010). Además, se ha observado en esta población que es frecuente que existan hábitos de alimentación riesgosos para la salud, tales como omitir horarios de alimentación (especialmente el desayuno), comer snacks entre comidas y realizar atracones nocturnos (Troncoso & Amaya, 2009; Arroyo, Ansotegui, Pascual, Salces & Rebato, 2006). Diversos estudios realizados en distintos países, han demostrado que estudiantes universitarios aumentan el peso corporal entre 1,0 kg y 2,8 kg en promedio, durante el primer año, existiendo diferencias por sexo al respecto. Los hombres aumentarían en promedio 3.8 kg y las mujeres, 1.8 kilos. Como explicación al aumento de peso, se ha señalado principalmente la conducta de comer todo lo que puedas en el casino de la universidad, el “snaking” o “picoteo” y la ingesta de alimentos ricos en grasas. También se han observado cambios en los hábitos alimentarios a lo largo de la estadía en la universidad, como disminución del consumo de alimentos saludables y beneficiosos para la salud como leche, verduras frescas, huevos, carne y pescado. Paralelamente se observó el aumento del consumo de donas, cerveza, destilados y café incluso en algunos casos llegando a reemplazar el desayuno, el almuerzo o la cena (Levitsky, Halbmaier & Mrdjenovic, 2004; Prado, Silva, Nascimento, y Cabral, 2019; Beaudry, Ludwa, Thomas, Ward, Falk & Josse, 2019). Este resultado se podría proyectar en una ganancia de peso de 10 kilos en el periodo universitario completo, lo que sin duda se traduce en un aumento concreto del riesgo para presentar trastornos de la conducta alimentaria y enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular a corto plazo (Durán, *et al.*, 2017).

Como se sabe la conducta alimentaria es un fenómeno multifactorial toda vez que influyen en ella determinantes biológicos, sociales, culturales y económicos, entre otros (Story, Kaphingst, Robinson-O'Brien, & Glanz, 2008). En determinadas situaciones, estos factores ponderan de maneras distintas e influyen de menor o

mayor manera sobre la misma. En este contexto es relevante, al momento de explicar la conducta de alimentación de un grupo poblacional, considerar un marco conceptual que permita sustentar su estudio. En el caso de esta investigación, el marco conceptual estará dado la teoría de la Acción Planificada de Ajzen (1991) utilizada en estudio del comportamiento (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008). Esta teoría ha sido utilizada de forma referencial en diversas investigaciones a nivel internacional en el campo de la conducta alimentaria existiendo varios meta- análisis desarrollados con el objetivo de medir la pertinencia de esta teoría para explicar conductas relacionadas con la alimentación, principalmente en población adulta joven y sana (McEachan, *et al.*, 2011; Riedl *et al.*, 2015). El aporte de esta teoría se basa en el supuesto de que cada conducta específica está influida por la intención de realizarla, la cual a su vez está determinada por los factores actitud, norma subjetiva y control conductual percibido. Estos tres predictores se conforman a partir de las creencias que tienen las personas respecto a estos tres ítems, es decir, a las creencias conductuales, normativas y de control.

Si bien este modelo ha demostrado ser efectivo para explicar, predecir y modificar la alimentación de los estudiantes de educación superior (Riebl *et al.*, 2015), las principales limitaciones reportadas tienen relación con que no consideraría el rol de las emociones en la conducta alimentaria. Por ser una teoría con componentes cognitivos asume que las personas son racionales al momento de tomar decisiones alimentarias y que se comportarán de acuerdo a lo reportado.

Para estudiar con mayor profundidad cómo se relacionan las emociones y la alimentación se ha tomado la propuesta teórica de van Strein emanada de la teoría psicosomática, teoría de la externalidad y teoría de la restricción, donde para cada una de ellas existe respectivamente un tipo de comportamiento alimentario anómalo o no fisiológico que daría cuenta de una alimentación desbalanceada que responde a un tipo de estímulo en particular (Van Strien *et al.*, 1986). El primer estilo de ingesta propuesto es el comer emocional (CE) o alimentación emocional, que se caracteriza porque las personas aumentan la ingesta de cierto tipo de alimentos en respuesta a emociones negativas intensas. También se ha descrito el comer externo (CEx), que se identifica por un aumento de la ingesta de alimentos en respuesta a señales externas relacionadas con la comida, como la vista y la palatabilidad. También se

describió el comer restrictivo (CR), donde el control dietético o restricción alimentaria modula la forma de alimentarse, vía señales cognitivas, para disminuir al máximo la ingesta calórica y así reducir el peso corporal.

Específicamente, en esta investigación se pone el foco en el estudio del comer emocional, ya que se pretende profundizar en el rol de las emociones en la conducta alimentaria y también en la influencia de los afectos en los factores cognitivos predictores de la conducta alimentaria propuestos por Ajzen.

Con el propósito de contribuir a solucionar la problemática de las inadecuadas conductas alimentarias de los universitarios chilenos que pudieran ocasionar trastornos médicos y mentales en etapas posteriores de la vida, esta investigación se propone analizar la interacción entre los componentes cognitivos de la TAP, el comer emocional (variable que representa las emociones y su interacción con la conducta alimentaria) y la conducta de alimentación de un grupo de estudiantes universitarios. El modelo propuesto representa entonces, una extensión del modelo tradicional de Ajzen a través de la introducción de una variable moderadora de tipo afectivo, que sería un estilo de ingesta mediado por emociones. Esta variable regularía la fuerza con que se relacionan intención y conducta alimentaria, develando que las personas cuya ingesta está influenciada por emociones negativas, son menos propensas a hacer lo que declaran que van a hacer, como lo asume la TAP. Esta forma particular de proceder explicaría en parte una conducta alimentaria poco saludable, donde en presencia de estados emocionales negativos, el consumo sistemático de alimentos altamente calóricos, altos en azúcares y grasas saturadas, llevaría, por un lado, a fluctuaciones y/o aumento de peso, aumento del IMC como principales consecuencias en la salud física y, también, a elevar la posibilidad de trastornos de la conducta alimentaria en el futuro, como consecuencias en la salud mental.

Para explorar la relación entre estas variables, se han planteado preguntas centrales que guiarán el estudio de este fenómeno: ¿tiene utilidad el modelo basado en la teoría de Ajzen para explicar la conducta alimentaria de los estudiantes universitarios en Chile? ¿Cómo se relacionan los factores cognitivos de la TAP con la conducta alimentaria? ¿Qué factor influye con más fuerza en la intención

conductual y conducta alimentaria de las personas? ¿Cómo incide el comer emocional sobre las variables de la TAP y la conducta de alimentación?

1. MARCO TEÓRICO

El marco teórico considera tres aspectos centrales. En primera instancia, se conceptualiza el término conducta alimentaria y se caracteriza la alimentación de los estudiantes universitarios a nivel nacional. Para ello, se analiza la ingesta de alimentos y preparaciones, cantidades, frecuencias, percepciones y preferencias alimentarias de los universitarios, a fin de determinar los patrones de alimentación y estilos de ingesta, y de sus características saludables o de suficiencia nutricional. En segundo lugar, se identifican los predictores cognitivos generales de la conducta alimentaria a partir de algunos modelos teóricos que se han utilizado históricamente para explicar las conductas de salud. Específicamente, se profundiza en la Teoría de la Acción Planificada de Ajzen (TAP), que sirve de marco conceptual de esta investigación. En relación a esta teoría se revisa la experiencia empírica nacional e internacional. Finalmente, y teniendo como base las debilidades de estos modelos, se analiza el rol de las emociones en la conducta alimentaria. Para ello, se utiliza la propuesta de clasificación de los estilos de ingestas de Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares (1986). Esta investigadora afirma que la conducta alimentaria sería influenciada por emociones negativas, utilizada como una herramienta de afrontamiento, estableciendo que éstas estrategias influyen en una menor regulación de la ingesta, con el consiguiente riesgo de presentar alteración del estado nutricional y trastornos de la conducta alimentaria a largo plazo.

1.1 Concepto de conducta alimentaria

Los estilos de vida se han definido como maneras de vivir en base a patrones de comportamiento determinados por la interacción entre el contexto cultural social y económico (Vio & Lange, 2006). Si bien este concepto abarca una serie de comportamientos de distintos ámbitos, tales como alimentación, salud sexual, sueño y actividad física, ésta investigación se centra, específicamente, en el estudio de la conducta alimentaria.

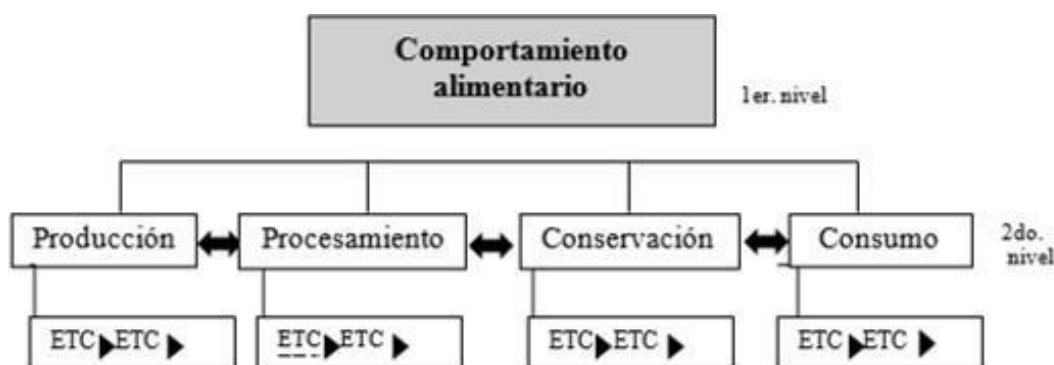
Es importante indicar que, el concepto de conducta alimentaria carece de una definición consensuada a nivel internacional, existiendo diversas propuestas, algunas de las cuales se describirán a continuación.

A nivel nacional, se ha definido el concepto de conducta alimentaria como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002). Es interesante observar que este concepto considera en sí mismo otros conceptos importantes que caracterizan la ingesta de una persona desde un punto cuantitativo y cualitativo, permitiendo evaluar distintos aspectos de la dieta. En relación a los componentes cualitativos, tenemos los hábitos de alimentación (horarios de comida y duración, por ejemplo), la selección de alimentos, que se organizan por grupos de alimentos equivalentes (frutas, verduras, cárneos, aceites, etc.), y las preparaciones culinarias, que se clasifican en: sopas, guisos, platos de fondos, postres, etc. De todo ello se desprenden las características generales de la dieta, fundamentalmente definida por patrones culturales, económicos, sociales e intrasubjetivos. Como principal aspecto cuantitativo, se encuentran las cantidades de alimentos, las que se traducen en gramos o calorías de alimentos, específicamente en gramos de macronutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos) y miligramos de micronutrientes (minerales y vitaminas). En base a este cálculo se realiza la estimación de la adecuación de la suficiencia nutricional de la dieta, lo que definirá esta cumple o no con las necesidades nutricionales del individuo.

Si bien la conceptualización descrita integra aspectos muy importantes de la alimentación de las personas, no hace una distinción clara entre comportamiento alimentario y conducta de alimentación, lo que produce confusión y poca claridad al momento de definir y sistematizar la búsqueda de información al respecto. En esta línea, investigadores mexicanos han propuesto que el concepto de comportamiento alimentario se refiere a absolutamente todo aquello que hace un organismo para alimentarse; desde buscar comida, prepararla, almacenarla, seleccionar el tipo o el tamaño de la porción, socializar mientras se ingiere y metaboliza la comida, etcétera (López-Espinoza, Martínez, Aguilera, López, Ezzahra, Ruela & Vázquez, 2014).

En este sentido, el comportamiento alimentario estaría integrado por fenómenos particulares que se relacionan entre sí, cómo: la producción, el procesamiento, la conservación y el consumo (Fig N°1). Además, se refiere que cada fenómeno particular del comportamiento alimentario humano está integrado por eventos temporales conductuales (ETC), que son una serie de conductas que los organismos emiten en relación a la alimentación, los cuales están constituidos por aspectos biológicos, psicosociales y antropológicos (López- Espinoza *et al.*, 2014). De aquí se desprende que el comportamiento alimentario es un concepto más amplio que incorpora las conductas relacionadas con la alimentación como eventos temporales específicos que se pueden estudiar o definir por separado.

Figura 1 Comportamiento alimentario



Fuente: (López-Espinoza *et al.*, 2014).

Domínguez, Olivares y Santos (2008) proponen que la conducta alimentaria sería un conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Estas acciones se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. Si bien esta definición es menos específica en cuanto a aspectos que la componen, considera la influencia del entorno social y cultural en el desarrollo de la conducta alimentaria, lo que denota una concepción más integral del fenómeno.

Para efectos de este estudio se entenderá la conducta alimentaria según la primera propuesta revisada, la que incluye aspectos cualitativos y cuantitativos de la dieta, que considera que la conducta alimentaria incluye hábitos, selección, preparaciones y cantidades relacionadas con la ingesta de alimentos (Osorio, *et al.*, 2002). Se ha

considerado esta definición, que contempla cuatro indicadores nutricionales bien delimitados, que abordan las principales aristas de la conducta alimentaria tradicionalmente estudiada. De esta forma, mediante el análisis de estos factores, se puede caracterizar la dieta y evaluar su nivel de adecuación en términos cualitativos (hábitos y preparaciones) y cuantitativos (selección y cantidades) con un sólo instrumento. Además, existe un cuestionario que recoge en detalle cada una de las áreas mencionadas de manera adecuada, permitiendo que la información obtenida sea sensible a los cambios en ingesta entre grupos que presentan comer emocional y aquellos que no presentan este estilo de ingesta. De esta forma se puede recoger información precisa respecto a las cantidades y tipos de alimentos ricos en grasas y azúcares consumidos por las personas con comer emocional.

1.2 El estudio de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios

Como todo comportamiento humano, el estudio de la conducta alimentaria puede ser explorado desde distintas perspectivas, según sea el foco de interés del análisis a realizar. Disciplinas tan diversas como la biología, sociología y psicología ofrecen información complementaria para poder comprender en profundidad la conducta alimentaria y sus determinantes (Story et al., 2008).

Respecto de los aspectos biológicos, estudios en población chilena relacionados con la genética han determinado que existen ciertos polimorfismos asociados con dimensiones de la conducta alimentaria, tales como: “lentitud para comer”, “alimentación emocional”, “disfrute de los alimentos” y “alimentación sin control”. Así mismo, se ha descrito que los adultos chilenos portadores de C-alelos del gen MC4R-rs17782313 tienen significativamente mayores puntajes en la escala de “alimentación sin control”, que aquellos que no son portadores. Lo anterior, es un ejemplo que demuestra la relación entre genes y algunas conductas alimentarias (Valladares, Obregón, Weisstaub, Burrows, Patiño, Ho-Urriola & Santos, 2015).

Desde el punto de vista sociológico, las investigaciones van en el sentido de estudiar los determinantes culturales y económicos que inciden en el consumo de alimentos, frecuencia y tipos de comidas. Méndez y Benito (2005) señalan que en las sociedades actuales se vive un proceso de desestructuración de la alimentación, donde se observan fenómenos como la “des-implantación” horaria (inexistencia de

horarios de comida establecidos), la “des-ritualización” de la comida (pérdida del sentido de las comidas en familia) y la “des-socialización”, entre otros. Otras miradas abordan la conducta alimentaria en relación al rol de la familia, los amigos y compañeros de universidad de estudiantes chilenos, concluyendo que los amigos y camaradas de curso ejercen una influencia negativa en las conductas alimentarias saludables y de forma opuesta la familia un rol protector (Troncoso & Amaya, 2009).

En cuanto a la psicología, la conducta alimentaria ha sido objeto de estudio desde distintas perspectivas. Particularmente relevantes para esta tesis son las teorías cognitivas del cambio conductual. Estas teorías son reconocidas como modelos que buscan identificar los determinantes cognitivos de la conducta en salud, intentando comprender los mecanismos psicológicos a través de los cuales las personas llegan a realizar una determinada conducta en salud, así como los factores involucrados en la modificación de conductas de riesgo (Glantz, Rimer & Viswanath, 2008). La mayoría de las teorías del cambio conductual comparten el supuesto de que algunos predictores cognitivos, como la autoeficacia, las creencias y la percepción de amenaza para la salud, incidirán directamente en la intención o motivación para el cambio de una conducta de riesgo a una conducta saludable (Prochaska & Velicer, 1997; Rosenstock, 1974; Ajzen, 1991).

En distintas etapas del ciclo vital es posible revertir o modificar conductas de salud inadecuadas o de riesgo; sin embargo, existe consenso en que las primeras etapas de la vida suponen más flexibilidad para lograrlo. En Chile, el último reporte de la OCDE, en el año 2019, señala que la población adulta presenta un 74% de obesidad y sobrepeso, cifra que desciende a 45% en la etapa infantil, de lo cual se puede deducir que en la etapa intermedia se produce un cambio de conducta que se traduce en un exacerbado aumento del peso corporal en un corto periodo de tiempo. Con el fin de identificar qué factores pueden ocasionar este fenómeno, se ha decidido estudiar en esta investigación las conductas de alimentación de adolescentes tardíos (en específico, de jóvenes universitarios) y sus determinantes.

La OMS ha definido la adolescencia tardía como el ciclo vital comprendido entre los 19 y 24 años, señalando que esta etapa es el período de vida en que las personas se preparan para el trabajo y para asumir la vida adulta con todas sus

responsabilidades. Se ha observado que durante la etapa universitaria se adquieren hábitos que se mantendrían en la edad adulta; así mismo, se supone que es un momento importante para la consolidación de habilidades para la vida y exploración de forma independiente, a través de la experimentación y socialización en contextos nuevos (Stock, Milz & Meier, 2010). Lo anterior, incluye hacerse cargo de manera autónoma de la alimentación y todo lo relacionado con este fenómeno, ya que en muchas ocasiones los estudiantes dejan el hogar y migran a ciudades alejadas, lo que implica que tomen, en ocasiones por primera vez, decisiones alimentarias de forma autónoma. No obstante, para muchos estudiantes la ganancia de peso es una realidad durante el primer año académico. Un metaanálisis ha mostrado que los alumnos de primer año llegan a subir 1.75 kg en promedio, lo que se debería a los cambios de alimentación durante esta transición (Vella-Zarb & Elgar, 2009). Así mismo, otros estudios demuestran que los universitarios de primer año presentan índices de masa corporal inferiores a los de aquellos de último año, corroborando que se produce un aumento del peso corporal durante el paso por la universidad (Morales, del Valle, Soto, & Ivanovic, 2013).

Diferentes estudios empíricos demuestran que la alimentación de universitarios chilenos presenta patrones inadecuados; específicamente, se caracteriza por presentar bajo consumo de frutas (sólo 3,1% de los hombres y 7,3% de las mujeres) consumen las cinco porciones diarias recomendadas de frutas y verduras, baja ingesta de productos lácteos (un 57% cumple con la recomendación diaria nacional), excesiva ingesta de azúcar y alimentos grasos (Durán, Crovetto, Espinoza, Mena, Oñate, Fernández, Coñuecar, Guerra, & Valladares, 2017; Ratner, Atalah, Hernández & Martel, 2012). Paralelamente, al analizar la regularidad en la realización de los cuatro tiempos de comida - desayuno, almuerzo, once y cena-, se identificó que más de la mitad de los jóvenes no consumía diariamente desayuno (53%), cerca de un tercio no almorzaba todos los días (35%) y que la frecuencia de consumo habitual de la cena era muy baja (Mardones, Olivares, Araneda & Gómez, 2009; Mac Millan, 2007; Espinoza, Rodríguez, Galvez & MacMillan, 2011). Por lo tanto, los estudiantes no tendrían una alimentación saludable entendida como aquella que aporta los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para sentirse sana (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1992), presentando déficit de algunos nutrientes importantes como

proteínas de alto valor biológico, calcio, omega tres y fibra, entre otros, pero sobre todo incorporando alimentos altos en calorías, grasas saturadas, trans y azúcares simples. En relación a las repercusiones de una alimentación con estas características en la salud de los jóvenes, existen datos nacionales que reflejan que un 35,1% de los jóvenes universitarios de una determinada casa de estudios presentan cifras de presión arterial elevada, cuyos niveles podrían corresponder a un estado de pre-hipertensión e incluso un pequeño porcentaje tenía hipertensión arterial franca; así mismo, un 15% clasificó para alteraciones en el perfil lipídico, determinada por bajos niveles de colesterol HDL, como por altos niveles de colesterol LDL. Además, un 5% cursaba con síndrome metabólico, es decir, con presencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular como sobrepeso, insulinoresistencia, lípidos sanguíneos alterados, entre otros (Martínez, Leiva, Sotomayor, Victoriano, Von Chrismar & Pineda, 2012). En concordancia con lo anterior, se observó en otro estudio que la prevalencia de hiperglicemia en población universitaria general era de un 2,4% y de hipercolesterolemia era de un 20% en mujeres y 15% en hombres (Morales et al., 2013). Lo anterior, refleja que los jóvenes ya comienzan a presentar, entre los 17 y los 24 años de edad, distintas patologías derivadas principalmente de una dieta poco saludable.

Esta información indica que la alimentación de estudiantes universitarios, no provee los nutrientes necesarios para su actividad y edad, lo que constituye un factor de riesgo directo para la aparición de enfermedades biológicas y psicológicas relacionada a la malnutrición, a corto y a mediano plazo. Esto requiere de atención por parte de las familias, la autoridad sanitaria y de las universidades que acogen a estos jóvenes. Las distintas instituciones de educación superior deberían proponer y desarrollar intervenciones específicas y efectivas que permitan mejorar los indicadores de salud física y mental de sus estudiantes y apoyar su desempeño académico de una forma integral y responsable, lo que, a su vez, contribuirá a mejorar la calidad de vida en la adultez. En esta línea, el Ministerio de Salud ha impulsado desde el año 2006 una iniciativa que certifica a las universidades “saludables”, considerando ámbitos como la psicología, deporte, consumo de drogas y alimentación. En este sentido se han definido como universidades saludables, aquellas que incluyen en su proyecto educativo la promoción de salud en quienes allí estudian o trabajan (Lange, Vio, Grunpeter, Romo, Castillo, & Vial,

2006). Cabe señalar que la Universidad de Concepción no cuenta con esta certificación.

En relación a los estudios que caracterizan la alimentación de universitarios en Chile, se observan escasas investigaciones que analicen esta problemática desde una mirada subjetiva, es decir, pocos de ellos recogen la percepción de los universitarios sobre este fenómeno. Troncoso y Amaya (2009) señalan que, existe cierto consenso en este grupo acerca de que sus conductas alimentarias son inadecuadas y de riesgo, siendo los principales factores que influyen en ello: poco tiempo disponible para preparar y comprar alimentos, incorrectos hábitos alimentarios adquiridos desde la infancia y el estado anímico o el estrés permanente relacionado con la etapa universitaria. Otro estudio señala que los estudiantes refieren tener interés por realizar acciones para mejorar su alimentación y por reducir o mantener su peso corporal, aunque los resultados no sean evidentes en términos concretos (Mardones, *et al.*, 2009).

1.3 Modelos explicativos de las conductas de salud y alimentación

La conceptualización internacional de la conducta de salud se define habitualmente como cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin (Nutbeam, 1998). De forma general, se propone que la conducta en salud se puede estudiar considerando distintos modelos o teorías, como son modelos comunitarios, modelos intersubjetivos y modelos intrasubjetivos, según los determinantes a considerar (Glantz, *et al.*, 2008).

En primer lugar, dentro de los modelos propuestos para comprender la conducta de salud de las comunidades o grandes grupos poblacionales, se encuentran: el modelo de las construcciones comunitarias y organizaciones comunitarias, el modelo de la difusión e innovación, las teorías del cambio organizacional y el enfoque del estudio de los medios masivos (Glantz, *et al.*, 2008). Todas estas propuestas resaltan el principio de interacción social y aprendizaje vicario como modulador de la conducta.

En segundo lugar, se identifican aquellas teorías que abordan el estudio de la conducta de salud desde la perspectiva interpersonal, donde se encuentran aquellas basadas en la teoría social cognitiva, que sustenta un aprendizaje social (Bandura, 1977). Estas teorías se caracterizan por considerar dentro de sus modelos explicativos componentes cognitivos, tales como autoeficacia, autorregulación y motivación, así como factores sociales como eficacia colectiva. Algunas de ellas son la teoría de redes sociales y apoyo social y la teoría del estrés (Glantz, *et al.*, 2008).

En tercer lugar, se encuentran aquellas teorías centradas en comprender la conducta en salud a partir de factores predominantemente intrasubjetivos o individuales de carácter cognitivo, tales como creencias, autoeficacia, actitud y control percibido. Uno de los modelos individuales más utilizados a nivel nacional para explorar las conductas de salud ha sido la teoría de creencias en salud (Janz & Becker, 1984). Esta teoría nace con el propósito de explicar el proceso mediante el cual las personas deciden realizar conductas preventivas de salud (exámenes de cáncer mamario, uterino, etc.). Se sustenta en el supuesto que las personas actuarían en base a sus creencias en relación a la salud, dentro de las cuales estarían la gravedad percibida de la enfermedad, la amenaza, las barreras y las creencias respecto a los beneficios que ellos obtendrían al cambiar la conducta inadecuada. Asimismo, contempla el concepto de autoeficacia, que actuaría independientemente de los otros componentes sobre la conducta en salud. Es decir, aunque la conducta revista una connotación positiva y existan beneficios para la salud derivados de su implementación, si la persona no se siente capaz de llevarla a cabo (baja autoeficacia percibida) lo más probable es que no la realice (Rosenstock, 1974).

Paralelamente, se puede mencionar el desarrollo de la teoría transteórica (Proshaska & Diclemente, 1982) ampliamente utilizada en el área médica en Chile, que propone que las personas pasan por diferentes estadios mentales antes de realizar una conducta y que, en conjunto con el profesional de la salud, pueden alcanzar la conducta esperada transitando por aquellas diferentes etapas. En este modelo aparece el componente intencional del cambio, ya que según los autores cada etapa representa un cierto nivel de intención de realizar la conducta. Las tres

primeras etapas, pre-contemplación, contemplación y preparación, poseen baja intención de implementación de la conducta, mientras que en las etapas de preparación, acción y mantención, los sujetos estarían dispuestos a realizar la conducta en un mediano o corto plazo (Prochaska & Velicer, 1997).

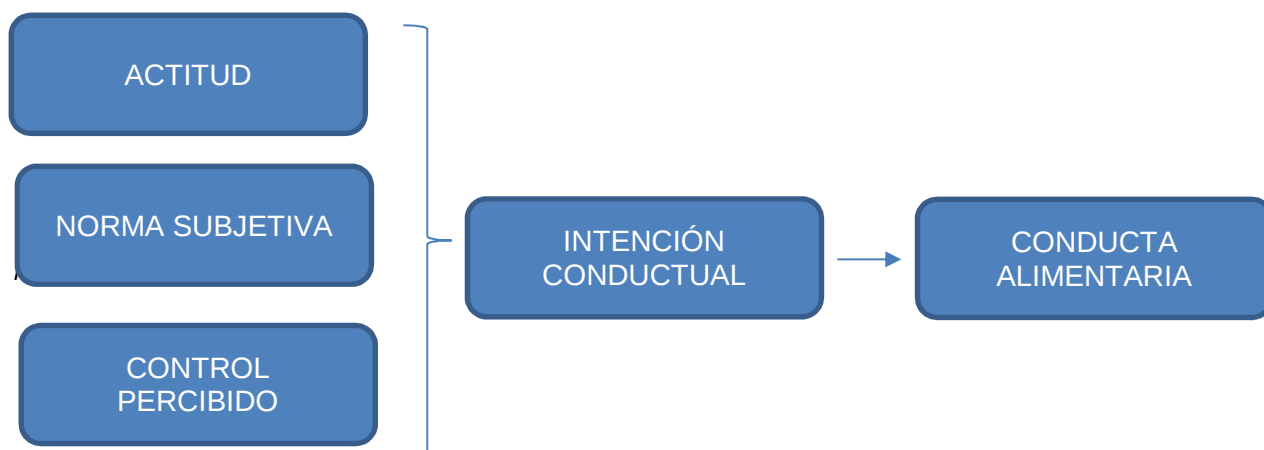
Compartiendo algunos de los supuestos de las teorías anteriormente mencionada, Ajzen y Fishbein en 1977 propusieron la teoría de la Acción Razonada (TAR), que explica la conducta en salud en base a dos predictores indirectos: la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva. A su vez, planteaban que estos predictores no influían directamente en la conducta observable, pero sí en un único predictor mediador denominado intención conductual. Con el correr de los años y dadas las críticas realizadas al modelo de la TAR, Ajzen replantea la teoría incorporando un elemento volitivo, el constructo control percibido. De este modo nace un nuevo modelo explicativo, denominado TAP (Ajzen, 1991), muy poco utilizado en nuestro país para explicar fenómenos del ámbito de la salud. Pese a su baja utilización en Chile, este modelo parece ser una propuesta interesante para comprender las conducta de salud, ya que recoge conceptos importantes de otras teorías como las creencias, autoeficacia o control percibido y la intención conductual (Ajzen, 1991; Conner & Norman, 2020).

Un análisis de los principios de las diferentes teorías intrasubjetivas muestra que, si bien existen algunas diferencias entre ellas, concurren lineamientos similares en cuanto a la interacción entre los predictores y la conducta. A modo de ejemplo, la teoría transteórica, la TAR y la TAP presentan en común el factor volitivo o intencional para llegar al cambio. Así mismo la TAP, TAR y teoría de creencias en salud consideran muy importante el rol de las creencias en la conducta alimentaria. Por otra parte, la TAP y la TAR incluyen las relaciones intersubjetivas, a través de la norma subjetiva, entre los factores que influyen en la conducta, lo que no sucede en la teoría transteórica que sólo considera aspectos relacionados con el individuo.

Como se ha mencionado anteriormente, en esta investigación se abordará el estudio de la conducta alimentaria bajo el paradigma de la TAP.

Para ello se analizarán en profundidad los principales supuestos de este modelo, esquematizado en la figura 2.

Figura 2 Modelo de Ajzen, 1991.



Como se observa en la figura, este modelo propone que las creencias subyacen a los predictores actitud, control percibido y norma subjetiva, que a su vez preceden a la intención conductual, que sería el único predictor directo de la conducta alimentaria. En el marco conceptual de la TAP se entiende como creencia al valor o atributo que tiene para un sujeto un determinado objeto o fenómeno. Esta propiedad le es asignada a dicho objeto, la mayoría de las veces, de manera irracional; es decir, solo desde lo intuitivo y, pocas veces, desde lo cognitivo. Las creencias pueden ser expresadas con mayor o menor fuerza dependiendo de cuan probable sea que el objeto efectivamente posea ese atributo o propiedad (Ajzen & Fishbein, 1975).

Esta propuesta plantea que solo una vez definida y operacionalizada la conducta a estudiar, se pueden analizar sus determinantes. Es decir, todo estudio debe iniciarse con la definición de la conducta a estudiar, en este caso la conducta de alimentación de estudiantes universitarios chilenos (Ajzen, 2006). Posteriormente, y dado el supuesto de que las creencias de los sujetos inciden en la conformación de los predictores de la conducta, es necesario identificar los diferentes tipos de creencias acerca de la conducta específica analizada. La técnica propuesta es la elicitación de creencias, que consiste en obtener las creencias de manera cualitativa a partir de una muestra de la población que será estudiada, ya sea mediante entrevistas

individuales o grupales. A continuación se describen los tipos de creencias que se deben identificar, previo al análisis de los predictores propiamente:

- Creencias actitudinales o conductuales: se caracterizan por relacionarse con las expectativas de resultados (si es bueno o malo, difícil o fácil) en relación a la conducta; si estas expectativas son positivas habrá una mejor actitud hacia la conducta.
- Creencias de control: están relacionadas con las propias competencias y capacidades de realizar la conducta, como con facilidades o dificultades encontradas en el entorno. El propio Ajzen las define como algo parecido a la autoeficacia, en tanto implica la autoevaluación de la capacidad de realizar la conducta y de lo fácil o difícil que ello pueda resultar al sujeto.
- Creencias normativas: creencias que incluyen tanto aquellas conductas que realizan los sujetos significativos del entorno (“mis amigos comen sano”), como lo que el individuo cree que sus seres significativos piensan de determinadas conductas (“mi familia valora comer saludable”). En conjunto, estas creencias forman una norma percibida que se traduce en cuanta presión social perciben los sujetos por implementar o no la conducta en cuestión.

Los autores proponen técnicas específicas para indagar y analizar las creencias actitudinales de control y normativas. A modo de ejemplo, se pueden señalar dos estudios que buscaron identificar las creencias que están a la base de algunos hábitos alimentarios (como el consumo de desayuno) en diferentes contextos, obteniendo como resultado que los niños y adultos estadounidenses poseían creencias similares respecto de los beneficios de tomar desayuno, específicamente, las creencias relacionadas con un significativo aporte de energía y con la mantención de un estado de alerta, las que influenciaron positivamente la intención de realizar la conducta. Se destaca la importancia de contar con esta información al momento de planificar intervenciones que pretendan modificar hábitos alimentario en niños y adultos (Middlestadt, Stevenson, Hung, Roditis, Fly & Sheats, 2011; Sheats & Middlestadt, 2013).

Avanzando en los supuestos de la teoría de Ajzen, se ha determinado que cada una de estas creencias da origen o forman parte de los predictores cognitivos de la intención conductual. A continuación, se detalla la forma en que cada tipo de creencia en particular tributa a la conformación de un predictor cognitivo:

- Actitud hacia la conducta: Compuesta por creencias conductuales, entendidas como creencias que tienen las personas acerca de las consecuencias positivas o beneficios (o negativas) de la conducta y la evaluación de la conducta, que es un juicio que hace la persona respecto de qué tan positivo o negativo es para él/ ella la consecuencia de la conducta realizada.
- Control percibido: Compuesto por las creencias de control, que agrupan las creencias en torno a factores o circunstancias que facilitan o desincentivan la realización de la conducta alimentaria saludable y el poder de control, que se refiere a cuán capaz se siente la persona de implementar o realizar la conducta indicada.
- Norma subjetiva: Está compuesta por las creencias normativas, definidas como la percepción de la presión social o la expectativa normativa de los otros, en conjunto con la motivación por cumplir con esta expectativa. En este estudio, ello corresponde a cuanto quieren los universitarios cumplir las expectativas que tienen sus seres significativos en relación a que ellos adopten una conducta de alimentación saludable.
- Intención conductual: Es la indicación interna de cuán listo está el individuo para realizar la conducta esperada. Es el principal predictor de la conducta y en ella inciden directamente la norma subjetiva, control percibido y actitud conductual, en grados diferentes según la conducta a estudiar y la población, entre otros.

De manera general, mientras mayor sea el control percibido, la norma percibida y la actitud conductual, más fuerte será la intención conductual y, por tanto, mayor la probabilidad de realizar la conducta esperada (Fishbein & Ajzen, 2011).

A pesar del robusto cuerpo empírico de la TAP, aplicada para estudiar distintas conductas en ámbitos como reciclaje, intención de voto, decisiones médicas, utilización de medios de transporte (Armitage & Conner, 2001) y, también, en el área de salud, en ámbitos como ejercicio físico, salud sexual, uso de sustancias y alimentación (McEachan, Conner, Taylor & Lawton, 2011), existen críticas respecto a aspectos específicos de la misma. Algunas de ellas apuntan a que el contexto o entorno no estaría considerado independientemente dentro del modelo, sino más bien de manera implícita a través de las creencias, motivación y otros factores, lo que no permitiría estudiar y comprender su rol a cabalidad. Además, se considera que no está lo suficientemente claro cómo interactúan las emociones con los predictores cognitivos de la TAP, asumiendo que se encuentran entremezcladas con la construcción cognitiva de éstos (Sniehotta, Pesseau, & Araújo-Soares, 2014).

Un metaanálisis que exploró la fuerza de la relación entre los predictores cognitivos de la TAP y distintas conductas alimentarias, tales como la alimentación saludable, consumo de snacks, consumo de productos azucarados, ingesta de bebidas de fantasía y consumo de desayuno, reveló que, de los tres factores que determinan la intención conductual, la actitud mostró mejor poder predictivo en niños y jóvenes ($d=0,38$) (Riebl, Estabrooks, Dunsmore, Savla, J., Frisard, Dietrich, & Davy, 2015). Además, esta investigación analizó algunos aspectos metodológicos interesantes, donde se determinó que los estudios desarrollados en base a un auto informe mostraban mejor varianza explicada (superior en un 10%) de los componentes de la TAP en la conducta alimentaria, versus aquellos en que se midió la conducta directamente. Del total de estudios incluidos en este meta-análisis muy pocos eran de corte experimental o longitudinales, lo que podría limitar el alcance de sus conclusiones.

En una de las pocas investigaciones experimentales reportadas que evalúan la efectividad de una intervención en la baja de peso en mujeres con obesidad, se observó que aquella basada en la TAP fue más efectiva que la realizada al grupo control (Luszczynska, Sobczyk, & Abraham, 2007). Sin embargo, este hallazgo no ha sido replicado consistentemente. Por ejemplo, Mullan y Wong (2010) realizaron un estudio en adultos australianos, que comparó un grupo cuya intervención para

fomentar la conducta de elección de alimentos orgánicos fue basada en la TAP versus un grupo control, concluyendo que en el grupo experimental se pudo predecir en alta proporción la varianza de la intención conductual. Sin embargo, al medir la conducta observada no se evidencian diferencias significativas entre ambos grupos.

1.4 Emociones y conducta alimentaria

Los primeros trabajos que relacionaron emoción y conductas de salud fueron aquellos que relacionaron miedo e higiene dental, cerca de los años 50. Estos estudios se centraron en estimar la relación entre la intensidad del miedo percibido y el aumento de la intención de realizar conductas protectoras de la salud bucal, como el lavado de dientes. Luego, le siguieron estudios que relacionaron miedo y conductas tendientes a dejar de fumar y a la prevención del cáncer de mamas, entre otros (Lewis, Haviland-Jones, & Barrett, 2010).

En cuanto a la conducta alimentaria, los datos empíricos muestran que si bien las teorías cognitivas tradicionales pueden sustentar adecuadamente la relación entre predictores cognitivos y conducta alimentaria, se observa que en general la fuerza de la relación entre intención y conducta varía de acuerdo al tipo de conducta, dando paso a la necesidad de identificar otros factores que expliquen la variabilidad manifiesta (Armitage & Conner, 2001). Es así, que con el fin de ampliar el estudio de los factores que influyen en la conducta alimentaria y dentro de la línea explicativa de los factores intrapersonales del sujeto para comprenderla, se analizaron algunas propuestas teóricas relacionadas con el rol de las emociones en este campo.

Existen múltiples definiciones y categorizaciones de emociones, por lo que unificar criterios se vuelve complejo. Se puede intentar conceptualizar las emociones como una secuencia de cambios de estado de los subsistemas de un organismo, que se interrelacionan y sincronizan en respuesta a eventos (estímulos) externos o internos (Ekman & Davidson, 1994). Las emociones serían procesos que surgen en forma de episodios temporales donde los diferentes componentes que la constituyen, entre ellos los neurofisiológicos, corporales/faciales y afectivos, se sincronizan y desincronizan de manera diferenciada, pudiendo resultar distintos tipos de estados emocionales con distintas intensidades.

Ampliando el estudio de los factores intrapersonales que influyen en la conducta alimentaria, se analizaron propuestas teóricas relacionadas con el rol de los afectos o emociones. Macht (2008) propone un interesante modelo predictivo acerca de cómo las emociones influyen en la conducta de alimentación, el que considera dos variables centrales: a) variabilidad intrapersonal y b) entre distintas emociones. Es sabido que algunas personas aumentan la ingesta ante emociones negativas como el estrés, mientras que otras la suprimen. Esto estaría mediado por distintos mecanismos fisiológicos, psicológicos y biológicos, que van desde la producción de opiáceos post ingesta hasta la reducción de emociones negativas, después de una ingesta altamente calórica. Estos cambios en la ingesta mediados por emociones podrían producirse a través de cinco vías: (1) control emocional de la elección de alimentos, (2) supresión emocional de la ingesta de alimentos, (3) deterioro de controles cognitivos de alimentación, (4) comer para regular las emociones, y (5) modulación de la alimentación congruente con las emociones. Cada una de estas vías fue estudiada y fundamentada por separado y se pudieron establecer algunas conclusiones, tales como: los comedores restrictivos y aquellos que comen en presencia de emociones (comedores emocionales) aumentan la ingesta de dulces y alimentos calóricos ante estrés, mientras que solo los comedores restrictivos aumentan la ingesta ante emociones positivas. Si bien esta propuesta profundiza algunos aspectos de la relación entre emoción y alimentación, aún existen interrogantes por aclarar, por ejemplo, ¿qué ocurre en aquellas personas que no presentan alimentación restrictiva ni mediada por emociones? o ¿en qué medida influye cada emoción en la conducta de alimentación?. Tampoco es claro si las emociones influyen en los patrones alimentarios o si la alimentación genera estados emocionales según el tipo de alimentos consumidos, siendo probablemente dos formas complementarias de interrelación.

Un estudio en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos indica que los alimentos más consumidos fueron pan, pastas, leche y dulces. El consumo de estos alimentos fue asignado por los estudiantes en un 85 % a emociones agradables de disfrute, placer, alegría y amor, mientras que aquellas menos presentes fueron

sorpesa, nostalgia y arrepentimiento. También se pudo observar que algunos alimentos como agua saborizada, se asocian con emociones neutras como alivio y que el pescado, nopal y sushi se relacionaron con emociones negativas principalmente de asco. Finalmente, se pudieron identificar algunas diferencias por sexo, ya que las mujeres experimentaron mayor número e intensidad de emociones positivas al comer chocolate y batido de fruta; así como mayor frecuencia e intensidad de la culpa posterior a la ingesta de ciertos alimentos. Lamentablemente este estudio no pudo establecer más que correlaciones de forma transversal, quedando pendiente una propuesta predictiva del rol de las emociones en la conducta alimentaria de los universitarios (Peña & Reidl, 2015).

En relación a la conducta alimentaria, las primeras aproximaciones en el estudio de la relación entre emoción y alimentación surgieron de la propuesta de autores holandeses que plantearon que para conocer dicha relación se debe profundizar en el concepto “estilos de ingesta” (Cebolla, Barrada, Strien, Oliver y Baños, 2014; Van Strien, Rookus, Bergers, Frijters & Defares, 1986). A partir de esta conceptualización teórica, los autores identificaron ciertos patrones, formas de alimentarse o estilos de ingesta que, por un lado, no responden a la fisiología y, por otro, mostraban alteraciones a partir de ciertos estímulos en común. Mediante el análisis de este comportamiento, pudieron explicar la influencia de distintas emociones detrás de una forma de alimentarse en particular. Así, reconocieron tres estilos de ingesta desadaptativos considerados como un paso intermedio entre la ingesta fisiológica y la ingesta patológica. Estos estilos de ingesta son: el estilo restrictivo o de restricción alimentaria (Ra), el estilo emocional o de comer emocional (CE) y el estilo externo o de comer externo (Cex). Todos ellos tendrían en común que se produce un cambio en el patrón de alimentación habitual (aumento de la ingesta o restricción de alimentos) mediante una conducta irracional, descontrolada o impulsiva, sin atender a las señales fisiológicas propias de la sensación de hambre o saciedad. A continuación, se describen estos tres estilos de ingesta:

- La restricción alimentaria (Ra) se destaca por la tendencia a limitar la ingesta de alimentos de manera deliberada, con el objetivo de mantener o de disminuir el peso. Este estilo de ingesta se ha relacionado con la aparición futura del trastorno de anorexia nerviosa, sobre todo en población femenina (Anschutz,

Van Strien, van De Ven & Engels, 2009).

El comer externo (Cex) se refiere a una sobreingesta en respuesta a señales externas, tales como el olfato o la vista, por ejemplo al ver un pastel o al pasar por una pastelería, sin sensación de hambre (Anschutz, *et al.*, 2009).

- El estilo de ingesta emocional o comer emocional (CE) se define por el incremento de la ingesta en respuesta a una emoción negativa. Los individuos que presentan esta tendencia responden con un aumento de la ingesta cuando experimentan una emoción intensa y no una disminución o una supresión de la sensación de hambre, que sería lo esperado fisiológicamente en estos casos (Cebolla, *et al.*, 2014).

Las personas que presentan este tipo de ingesta tendrían dificultades para distinguir el hambre de los estados emocionales negativos como el estrés, angustia o ansiedad, confundiendo incluso las distintas sensaciones físicas (Diggins, Woods-Giscombe & Water, 2015).

Los procesos mediante los cuales las emociones negativas condicionan la ingesta de alimentos, particularmente en el desarrollo del comer emocional, han sido incipientemente estudiados en los últimos años. Se han establecido relaciones directas y significativas entre estrés, aburrimiento, neuroticismo, ansiedad, depresión, alexitimia e impulsividad y comer emocional (Diggins, *et al.*, 2015; Crockett, Myrhe & Rokke, 2015; Knatz, Braden, & Boutelle, 2015; Armitage, Norman, Alganem, & Conner, 2015). Así mismo, se ha determinado que las capacidades de regulación emocional, los recursos de afrontamiento al estrés y la autoeficacia inciden directamente en el comer emocional (Wilson, Darling & Fahrenkamp, D'Auria & Sato, 2015; Crockett, *et al.*, 2015; Knatz, *et al.*, 2015). Por tanto, el problema no sería exclusivamente la presencia de emociones negativas particulares e intensas frente a ciertos estímulos, sino también la ausencia de estrategias adaptativas, de regulación emocional o de recursos de afrontamiento al estrés.

Se ha identificado una relación directa entre el comer emocional y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), principalmente con el trastorno por atracón, caracterizado por comer grandes cantidades de alimentos hipercalóricos en poco

tiempo con sensación de culpa y, en ocasiones, purga (Hill, Masuda, Moore, & Twohig, 2015; Wilson, *et al.*, 2015).

Otras investigaciones que buscaron determinar el rol mediador y moderador del comer emocional entre factores psicológicos y comportamiento alimentario señalan que este estilo de ingesta tiene un rol intermediario entre el índice de masa corporal, tristeza, índice balance de afectos positivos y negativos, y comportamiento alimentario (Van Strien, Herman, Anschutz, Engels, & de Weerth, 2012; Wilson, *et al.*, 2015). A nivel internacional se ha demostrado que el aumento de la ingesta alimentaria en respuesta a emociones negativas es un claro factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y para el aumento patológico del peso corporal (Spoor, Bekker, Van Strien, & Van Heck, 2007; Stice, 2002). Una detección precoz de este estilo de ingesta permite orientar de mejor manera el tratamiento psicológico y nutricional en estas personas.

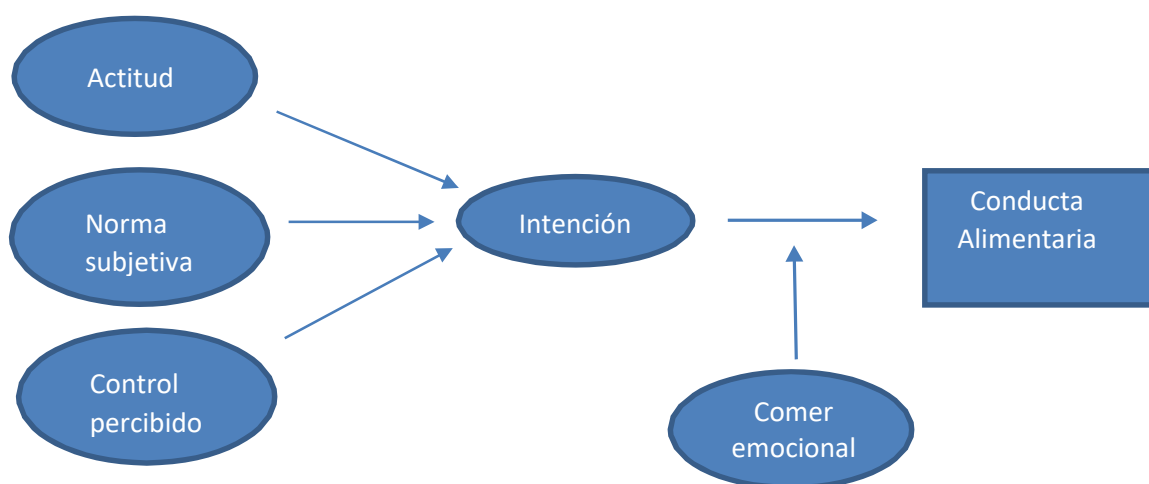
Desde la salud pública, la etapa universitaria no es considerada habitualmente como un estadio que requiera especial atención en promoción de estilos de vida saludable; sin embargo, recientemente la atención se ha puesto en el diagnóstico de los TCA y sus determinantes. Es importante señalar que existe evidencia de la presencia de una población subclínica desde el punto de vista médico y nutricional, que presenta una alimentación influenciada por las emociones, sin constituir un diagnóstico de TCA propiamente tal. A nivel nacional, se estima que la relación adictiva con la comida mediada por emociones está presente en uno de cada 10 universitarios con peso normal y en uno de cada tres universitarios con sobrepeso (Obregón, Fuentes & Pettinelli, 2015). Así mismo en nuestro país, se demostró recientemente una relación significativa y negativa entre comer emocional y todas las dimensiones del bienestar psicológico en esta población, esto reviste de gran importancia si se pone en perspectiva el rol de la alimentación en el estado de bienestar global de los individuos (Hun, López-Espinoza, Escobar & Leiva, 2019).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Proponer y analizar un modelo teórico de factores cognitivos y emocionales para explicar la conducta alimentaria de estudiantes universitarios en Chile.

Figura 3 Modelo Integrativo propuesto



Fuente: Elaboración propia

El modelo integrativo propuesto para explicar la conducta alimentaria de estudiantes de la Universidad de Concepción se fundamenta en la teoría de la acción planificada y sus componentes (actitud conductual, norma subjetiva, control percibido, intención). Evalúa además el rol moderador del comer emocional sobre la relación entre intención y conducta alimentaria.

2.2 Objetivo Específicos

1. Determinar la capacidad predictiva de los factores considerados en la teoría de la acción planificada (TAP) en relación a la conducta alimentaria de estudiantes universitarios en Chile.
2. Determinar qué factor, de los considerados en la TAP, es el mejor predictor de intención conductual de conducta alimentaria saludable en estudiantes universitarios.

3. Identificar el rol del comer emocional en la interacción de los componentes de la TAP y la conducta alimentaria de estudiantes universitarios.

4. HIPÓTESIS

H1: La TAP permite explicar parte significativa de la varianza relativa a la conducta alimentaria de los estudiantes universitarios.

H2: En estudiantes universitarios, la actitud conductual es mejor predictor de la intención hacia la conducta alimentaria que el control percibido y la norma subjetiva.

H3: El comer emocional modera la relación entre intención y conducta alimentaria, en estudiantes universitarios.

5. MÉTODO

5.1 Diseño

La presente investigación se desarrolla en base a dos estudios: estudio instrumental y estudio empírico.

El primer estudio corresponde a un estudio instrumental con diseño mixto secuencial y muestreo paralelo. Ato, Pérez y Benavente (2013) definieron un estudio instrumental como aquel que tiene como finalidad analizar las propiedades psicométricas de distintos instrumentos de medida psicológica, ya sea de nuevos test como también de antiguos para su validación local. En este caso se creó y validó un cuestionario para medir los componentes de la TAP (Cuestionario TAP) y se analizó la pertinencia de la utilización del cuestionario de conducta alimentaria. Para medir comer emocional se utilizó el test DEBQ recientemente validado en población adulta chilena (Andrés, Oda-Montecinos & Saldaña, 2017) por lo que no fue necesario ningún estudio al respecto. El diseño de este estudio instrumental corresponde a un estudio mixto ya que incluye los dos tipos de metodologías para su desarrollo, cualitativa y cuantitativa. Se denomina secuencial dado que en este caso se desarrolló en primer lugar la fase cualitativa (elicitación de creencias

alimentarias) y, luego, la fase cuantitativa (validación de cuestionario TAP) (Onwuegbuzie & Collins, 2007).

1) Estudio Instrumental.

Etapa cualitativa: elicitación de creencias alimentarias.

En esta etapa se abordó la investigación a partir de un enfoque fenomenográfico, considerado por Marton (1981) como parte del paradigma interpretativo donde las personas son llamadas a reportar los procesos mentales por los cuales transitan antes de llevar a cabo una acción, siempre considerando el relato de los entrevistados como válido. Este método de investigación, tiene por objetivo identificar las diferentes maneras de percibir, conceptualizar, experimentar y comprender distintos tipos de fenómenos (Richardson, 1999). Los fenómenos que se buscan describir y analizar mediante este método, serían principalmente experiencias inmediatas, conductas y pensamientos conceptuales ocurridos en la vida diaria contextualizada (Denzin & Lincoln, 2013). Stenfors-Hayes, Hult y Dahlgren (2013) proponen esta metodología para abordar el estudio de fenómenos relacionados con la salud, medicina y la educación médica, considerando específicamente el punto de vista subjetivo en la comprensión de distintas conductas en salud. La muestra final fue de 16 participantes de ambos sexos, pertenecientes a cuatro carreras (Medicina, Psicología, Ingeniería Comercial y Medicina Veterinaria) contactados por conveniencia. La técnica utilizada para la recolección de la información fue el grupo focal. El instrumento fue una pauta semiestructurada que constó de 7 preguntas (anexo 4). Una vez transcritos los relatos de los participantes, se realizó el análisis de los datos mediante la técnica análisis de contenido para identificar creencias actitudinales, normativas y de control en relación a la alimentación. En los anexos se presenta un apartado con el desarrollo detallado del estudio cualitativo (anexo 3).

1.2 Etapa cuantitativa: Construcción y validación de cuestionario TAP.

Esta etapa del estudio correspondió a un estudio cuantitativo en base a un modelo de ecuaciones estructurales (SEM). Inicialmente y a partir de las categorías

obtenidas del estudio de elicitación de creencias se elaboró un cuestionario para medir las variables de la TAP: actitud hacia la conducta, norma subjetiva, control percibido e intención, el cual contaba con originalmente con 18 ítems en total. Antes de ser aplicado a la muestra de estudiantes, este cuestionario fue sometido a un piloto para la comprensión del texto y a juicio de expertos de acuerdo a recomendaciones de los autores de la teoría y otros (Park & Kim, 2010).

Los participantes fueron definidos como estudiantes de pregrado de la Universidad de Concepción pertenecientes a dos carreras (una del área de la salud y otra de un área distinta).

La muestra total fue de 181 estudiantes de ambos sexos quienes fueron contactados por conveniencia.

Se recogió la información mediante la aplicación en sala del instrumento “Cuestionario TAP” en papel completado por autorreporte.

Para evaluar la estructura factorial del cuestionario se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC); paralelamente se evaluó la confiabilidad mediante la estimación del indicador Alfa de Cronbach para cada dimensión. En el anexo 5 se detalla el procedimiento completo de elaboración y validación del Cuestionario TAP.

2) Estudio Empírico :

En este estudio se utilizó el método de modelo de ecuaciones estructurales para desarrollar la evaluación de modelo teórico propuesto para la explicación de la conducta alimentaria de universitarios en Chile.

El universo correspondió a todos los estudiantes de pregrado de la Universidad de Concepción, Campus Concepción, activos y regulares en el sistema universitario en el año 2017 (20.383), excepto los alumnos de Nutrición y Dietética y Psicología (10790 alumnos). Se determinó excluir a los alumnos de estas últimas carreras del estudio ya que, en ambos casos, se pueden esperar resultados diferentes en las escalas que miden patrones dietarios y problemas de salud mental, respectivamente.

Para estimar el tamaño muestral se utilizaron dos criterios reportados por Vargas y Mora-Esquivel (2017), que cuentan con sustento bibliográfico para su consideración. El primero corresponde a la categoría “cantidad absoluta de casos” donde se recomienda para modelo de ecuaciones estructurales (SEM) muestras no menores de 200 casos. El segundo criterio considerado fue tener un mínimo de 8 participantes por ítem” incluyendo las variables observadas y latentes del modelo (tabla 1). Al respecto, las recomendaciones consideran hasta un mínimo de 5 participantes por ítem (Worthington & Whittaker, 2006); con ello como referente, y teniendo presente la posibilidad pérdidas durante la recolección de la información así como lo errores y vacíos en las respuestas de autoinforme, se procuró una muestra más amplia.

Tabla 1 Estimación tamaño de muestra (considerando 8 participantes por ítem)

Cuestionario	Ítems	Muestra
TAP*	21	168
DEBQ	33	264
Conducta alimentaria	33	264
TOTAL	87	696

*Cuestionario teoría de la acción planificada, TAP.

** Deucht Etaing Behaviour

Dado lo anterior, se estimó que una muestra apropiada al diseño de la investigación era de 700 participantes.

La muestra original estuvo pensada en representar al menos 1 carrera de las 19 Facultades de la Universidad; sin embargo 7 carreras no dieron respuesta a la solicitud de autorización de aplicación de los cuestionarios. Dado lo anterior, la muestra final estuvo constituida por 744 estudiantes de la Universidad de Concepción, provenientes de 12 carreras de pregrado (tabla 1), de los cuales 56.7% eran mujeres, 42.6% eran hombres y un 0,7% no reportó sexo. En cuanto a la edad, un 51,2% tenía entre 18 y 19 años (tabla 3).

Tabla 2 Distribución de la muestra total por Carrera

Carrera	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1. Medicina Veterinaria	106	14.2
2. Medicina	81	10.9
3. Ingeniería Comercial	60	8.1
4. Educación Física	50	6.7
5. Química y Farmacia	55	7.4
6. Traducción e Interpretación	63	8.5
7. Trabajo Social	34	4.6
8. Licenciatura en Artes	21	2.8
9. Antropología	45	6.0
10. Pedagogía en Educ. General Bas.	46	6.2
11. Obstetricia	91	12.4
12. Ingeniería Civil	91	12.2
Total	744	100

Fuente: Elaboración propia.

La muestra se estableció de forma intencionada, existiendo representación de todas las áreas del conocimiento.

Tabla 3 Distribución de la muestra total por edad.

	Muestra total (n=744)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad	18	147	20.1
	19	234	32
	20	146	19.9
	21	83	11.3
	22	48	6.6
	23	31	4.2
	24	9	1.2
	25	9	1.2
	26-47	24	3.1

Fuente: Elaboración Propia.

Aspectos éticos

Previo a la realización de los grupos focales y de la aplicación de cuestionarios, los participantes fueron invitados a leer un consentimiento informado donde se explicó con detalle los objetivos y alcances de la investigación. Una vez que los entrevistados accedieron a participar en la investigación, el documento fue firmado en dos copias quedando una en poder del investigador y la otra en manos del entrevistado (Anexo 1).

Los aspectos éticos se resguardaron, tomando en consideración la Declaración de Singapur (2010) y la Declaración de Helsinki (2008). Esta última indica que en los seres humanos el principio más importante es el respeto por el individuo, es decir, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas donde cobra vital importancia el proceso de consentimiento informado. El bienestar del sujeto debe ser siempre relevante sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

La Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación fue elaborada en el marco de la segunda conferencia mundial sobre integridad en la investigación en el año 2010. Este documento se elaboró para servir como una guía para la conducta responsable en la investigación a nivel internacional. Los siguientes cuatro principios éticos fueron declarados prioritarios: honestidad en todos los aspectos de la investigación; responsabilidad en la ejecución de la investigación; cortesía profesional e imparcialidad en las relaciones laborales, y buena gestión de la investigación, entre otros.

Dado que esta investigación doctoral se realizó con el apoyo de ANID (ex Conicyt) se consideró especialmente dentro de los aspectos éticos el conjunto de recomendaciones que ésta organización ha sistematizado (Anexo 2).

Todos estos principios estuvieron plasmados en el diseño de la investigación y en el consentimiento informado que los participantes firmaron y también fueron verbalizados por el equipo de investigación al momento de la invitación a participar

en el estudio.

El Comité de Ética de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo (VRID) de la Universidad de Concepción aprobó esta investigación (Anexo 13).

5.3 Variables

A continuación se presenta una descripción teórica y operacional de cada variable del modelo propuesto: Norma subjetiva, Control percibido, Actitud conductual, Intención, Comer emocional y Conducta alimentaria.

Tabla 4 Descripción de las variables del modelo

Variables Predictoras		
Variables	Definición	Operacionalización
Norma subjetiva	Está compuesta por : <i>Creencias normativas</i>, definidas como la percepción de la presión social o la expectativa normativa de los otros hacia ellos. <i>Motivación por cumplir</i>, definida como cuanto quieren los universitarios cumplir las expectativas que tienen sus seres significativos en relación a la conducta de alimentarse de forma saludable.	Puntaje (1-5 ptos) en el cuestionario para predictores de la TAP, Ítems 4 al 11.

Control Percibido	Compuesto por : <i>Creencias de control</i>, que agrupan las creencias en torno a factores o circunstancias que facilitan o desincentivan la realización de la conducta alimentaria saludable. <i>Poder de control/ Power of control factors</i>: se refiere a cuan capaz se siente el estudiante de implementar o realizar la conducta indicada.	Puntaje (1-5 ptos) en el cuestionario para predictores de la TAP. Ítems 12 al 15.
Actitud conductual	Compuesta por: <i>Creencias conductuales</i>, entendidas como creencias que tienen los estudiantes a cerca de las consecuencias positivas o beneficios (o negativas) de la conducta. <i>Evaluación de la conducta</i>: es un juicio que hace el estudiante respecto de cuan positivo o negativo es para él/ella la consecuencia de la conducta realizada.	Puntaje (1-5 ptos) en el cuestionario para predictores de la TAP. Ítems 16 al 21.
Intención conductual	Es la percepción de la indicación interna de cuan listo está el individuo para realizar la conducta esperada.	Puntaje (1-5ptos) en el cuestionario para predictores de la TAP. Ítems 1 al 3.
Comer emocional	Se define por el incremento en la ingesta de alimentos calóricos, altos en grasa y azúcares, en respuesta a una emoción negativa. Los individuos que presentan tendencia a comer emocional responden con un aumento de la ingesta cuando experimentan una emoción intensa, y no una disminución o una supresión de la sensación de hambre que sería lo esperado biológicamente (Van Strien, et al., 1986).	Puntaje en la escala de alimentación emocional en español del Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) (1-5 ptos). Ítems 11 al 23 (Andrés, Oda-Montecinos & Saldaña, 2017).

Conducta alimentaria	Se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos (Osorio, <i>et al.</i> , 2002).	Puntaje total en Cuestionario para evaluar conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria en salud modificado, 33 ítems totales (Pino, Díaz & López, 2011).
----------------------	---	---

5.4 Instrumentos

a) **Información sociodemográfica:**

Ficha sociodemográfica con información de sexo, fecha de nacimiento, carrera, curso, año de ingreso, estado civil, número de hijos.

b) **Cuestionario TAP para medir actitud, norma subjetiva, control percibido e intención en relación a la alimentación.**

Este cuestionario debió ser construido y adaptado para la población estudiada puesto que los autores recomiendan que las preguntas deben ser contextualizadas para realizar una medición real de las variables (Ajzen, 2006). El detalle de este proceso de construcción y adaptación se indica en el Anexo N°4.

El cuestionario considera cuatro dimensiones para medir actitud, norma subjetiva, control percibido e intención conductual (Anexo 2). Las preguntas se contestan en forma de escala Likert con cinco opciones de respuesta y consideran puntaje entre 1 = valoración más negativa y 5= valoración más positiva. El análisis de confiabilidad refirió buenos indicadores para todos los factores (ver tabla N°4).

c) **Dutch Eating Behavior Questionnaire**

Este cuestionario es una adaptación de la Escala DEBQ original (versión inglés) de Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, publicada en 1986 con buenos estadísticos psicométricos.

En el proceso de validación al idioma español (Rivera, *et al.*, 2011), se analizaron las propiedades psicométricas del instrumento y se retiraron 2 preguntas, quedando el cuestionario final con 33 ítems totales. El análisis de la consistencia interna mostró valores adecuados. El año 2017 fue publicado un estudio de sus propiedades psicométricas en población adulta chilena, siendo esta la versión utilizada en este estudio (Andrés, Oda-Montecinos & Saldaña; 2017). Para esta investigación solo se usó la subescala comer emocional, que incluye desde el ítem 11 al 23 (Anexo N° 6).

El análisis de confiabilidad de este cuestionario indicó un alpha de Cronbach de 0.93 (ver tabla N°4).

d) Cuestionario para evaluar conductas y hábitos alimentarios en usuarios de atención primaria en salud modificado

Este cuestionario fue validado en población adulta chilena, presentando 11 dimensiones y 48 preguntas en su forma original (Pino, Díaz & López, 2011). Para fines de este estudio se sometió a validación mediante juicio de expertos (cinco nutricionistas del Departamento de Nutrición y Dietética de la Universidad de Concepción y un experto en psicometría del departamento de Psicología de la Universidad de Concepción). La nueva versión resultó con 38 preguntas y una sola dimensión (Anexo 7).

A continuación se detalla el análisis de confiabilidad de los instrumentos Cuestionario TAP y DEBQ utilizado en esta investigación.

Tabla 5 Análisis de confiabilidad instrumentos

Instrumento	Variable	Alpha de Cronbach
Cuestionario TAP	Actitud	0.75
	Control percibido	0.75
	Norma Subjetiva	0.70
	Intención conductual	0.88
DEBQ*	Comer emocional	0.93

**Deutch eating behavior questionnaire*

Se observa que todos obtuvieron altos valores de alpha de Cronbach, mostrando una adecuada confiabilidad interna.

5.5 Procedimiento

5.6 Estudio instrumental:

Etapla cualitativa: elicitación de creencias alimentarias.

Para contactar a los alumnos que formarían parte de los dos grupos focales se contactó por correo directamente a 16 estudiantes de las carreras de Medicina e Ingeniería Comercial con un muestreo por accesibilidad. Los estudiantes fueron citados con fecha y hora en dependencias del departamento de Nutrición y Dietética ubicado en orompello 165, Concepción.

Una vez que los estudiantes concurrieron al lugar indicado, se procedió al desarrollo ambos grupos focales de forma consecutiva. La actividad inicio con la lectura del consentimiento informado y fue guiada por la investigadora principal y una docente de la facultad de Cs Sociales. Cada grup focal duró aproximadamente una hora.

Etapla cuantitativa: elaboración y validación cuestionario TAP

Tanto las bases de datos de los alumnos por carrera como la autorización para contactar a docentes que permitan aplicar los cuestionarios, fueron solicitadas a través de los decanos de cada Facultad. Una vez obtenida la base de datos con matrícula, sexo y número de alumnos por facultad, se procedió a seleccionar 230 alumnos de distintas carreras de manera aleatoria mediante un programa computacional.

Los cuestionarios fueron aplicados por la investigadora principal y por alumnos ayudantes de la carrera de Nutrición y Dietética, capacitados para tal efecto entre julio y diciembre de 2018 en dependencias de la Universidad de Concepción (salas de clases) en sus horarios de clase o al término de ellas.

Previo a la aplicación de la encuesta, se solicitó a los participantes firmar un consentimiento informado (Anexo 8) en el que se aseguró la voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad de los datos entregados. Así mismo se explicitó en dicho documento que el proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética y Bioética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción. Además

por ser un proyecto financiado por Conicyt se resguardó que el consentimiento informado se redactara respetando las guías entregadas por esta institución (Anexo N° 2).

Se recogió la información de manera directa, es decir, con cuestionarios físicos de autoinforme en presencia del investigador principal o de sus ayudantes, en dependencias universitarias.

1) Estudio empírico

El mismo procedimiento señalado en la etapa anterior, fue realizado para contactar a la muestra de estudiantes del estudio empírico seleccionando 800 estudiantes de 12 carreras de la Universidad de Concepción, Campus Concepción.

5.7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Análisis descriptivo

Se creó una base de datos en Microsoft Excel para Microsoft Windows® (V15), indicando código del estudiante, datos sociodemográficos y las respuestas a las preguntas del cuestionario TAP, DEBQ (subescala comer emocional), y Cuestionario de alimentación. En primer lugar, se realizó el análisis psicométrico de los instrumentos, específicamente mediante análisis de modelo de medida y determinación de alfa de Cronbach para TAP y DEBQ.

El análisis descriptivo de la muestra fue realizado con el software SPSS versión 22. Se estimaron las medias, desviaciones estándar y distribuciones porcentuales de cada variable sociodemográfica en primer lugar. También se categorizó el análisis de las variables de acuerdo a sexo, carrera, edad y si ve con la familia o no.

Los análisis bivariados fueron realizados también con el software SPSS versión 22. Se estudió la relación entre las variables del modelo mediante correlación de Pearson.

Mediante el software Mplus® V7, se probó el ajuste del modelo completo utilizando SEM. Se determinó si el modelo propuesto permite predecir la variable criterio de acuerdo a los indicadores Chi cuadrado ajustado, CFI, TLI y RMSEA. Previo al análisis estructural, se estudió el modelo de medida, probando el ajuste de cada escala por separado: componentes de la TAP con intención, intención con conducta, conducta con comer emocional y comer emocional. Posteriormente, se estudió el modelo estructural para determinar el ajuste del modelo a la teoría de Ajzen, así como el efecto de moderación del comer emocional en la relación entre intención conductual y conducta alimentaria.

6. RESULTADOS

En este apartado se describirán los principales resultados de los dos estudios realizados en esta investigación (instrumental y empírico), detallando algunos aspectos más específicos en los anexo 3 y 5.

6.1 Resultados estudio instrumental

A continuación se reportarán las principales creencias alimentarias obtenidas a partir del relato de estudiantes universitarios, que permitieron comprender con mayor profundidad como conciben los beneficios y dificultades de una alimentación saludable (creencias actitudinales) así como también, quiénes serían las personas más influyentes en su alimentación y la percepción de presión social por alimentarse de forma sana ejercida por éstas mismas (norma subjetiva). Además, los jóvenes lograron identificar ciertos factores que a su modo de ver podrían favorecer o dificultar la implementación de una alimentación saludable en su contexto (creencias de control).

Posteriormente, se describirá el proceso de construcción y validación del instrumento para medir las variables relacionadas con la TAP, así como las características psicométricas del cuestionario final.

6.2 Resultados etapa cualitativa: elicitación de creencias alimentarias.

Los jóvenes creen que alimentarse de manera saludable beneficia la salud física y

mental, dentro de las desventajas de este tipo de alimentación se encuentra que la compra y preparación de alimentos saludables es más costosa y toma más tiempo que alimentarse en base a comida preparada o rápida. Así mismo, declararon que implementar una alimentación saludable sería más sencillo si vivieran en familia y sus madres se hicieran cargo de comprar, prepara y servir los alimentos (creencias de control). Con respecto a las creencias normativas, señalaron que sus figuras parentales (en especial la madre) serían más felices si se alimentaran sanamente, pero que en lo concreto, no sienten ninguna presión social por de parte de la familia u otros actores sociales por alimentarse de manera saludable.

A continuación se resumen las principales creencias alimentarias declaradas por los jóvenes entrevistados.

Tabla 6 Resumen creencias alimentarias en torno a la alimentación saludable.

Creencias actitudinales	Creencias normativas	Creencias de control
Beneficios en la salud física	Figuras significativas Femeninas	Relacionadas con el contexto
Prevenir enfermedades crónicas.	Las figuras parentales femeninas (madres, abuelas) así como las hermanas mayores.	Factores que favorecen la alimentación saludable
Mejora en la apariencia física.	Otras figuras	Tener más dinero, más tiempo libre y mejores horarios de clases
Favorecería la delgadez y el cuidado del cuerpo.	Las parejas.	La costumbre o hábito de comer alimentos sanos en la niñez o adolescencia
Mejorar la digestión y el colon irritable.	Los amigos o aquellos con que conviven día a día.	Tener la opción de almorzar en casino universitario o en familia.
Beneficios en salud mental	Docentes de la Universidad.	Sabor agradable de las preparaciones, una oferta competitiva y atractiva
No presentar letargia después de la ingesta.	Deportistas.	Comprar de forma planificada y para periodos más largos.
Estar más activos.	Presión social percibida	Saber cocinar.
Aprovechar mejor el día.	No perciben presión social por parte de sus figuras significativas.	Contar con información nutricional.
Tener más energía.		
Mayor concentración en clases y un mejor.		

Rendimiento académico.

Aumenta las endorfinas, el bienestar y mejora la calidad de vida.

Perjuicios

Es caro.

Requiere más tiempo.

Aporta menor saciedad.

No permitiría reducir síntomas de ansiedad.

Provoca hambre de forma frecuente.

Provoca malhumor.

Tener cambios en el peso corporal.

Vivir experiencias cercanas o propias de enfermedad (por ejemplo, alergias alimentarias) y tener preocupación.

Factores que dificultan la alimentación saludable

Sensación de pena y soledad.

Poder comer a su gusto o antojo.

Estar en pareja.

Estrés académico y presiones familiares relacionadas al rendimiento académico.

Resultados etapa cuantitativa: elaboración de cuestionario TAP

En base a los resultados obtenidos del análisis de las creencias alimentarias de los estudiantes universitarios se formularon ítems para construir un cuestionario que midiera de forma cuantitativa los componentes de la TAP: actitud conductual, norma subjetiva, control percibido e intención hacia la conducta.

Siguiendo las sugerencias de los autores de la TAP (Ajzen, 2006, en Ajzen & Fisbein, 2010), se elaboró una primera versión del cuestionario que contenía 10 ítems, la cual se sometió a AFC, obteniendo índices de ajustes poco adecuados en general. En base a los resultados, se determinó retirar 4 de los 10 ítems para mejorar el ajuste, consiguiendo un cuestionario con 6 reactivos. Si bien para esta segunda versión los indicadores mostraron presencia de 4 factores y un ajuste razonable, 2 de las 4 dimensiones presentaban un solo reactivo pudiendo existir riesgos relacionados a la distribución de las respuestas en la muestra final del

estudio empírico. Por lo anterior, se decidió avanzar a una tercera versión, incorporando además recomendaciones emanadas de una revisión bibliográfica de artículos donde se desarrollaran instrumentos para medir predictores de la TAP en diversos ámbitos (Ajzen & Klobas, 2013; Conner, Russel & Bell, 2002; Yazdanpanah & Foruzani, 2015; Neipp, Quiles, Leon, Tirado & Rodriguez Marin, 2014; Soto, Wittig, Guerrero, Garrido & Fuenzalida, 2006). Luego del análisis bibliográfico se generó un instrumento de 18 ítems, versión que fue analizada desde el punto de vista de la comprensión mediante entrevista cognitiva a 5 estudiantes de pregrado de la UdeC. Posteriormente, sometió a juicio de 5 expertos (3 en el área disciplinar y 2 en el área psicométrica) quienes recomendaron agregar preguntas a la dimensión de norma subjetiva y a la de actitud hacia la conducta así como quitar reactivos a la dimensión de intención. De esta forma se obtuvo la cuarta versión del cuestionario con 24 ítems. Al realizar el AFC se decidió eliminar las preguntas 17, 18 y 19 por presentar problemas en la distribución (baja curtosis) y también hacer algunas reespecificaciones entre algunos ítems, por lo que la versión final del instrumento consignó 21 ítems, con la siguiente distribución:

Tabla 7 Distribución final del cuestionario TAP

Dimensión	Ítems	Preguntas
Norma Subjetiva	8	4,5,6,7,8,9,10,11
Control Percibido	4	12,13,14,15
Actitud	6	16,17,18,19,20,21
Intención conductual	3	1,2,3
Total	21	

Sobre esta quinta versión se realizó un AFC para evaluar el ajuste del modelo utilizando el estimador WLSMV, obteniendo valores adecuados en todos los índices calculados (CFI= 0.95, TLI= 0.94, RMSEA= 0.08).

Finalmente se realizó un análisis de confiabilidad utilizando el índice alfa de Cronbach, mostrando valores muy adecuados en las 4 dimensiones analizadas.

Por todo lo anterior, se señala que el cuestionario TAP elaborado obtuvo muy buenas características psicométricas en todas las áreas evaluadas, resultando un instrumento de 21 ítems validado para medir predictores psicológicos de la conducta alimentaria en población universitaria, por primera vez en Chile. El proceso completo de validación del cuestionario se detalla en el anexo 5.

7. Resultados estudio empírico

7.1 Descriptivos

A continuación se presentan los análisis univariados por cada variable del modelo estudiado: factores de la TAP (actitud, control percibido, norma subjetiva e intención hacia la conducta), comer emocional y conducta alimentaria.

Cuestionario TAP – Modelo de Ajzen.

Al analizar los datos de los predictores psicológicos de la conducta alimentaria medidos a través del cuestionario TAP, se puede observar que en relación a los tres factores que predicen intención, control percibido presenta el puntaje promedio por ítem más alto, 4.12 pts (DE= 0.78), no existiendo diferencias por sexo ni por carrera.

Lo sigue el factor norma subjetiva con un puntaje promedio por ítem de 3.34 pts (DE=0.75), encontrándose diferencias significativas por sexo, siendo mayor en mujeres que en hombres (3.35 pts. DE=0.69, versus 3.22 pts DE=0.68 respectivamente). No hubo diferencias por carrera.

Actitud conductual presentó un promedio por ítem de 3.30 pts. (DE= 0.69), habiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres a favor de las mujeres. No hubo diferencias por carrera.

Con respecto a la intención conductual, se puede afirmar que, en general, este factor tiene una alta puntuación, llegando como puntaje promedio a 3.98 pts., siendo las mujeres quienes mostraron mayor intención de alimentarse de mejor manera que los hombres. No existieron diferencias por carrera.

DEBQ_ CE (Comer emocional).

Con respecto al comer emocional, se determinó que este estilo de ingesta tuvo un puntaje total promedio por ítem de 2.57ptos (DE= 1.03) en la muestra general, y que las mujeres presentaron puntajes significativamente más altos que los hombres. Al analizar los datos por carrera se observaron diferencias. Las carreras de Trabajo Social y de Medicina Veterinaria obtuvieron los puntajes más altos, mientras que Pedagogía en Educación Física (Tabla N°8 en Anexo N° 12).

Cuestionario Conducta Alimentaria

Con respecto a las conductas alimentarias, en la muestra total se observó un puntaje promedio por ítem de 2,81ptos (siendo la escala de 1 a 5 ptos), no existiendo diferencias entre estudiantes hombres y mujeres.

La carrera de Medicina presentó un puntaje significativamente más alto en esta escala con respecto a otras carreras. En la tabla N° 8 (Anexo N° 11) se observan los puntajes obtenidos en la escala de alimentación, por carrera.

A continuación se presentan los puntajes promedio por ítem de las variables del estudio en la muestra total.

Tabla 8 Datos descriptivos por variable muestra total

Variable	N	M	DE	Asimetría	Curtosis
Actitud	744	3.30	0.69	0.03	-0.25
Control percibido	744	4.14	0.78	-0.85	0.35
Norma Subjetiva	744	3.33	0.75	-0.22	-0.50
Intención	744	3.98	0,87	-0.71	0.08
Conducta alimentaria	744	2.81	0,26	0.04	-0.21
DEBQ (Comer emocional)	743	2.57	1,03	0.68	-0.24

N= número de estudiantes

M= promedio

DE= Desviación Estandar

Al realizar el análisis de los puntajes promedio por ítem según sexo, se obtuvo la siguiente información

}

Tabla 9 Análisis descriptivo por sexo

Variable	Hombre M	DE	Mujer M	DE	Est. T	P. Ajust.	ES(d)
Actitud	3.22	0.68	3.35	0.69	t(685.3)=2.46	0.042	0.18
Control	4.12	0.78	4.16	0.78	t(681.0)=0.76	0.447	0.06
percebido							
Norma	3.25	0.72	3.39	0.76	t(696.8)=2.67	0.031	0.20
Subjetiva							
Intención	3.84	0.91	4.09	0.82	t(640.1)=3.93	0.000	0.30
C.							
alimentaria	2.80	0.26	2.82	0.26	t(683.3)=1.29	0.394	0.10
Comer	5.90	4.21	7.57	4.94	t(724.0)=4.93	0.000	0.36
emocional							

Nota: hombres=317, mujeres=422

7.2 Análisis bivariados

En relación al modelo de Ajzen, se puede observar que todas las variables TAP (actitud, norma subjetiva y control percibido) se correlacionan significativamente con intención conductual y que, su vez, esta última se correlaciona significativamente con la conducta alimentaria.

Se observa que existe una correlación negativa entre comer emocional y control percibido, es decir mientras menor la percepción del control conductual mayores son los impulsos que llevan a aumentar la ingesta de alimentos calóricos entre comidas frente a sentimientos de depresión, ansiedad, estrés, aburrimiento, tristeza, etc.

A continuación se presentan las correlaciones entre las variables estudiadas.

Tabla 10 Matriz de correlaciones de Pearson

	Control perc.	Norma subj.	Intención	C. Aliment.	Comer emoc.
Actitud	0.33**	0.31**	0.39**	0.12**	-0.04
Control percibido	--	0.23**	0.38**	0.16**	-0.19**
Norma Subjetiva		--	0.34**	0.16**	-0.03
Intención			--	0.32**	0.02
C.Alimentaria				--	0.18**

Nota: ** $p < 0,001$

7.3 Análisis del modelo de medida.

Para realizar los análisis de modelos de medida de los instrumentos TAP y DEBQ se consideraron los siguientes indicadores:

- Chi-cuadrado: donde se espera que este valor sea no significativo, para probar el ajuste de la matriz propuesta a la matriz poblacional. Este indicador es poco sensible para tamaños muestrales grandes por lo que se incorporaron al análisis otros indicadores de bondad de ajuste.
- Chi cuadrado ajustado o escalado: Este indicador se usa para variables no normales. Se asocia a MLR (Williams & O'Boyle, 2011).
- Comparative Fix Index (CFI): Este indicador compara un modelo propuesto con uno nulo. Valores mayores a 0.95 son considerados aceptables (Hu & Bentler, 1999 ; Williams & O'Boyle, 2011).
- Tucker Lewis Index (TLI): Este indicador, al igual que CFI, compara un modelo propuesto con un modelo nulo. Son considerados aceptables valores iguales o superiores a 0.90 (Williams & O'Boyle, 2011; Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1999).
- Root Mean Square Error of Aproximate (RMSEA): Este indicador mide valores de residuos o el porcentaje no explicado de la varianza en un modelo, por tanto, se espera que sea lo más bajo posible. En general, se recomiendan valores menores a 0.6, aunque algunos autores proponen que a partir de 0.8 se podrían considerar un ajuste adecuado (Browne & Cudeck, 1992; Hu & Bentler; 1999, Williams & O'Boyle, 2011).

TAP

Análisis de medida cuestionario TAP:

Se calculó el análisis de medida de primera instancia para el cuestionario TAP. Dado las opciones de respuesta son de 1 a 5, se utilizaron los estimadores WLSMV y MLR, tratando los ítems como variables continuas.

Tabla 11 Análisis de medida (primera versión)

Estimador	χ^2	df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
WLSMV	1434.54	183	7.84	0.911	0.898	0.096
MLR	1084.76	183	5.92	0.818	0.791	0.081

Se observa a partir de los resultados, que el modelo no muestra buenos indicadores de ajuste, en particular los valores de RMSEA y el chi cuadrado normalizado. Luego de revisar algunos índices de modificación, se establecen las siguientes correlaciones de los errores entre ítems.

Tabla 12 Correlaciones entre errores cuestionario TAP

Factor TAP	Reespecificaciones
Norma subjetiva	TAP5~~TAP4 TAP7~~TAP4 TAP4~~TAP10 TAP12~~TAP4 TAP12~~TAP11 TAP5~~TAP7 TAP7~~TAP10 TAP6~~TAP5
Actitud	TAP21~~TAP22

El nuevo análisis de medida con el modelo reespecificado mostró un ajuste adecuado, como se observa en la tabla 11.

Tabla 13 Análisis de medida TAP

Estimador	χ^2	Df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
WLSMV	487.948	174	2.8	0.978	0.973	0.049

Fuente: Elaboración Propia.

Dustch Eating Behavior Questionnaire –DEBQ.

El instrumento para medir estilos de ingesta (DEBQ) tiene 33 ítems y evalúa tres estilos de ingesta: comer emocional, comer externo y restricción alimentaria; en este estudio se utilizó solo la segunda subescala que mide comer emocional.

Se realizó el análisis con el indicador de ajuste WSLML.

Tabla 14 Análisis modelo de medida DEBQ

Estimador	χ^2	Df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
WLSMV	1610.775	488	3.59	0.966	0.963	0.056

Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que el Chi cuadrado ajustado, CFI, TLI y RMSEA son adecuados, indicando un buen ajuste.

A modo de conclusión de este apartado relativo a los análisis de modelos de medida, se puede señalar que los cuestionarios TAP y DEBQ presentaron una adecuada bondad de ajuste, permitiendo su empleo en el análisis del modelo estructural.

Análisis del Modelo Estructural (SEM)

Structural Equation Modeling (SEM) es una técnica de análisis estadístico multivariada que se ha utilizado tradicionalmente en ciencias sociales, y en particular dentro de la psicología, para el estudio de la conducta humana. Mediante este método se puede analizar el patrón de relaciones entre una o más variables independientes y una o más variables dependientes. Entre las principales ventajas del SEM radican aquellas relacionadas a la posibilidad de modelar el error de medición, de trabajar con distintos tipos de variables en un mismo modelo y de permitir análisis de mediación o moderación. Esto último se logra usualmente comparando el ajuste de dos modelos alternativos que difieren entre sí por incluir o no efectos de terceras variables sobre la magnitud de la relación de las dos primeras. Para estos efectos se han diseñados programas computacionales específicos tales como EQS, AMOS y MPlus (Ortiz & Fernández-Pera, 2018; Ato,

López & Benavente, 2013).

Varianza explicada entre actitud, control percibido, norma subjetiva e intención conductual

En primera instancia, para cada variable predictora, se analizó un modelo que solo estudiaba la relación entre esa variable y la intención conductual, todas como variables latentes. Se puede observar que la mayor relación fue entre actitud y control percibido con intención, mostrando una varianza explicada de 30,1% y 31,6%, respectivamente. Norma subjetiva, en cambio, presentó menor relación con la intención en la muestra estudiada (24,6%).

Tabla 15 Varianza explicada de la intención conductual por cada predictor por separado del modelo Ajzen.

Variable	Control Percibido	Actitud	Norma Subjetiva
r^2	0.316	0.301	0.246
r	0.562	0.549	0.496

Fuente: Elaboración Propia.

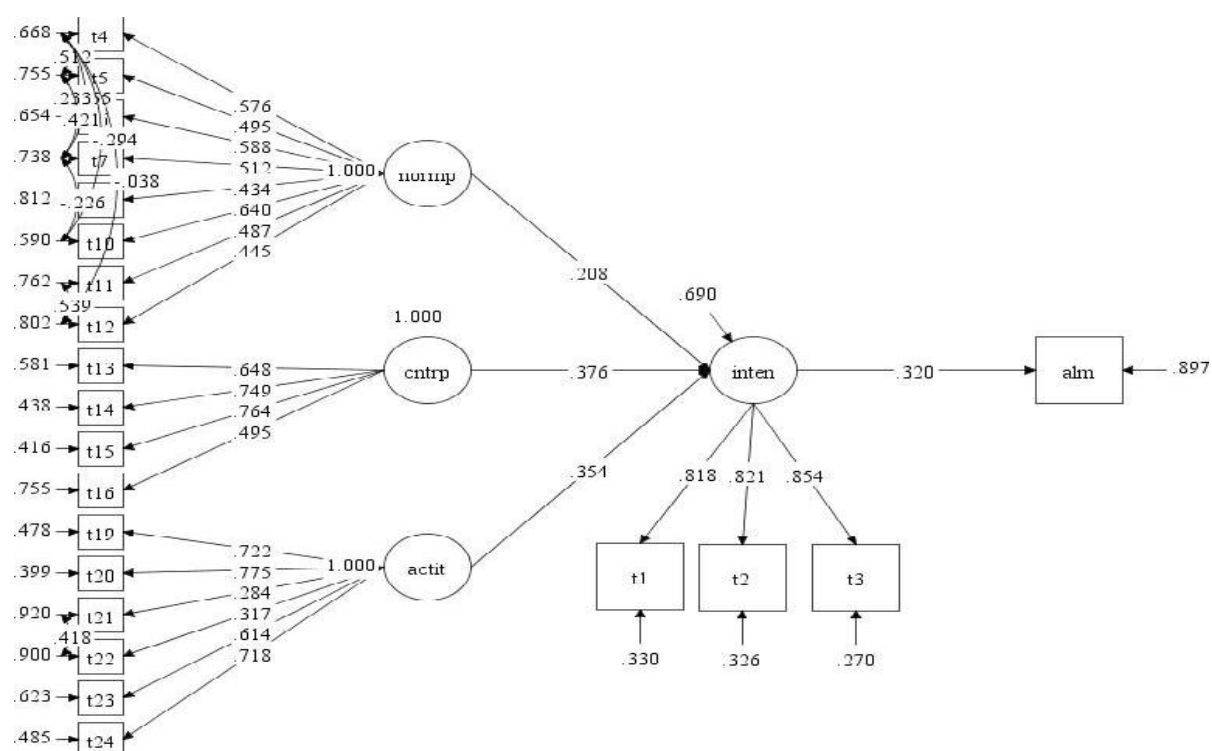
SEM modelo completo.

Para probar el ajuste del modelo completo, se realizó un SEM en el cual se consideró actitud, norma subjetiva, control percibido, intención y comer emocional como variables latentes, mientras que la variable conducta alimentaria se trató como variable observada. Dentro de las hipótesis y objetivos de esta investigación se encuentra, en primer lugar, poder establecer la relación entre las variables del modelo TAP (norma subjetiva, control percibido y actitud conductual con intención), luego se requería probar la relación entre intención y conducta alimentaria y finalmente el rol moderador de la variable comer emocional en la relación intención y conducta alimentaria. A continuación se muestra el diagrama del SEM completo del modelo propuesto así como los modelos de medida de las variables latentes y las relaciones entre variables predictoras y criterio.

Al comparar los coeficientes de regresión de control percibido, actitud y norma subjetiva con intención conductual, se observa que el mayor corresponde al de control percibido ($b=0.376$), el que sigue es actitud ($b=0.354$) y luego norma subjetiva ($b=0.208$). Si calculamos las diferencias de estos coeficientes entre sí y estimamos la significancia de estas diferencias se observó que solo es significativa la diferencia entre control percibido y norma subjetiva, ($p=0.01$), por tanto podremos decir que, en este modelo, el control percibido predice la intención mejor que norma subjetiva y que no se cuenta con suficiente información para reportar la importancia relativa de actitud en el modelo.

Finalmente se determinó que el coeficiente de regresión de intención conductual sobre la conducta alimentaria es $b = 0,32$ (capacidad predictiva media) con lo que la varianza explicada es un 10,3%.

Figura 4 SEM modelo predictivo de la conducta alimentaria universitarios chilenos



Fuente: Elaboración propia con Programa Mplus.

Al calcular el estimador WLSMV, que se utiliza cuando los ítem de las escalas tiene 5 o menos categorías, se observa que el Chi cuadrado normalizado es óptimo ($\chi^2/df = 1.74$) al igual que el indicador RMSEA (0.036).

Se calculó también el estimador MLR de forma de contrastar el análisis con WLSMV, ya que todos los indicadores tenían 5 categorías, aunque el Chi cuadrado fue significativo, $\chi^2 (194) = 448.000$ ($p < 0.001$). El RMSEA (0.044) es adecuado también por lo que se puede asumir que el modelo propuesto es adecuado. Es decir, se puede aseverar que los tres factores de la TAP predicen la intención conductual de forma significativa, aun controlando el efecto de los otros factores. También es posible confirmar que intención predice de forma significativa la conducta alimentaria.

Tabla 16 Ajuste de modelo predictivo conducta alimentaria universitarios chilenos

Estimador	χ^2	Df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
MLR	448.000	194	2.3	0.95	0.941	0.044
WLSMV	380.225	194	1.74	0.95	0.938	0.036

Fuente: Elaboración Propia.

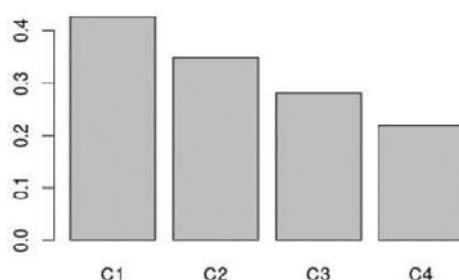
Análisis de moderación del Comer Emocional.

Como último objetivo de esta investigación se estableció la necesidad de probar el rol de la variable comer emocional sobre la relación entre intención y conducta alimentaria. Es decir, se planteó la hipótesis de que las personas que presenten este estilo de ingesta mostrarían una relación más débil entre lo que dicen que harán y lo que realmente harán, en relación a personas cuya alimentación no estaría mediada por las emociones.

Para probar el efecto de moderación del comer emocional, se dividieron los valores de la escala de comer emocional por cuartiles para evaluar en qué medida varía la

relación a través de los puntajes obtenidos. Se observa una disminución casi lineal de la regresión desde el primer al cuarto cuartil (C1= 0.4264, C2= 0.3482, C3=0.2811, C4=0.2189).

Figura 5 Coeficientes de regresión por cuartiles de la variable comer emocional.



Fuente: Elaboración propia con Programa Mplus.

Se usó un análisis de moderación lineal donde se observó un valor p significativo ($p < 0.05$). Lo anterior indica que el comer emocional modera la relación entre intención y la conducta alimentaria, existiendo diferencias por cuartiles en el grado de relación entre la intención conductual y la conducta alimentaria. En la tabla N° 19, se puede observar que el valor del efecto de interacción es negativo (-0.072), indicando que existe una relación inversa, es decir, mientras mayor es el comer emocional, menor es la fuerza de la relación entre intención y conducta alimentaria.

Tabla 17 Análisis de moderación con variable comer emocional.

Coeficientes	Estimador	Error estándar.	t	Valor p
Intercepto.	-0.00099	0.03431	-0.029	0.9770
Intención	0.31733	0.03430	9.251	<2e-16***
Comer emoc.(ce)	0.17404	0.03437	5.064	5.19e-07 ***
Intención X ce	-0.07287	0.03407	-2.139	0.0328*

*Nota *** $p < 0.01$*

Fuente: Elaboración Propia.

8. DISCUSIÓN

La obesidad en Chile ha alcanzado niveles inéditos en los últimos años, llegando a ser el país con más obesidad en Latinoamérica, de acuerdo al último reporte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En todo los grupos etáreos se pueden observar prevalencias de sobrepeso y obesidad preocupantes (Ministerio de Salud, 2019). La población universitaria no escapa a esta realidad, transformándose el sobrepeso y obesidad en un tema de preocupación nacional desde hace más de 30 años. Las autoridades de salud, el Ministerio del Trabajo y las instituciones de educación superior han trabajado de manera conjunta en la elaboración de políticas públicas como Lugares de Trabajo Promotores de la Salud e Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud. Específicamente en el ámbito universitario, en el año 2006, se elaboró la “Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior” para desarrollar intervenciones con el fin de mejorar la calidad de vida de estudiantes, académicos y personal de apoyo de la educación superior.

Estas acciones del gobierno chileno, se enmarcan en el contexto de un fuerte movimiento internacional que propone el ambiente universitario como promotor global de la salud en la comunidad universitaria en su conjunto (Arroyo-Acevedo, Durán, Gallardo, 2015; Plotnikoff, Costigan, Williams, Hutchesson, Kennedy, Robards, Robards & Germov, 2015).

A pesar de los esfuerzos gubernamentales realizados, la obesidad sigue en alza en nuestro país, y es en este contexto y con el objetivo de comprender de forma más profunda el fenómeno de la alimentación en universitarios, se vuelve necesario estudiar la conducta alimentaria de forma integral, es decir, no solo bajo la perspectiva tradicional que analiza factores biológicos y nutricionales, sino que desde una perspectiva más amplia que busque identificar los factores psicosociales que inciden en el comportamiento alimentario.

Analizando las etapas evolutivas, la etapa universitaria puede suponer una crisis normativa en términos de lograr abruptamente autonomía en varios aspectos de la vida, tales como la adquisición de hábitos saludables, vivir solo y tener una conducta sexual responsable, entre otros. Asimismo, las decisiones alimentarias recaen por

primera vez en los propios estudiantes quienes muchas veces han dejado la casa de familia para asistir a la universidad. El hecho de ingresar a la educación superior se ha relacionado positivamente con alzas de peso importantes en los primeros años, las que a su vez se relacionan con trastornos de la conducta alimentaria y la aparición de enfermedades crónicas en el futuro (Vella-Zarb & Elgar, 2009; Morales, *et al.*, 2013).

Bajo esta mirada es que surgen preguntas como ¿Cuáles son los predictores cognitivos que mejor se relacionan con la conducta alimentaria de estudiantes universitarios? ¿Cómo inciden las emociones en la conducta de alimentación de estudiantes de educación superior? ¿De qué forma podríamos relacionar factores cognitivos y emocionales con la conducta alimentaria de los jóvenes en Chile?

Para dar respuesta a estas preguntas se desarrolló la presente investigación, cuyo objetivo general fue evaluar un modelo integrativo que permita explicar el rol de factores cognitivos y emocionales en la conducta alimentaria de estudiantes universitarios en Chile. Como primer objetivo específico se decidió determinar la capacidad predictiva de los factores considerados en la teoría de la acción planificada (TAP) en relación a la conducta alimentaria. En segundo lugar, se pretendió determinar el mejor predictor de intención conductual y finalmente, identificar el rol de las emociones en la interacción de las variables del modelo.

Este estudio se desarrolló utilizando el modelo teórico de la TAP como marco conceptual, ya que presenta un vasto cuerpo empírico en el estudio de distintas áreas de la alimentación, tales como consumo de snacks, ingesta de bebidas azucaradas, alimentación saludable, consumo de leche, compra de alimentos bajos en calorías, etc. (Riebl, *et al.*, 2015).

A modo de facilitar la interpretación y lectura de la discusión se analizarán los resultados en función de los tres objetivos específicos antes mencionados, que guiaron esta investigación.

Pertinencia del modelo de Ajzen para explicar la conducta alimentaria de estudiantes universitarios chilenos.

El modelo de Ajzen visibiliza las creencias como un factor determinante en la configuración de cualquier conducta. En este caso se estudiarán las creencias alimentarias que subyacen a las decisiones en el área de la alimentación en este grupo objetivo. Metodológicamente, el autor de la teoría propone identificar las creencias actitudinales, normativas y de control, al inicio de cualquier investigación que contemple el estudio de la conducta alimentaria o su modificación.

De acuerdo a lo anterior, esta investigación ha comenzado con el análisis de estas creencias, lo que permitió determinar ciertas ideas o percepciones en relación a lo que los jóvenes piensan a cerca de tener una alimentación saludable.

En primer lugar y en relación a las creencias normativas, los jóvenes señalaron la presencia de la madre como modulador de su conducta alimentaria en términos de que alimentarse de manera adecuada depende de la presencia cercana de la madres para elaborar y servir sus alimentos. En este sentido, la influencia de la madre en la conducta de niños y jóvenes ha sido comprobada en estudios de diversas índoles. Por ejemplo, estudios que analizaron el rol materno en la conducta alimentaria de lactantes, concluyeron que esta figura es la responsable del estado nutricional del niño y de las actitudes de este en relación a la comida. Más específicamente se logró identificar la relación entre ciertas características de la madre como habilidades cognitivas, actitudes, etc. en el Índice de masa corporal del niño (Ortiz-Félix, Cárdenas-Villarreal & Flores-Peña, 2016). Otro estudio de corte experimental demostró cambios significativos en la alimentación de niños y jóvenes ante la presencia física de la madre, en un contexto de laboratorio (Laessle, Uhl & Lindel, 2001).

Profundizar en el rol de las madres en la alimentación de sus hijos conlleva evaluar como históricamente el oficio de ama de casa se ha basado en una estricta división por género de las tareas domésticas al interior de una familia, donde la mujer ha sido la encargada exclusiva de la alimentación y salud familiar naturalizando el esquema simbólico de la *buena madre*. Se reconoce *la buena madre* en aquellas

que se sacrifican y postergan por el cuidado familiar, poseyendo el control de actividades tales como asear, cocinar y decorar el hogar. En este sentido, la alimentación ha sido siempre responsabilidad de la madre quien transmite de manera libre y autónoma el precepto de alimentación saludable, apoyando este discurso en acciones concretas como servir preparaciones valoradas positivamente por ella y sus ancestros. En la actualidad el rol de buena madre ha sufrido modificaciones en términos de que hoy en día se legitima su desarrollo profesional, tener espacios de ocio o independencia económica, sin embargo se han mantenido culturalmente las expectativas de la figura materna en la preparación y entrega de los alimentos dentro del hogar perpetuando su definición a través de estas tareas (Martín, 2008).

Los hallazgos cualitativos del estudio instrumental resultan interesantes para profundizar en las creencias alimentarias de los jóvenes y comprender como ellos significan el fenómeno de la alimentación de forma situada. Paralelamente, podría transformarse en valiosa información al momento de planificar políticas e intervenciones para modificar la conducta alimentaria en esta población.

La segunda etapa de la investigación tenía el objetivo de probar un modelo teórico que incorporara variables afectivas y cognitivas en el desarrollo de la conducta de alimentación de jóvenes universitarios en Chile. Se propuso el modelo de Ajzen (TAP) como marco conceptual para las variables cognitivas y se añadió a este modelo la variable afectiva: comer emocional. La primera fase fue comprobar la utilidad de esta teoría en la comprensión de la conducta alimentaria de estudiantes universitarios, para lo que se evaluó el ajuste del modelo propuesto que incorporaba los factores de la TAP. Se demostró que el modelo y sus variables aplican para explicar la alimentación de los universitarios, mostrando valores de ajustes aceptables. Específicamente se demostró que los tres predictores de la TAP explican la intención conductual y que a través de esta última se puede predecir la conducta alimentaria en este grupo objetivo.

Estos resultados se condicen con múltiples metaanálisis internacionales que forman parte del cuerpo empírico de la TAP de los últimos 20 años, donde el modelo de Ajzen aplica para explicar el comportamiento alimentario de los sujetos en distintos

países, grupo etáreos y conducta alimentarias, independientemente de las variables de estudio (Armitage & Conner, 2001; Riebl, *et al.*, 2015; Rich, Brandes, Mullan & Hagger, 2015; Yazdanpanah & Forounzani, 2015; Match, 2008; McDermott, Oliver, Simnadis, Beck, Coltman, Iverson, & Sharma, 2015).

Esto revistiría de importancia a nivel metodológico, clínico y empírico, toda vez que se puede establecer un marco conceptual específico para el estudio de la conducta de alimentación en población universitaria chilena, lo que puede ser el inicio de una línea de estudios sistematizados que permitan identificar con claridad el rol de cada predictor en las decisiones alimentarias de los jóvenes. Esto permitiría mejorar las intervenciones orientadas a promover cambios positivos en la alimentación de esta población.

En relación con lo anterior, se ha reportado la importancia de contar con un marco teórico, tanto para el estudio del comportamiento alimentario como para el diseño de intervenciones que promuevan un estilo de alimentación saludable (Glanz & Bishop, 2014). A pesar de existir evidencia al respecto, un metaanálisis que buscó determinar en qué medida las intervenciones en alimentación se sustentaban en una base teórica, determinó que solo un 55% de los estudios de intervención analizados contempló un modelo de cambio conductual en su diseño (Prestwich, Sniehotta, Whittington, Dombrowski, Rogers & Michie, 2014).

Estimación del mejor predictor de la intención conductual.

Una vez determinada la pertinencia del modelo para explicar la conducta alimentaria, se analizó la proporción en que los distintos determinantes predicen la intención conductual, en miras de priorizar su modificación en intervenciones para mejorar la conducta alimentaria.

En primera instancia, se determinó la influencia de los tres factores de la teoría de Ajzen sobre intención conductual, donde se estableció que el factor que mejor predice la intención es control percibido, luego actitud y en tercer lugar, norma subjetiva.

Este resultado coincide exactamente con lo reportado en el metaanálisis más importante de los últimos 20 años realizado para predecir distintas conductas a partir de la TAP. Armitage y Conner (2001) consideraron 185 estudios para analizar cual sería el mejor predictor conductas en distintos ámbitos (sexualidad, enfermedades crónicas, alimentación, actividad física, etc) en diferentes edades, culturas y circunstancias. Los resultados, revelaron que el control percibido fue el mejor predictor de intención conductual, lo siguió actitud hacia la conducta y en tercer lugar, y con una influencia débil, la norma subjetiva. Se obtuvo un resultado similar en otro estudio realizado en al área de la salud, en población adulta portadora de enfermedades crónicas, donde el control percibido fue el mejor predictor de la conducta de adherencia a la dieta (Rich, *et.al*, 2015; Blue, 2007).

Otra revisión, que consideró 22 estudios sobre la TAP y patrones dietarios (realizados entre 1990 y 2012 en población estadounidense, australiana, canadiense, inglesa, y tailandesa), demostró que la actitud es el mejor predictor de la intención conductual relacionada con la alimentación en niños, jóvenes y adultos mayores de 30 años, lo siguió control percibido y, en forma más débil, norma subjetiva (MacDermott, *et al.*, 2015).

Así mismo, una revisión sistemática realizada en población internacional menor de 18 años, que incluyó el análisis de 34 estudios empíricos que relacionaban la TAP con conducta alimentaria, comprobó que la actitud era el mejor predictor de intención ($r=0.52$), luego estuvo la norma subjetiva y, finalmente, el control percibido (Riebl, *et al.*, 2015).

Al comparar todos estos resultados con los obtenidos en esta investigación, se puede observar que la influencia de los factores de la TAP sobre la intención difiere en relación a distintas conductas de alimentación y grupos poblacionales. Sin embargo, en todos los casos los tres factores tienen una relación importante con la intención conductual lo que permite establecer que este modelo es apto para explicar la conducta alimentaria de forma general. Así mismo, resulta claro que el control percibido y la actitud son los predictores más potentes para intención conductual en población adulta, mientras que la actitud lo fue en población más joven.

Estos resultados podrían explicarse a partir de la hipótesis de que al entrar a la universidad, la gran mayoría de los jóvenes estaría tomando por primera vez el control de su alimentación entre otras conductas y responsabilidades lo que se traduciría en una percepción de mayor autonomía y control en este ámbito.

Al respecto Armitage y Conner (2001) señalaron que en condiciones de control volitivo absoluto la relación intención- conducta debería ser óptima y el control percibido no debería ejercer mayor influencia en intención y en dicha relación. Por el contrario, cuando la conducta no estuviera bajo control, el control percibido podría influir en mayor medida en la intención y en esta relación. En el caso de la muestra estudiada, los jóvenes sienten que tienen un alto control en su alimentación (alto puntaje promedio por ítem en ambos sexos) sin embargo, la relación entre intención conductual y conducta alimentaria es débil pero significativa. Por tanto, se podría explicar de esta manera el hecho de que el control percibido sea el factor que más influye en la intención.

Es importante reflexionar que el control percibido pueda resultar más alto y más influyente en la intención en población adulta ya que se ha postulado que la TAP no sería tan apropiada para predecir conducta alimentaria en niños pequeños y adolescentes, ya que en este grupo el control percibido sería particularmente bajo, fundamentado en el hecho de que al estar en casa y al cuidado de adultos, ellos podrían percibir poca autonomía en sus decisiones alimentarias (McEachan, Conner, Taylor & Lawton, 2011).

Ahora ¿cómo podríamos explicar que el control percibido influya de manera tan más significativa que los otros dos factores, en la conducta? Se pueden proponer diversos supuestos, uno de ellos dice relación con la teoría de la autoeficacia que señala que a mayor percepción de autoeficacia mayor probabilidad de llevar a cabo la conducta esperada, pudiendo existir un efecto mediador de la intención entre ambas variables como lo propone la TAP.

En el entendido que el mismo Ajzen define el control percibido como un equivalente del concepto de autoeficacia, es decir cuan capaz se sienten las personas de llevar a cabo una determinada acción en un determinado contexto, es que se explicaría la influencia de este factor sobre la intención conductual y sobre la conducta,

directamente.

A la base de esta correlación, existen mecanismos que podrían fundamentar de manera más específica, lo que ocurre psíquicamente al momento de implementar una conducta, cuando un sujeto tiene alta autoeficacia. Bandura (1977) postula que el grado de autoeficacia percibido influye directamente en tres mecanismos importantes para lograr el cambio conductual: iniciar o no iniciar una conducta de afrontamiento al cambio, cuánto esfuerzo se pondrá en la implementación/mantenimiento de dicha conducta y cuánto tiempo se sostendrá este esfuerzo de cara a los obstáculos o experiencias aversivas que puedan surgir.

Paralelamente, se ha identificado que el logro de la conducta, la experiencia vicaria, la persuasión discursiva y los estados psicológicos –como el estrés- determinan el nivel de autoeficacia percibida, por tanto se podría pensar que intervenciones que contemplan estos factores podrían modificar la percepción de autoeficacia y por tanto la intención conductual y la conducta observable (Bandura, 1977; Prestwich, Kellar, Parker, MacRae, Learmonth, Sykes, Taylor & Castle, 2014).

Llevando lo anterior al contexto de la alimentación, múltiples estudios han demostrado que la autoeficacia alimentaria es un predictor potente de diversas conductas de alimentación como, por ejemplo, la ingesta de alimentos saludables. Asimismo, se ha podido establecer que el manejo del estrés favorece el aumento de la percepción de autoeficacia alimentaria, lo que resulta interesante como foco de atención para el diseño de intervenciones de cambio conductual en la dieta (Prestwich, Kellar, Parker, MacRae, Learmonth, Sykes, Taylor & Castle, 2014; Palacios, Ramírez, Anaya, Hernández & Martínez, 2017; Anderson, Winett, & Wojcik, 2007).

Intención como predictor de la conducta alimentaria.

Al analizar la relación intención- conducta alimentaria se puede observar que la intención conductual es, desde la teoría, un único y potente predictor del comportamiento observable, por lo que ha sido estudiada con mucho interés en los últimos 30 años. Específicamente la TAP propone que al conocer la intención conductual, se puede prever el comportamiento de los sujetos con respecto a una conducta determinada, pero siempre asumiendo que los sujetos son racionales y

que tienen dicha conducta bajo un importante control volitivo (Ajzen, 1991; Sheeran, 2002; Albarracin, Johnson, Fishbein & Muellerleile, 2001; Armitage & Conner, 2001).

Cumpliendo con este supuesto, la fuerza de la relación entre una variable y otra puede ser estudiada mediante distintos indicadores, entre los cuales se encuentra la varianza explicada, utilizada en la presente investigación. Particularmente en este estudio, se observó que la intención representa un 10,3 % de la varianza explicada de la conducta alimentaria, lo que es más bien modesto en términos estadísticos; sin embargo, si se asume que se está evaluando solo la influencia de una sola variable sobre la conducta alimentaria, que es por definición un fenómeno multifactorial, el resultado podría volverse relevante. En ciencias sociales es excepcional observar relaciones entre variables más elevadas.

Armitage y Conner (2001) observaron que la intención representa el 27% de la varianza explicada de la conducta y Giger (2008) declara que este porcentaje estaría cercano al 30%. Con respecto a la varianza explicada de la intención en conductas alimentarias, el metaanálisis de Mc Dermott y colaboradores (2015) indica que esta se ubicaría entre el 14% y el 24%. Un estudio independiente que pretendía mostrar la eficacia de la TAP para predecir compra de alimentos orgánicos en población iraquí, obtuvo una varianza explicada del 56%, lo que es muy superior a los resultados de esta investigación (Yazdanpanah & Forouzani, 2015). Esta diferencia entre nuestros resultados y los de estos estudios, podrían estar dadas por el hecho de que las conductas analizadas en las investigaciones mencionadas eran conductas más específicas que la conducta medida en este estudio. Al respecto Ajzen señala que mientras más específica es la conducta a medir, mejor será la capacidad predictiva de la teoría (Ajzen, 1991).

Un estudio que analizó la fuerza de la relación entre intención y conducta alimentaria saludable en población general y en población que presentaba estilos de ingesta restrictivo, observó una correlación más alta en el segundo caso. Ello sugiere que las personas con estilo restrictivo podrían tener mayor control volitivo en general y, por tanto, la intención de comportamiento sería más relevante (Mc Dermott et al., 2015).

Considerando lo anterior se vuelve importante analizar el rol del autocontrol o autorregulación en este escenario. Existe evidencia reciente de que la autorregulación mejora IMC y peso corporal en diversas poblaciones y que algunas funciones ejecutivas como monitoreo, inhibición, memoria tendrían un efecto en la regulación de la alimentación (Anderson, Winett & Wojcik, 2007; Dohle, Diel & Hofmann, 2018).

En síntesis, la fuerza de la relación entre intención y conducta observable será mayor en cuanto mayor sea el control volitivo y la autorregulación. Lo anterior se debería a que en todos estos casos, aumenta la posibilidad de no ceder a estímulos externos, emociones negativas y experiencias aversivas.

Emociones y su influencia en la relación entre intención conductual y conducta alimentaria.

La última parte del estudio empírico de esta investigación tuvo el objetivo de comprobar el rol de las emociones en las variables del modelo propuesto. Se confirmó el efecto moderador del comer emocional en la relación intención y conducta alimentaria. Es decir a mayor puntaje en la escala de comer emocional la conducta alimentaria se vuelve menos saludable específicamente en el consumo de alimentos grasos o azucarados. Estos resultados se condicen con lo reportado por Rosales, Alcántara y Silva (2016), quienes demostraron que el comer emocional es predictor del peso corporal en mujeres, vía alteración de la alimentación, específicamente aumento del consumo de alimentos dulces y/o grasos. Asimismo, Herle, Kan, Jayaweera, Adikari, Siribaddana, Zavos y Hotopf (2019) comprobaron que, principalmente en mujeres, los síntomas depresivos y

el comer emocional eran potentes factores de riesgo para obesidad, favoreciendo el aumento del consumo calórico en relación a una ingesta habitual.

Algunas explicaciones de por qué ocurre esta asociación entre emociones negativas y aumento de la ingesta se inclinan por el lado de la biología, señalando que las personas con comer emocional presentarían menor sensibilidad cerebral a las hormonas y péptidos de la saciedad (Van Bloemendaal, Veltman, Ten Kulve, Drent, Barkhof, Diamant & Ijzerman, 2015), mientras que otras explicaciones de tipo psicológico proponen que el aumento de consumo de ciertos alimentos actuaría como un estilo de afrontamiento aprendido que regula y reduce el efecto nocivo de las emociones negativas, a través de la secreción de dopamina, por ejemplo (Cortés, Escobar, Cebada , Soto , Bilbao & Vélez , 2018).

Investigaciones que orientadas a estudiar la relación entre afectos negativos y comer emocional en población sana y con TCA, han mostrado que existe relación significativa entre estos factores en ambas poblaciones, sin embargo en población sana, la fuerza de esta relación es mucho más débil que en población con TCA (Spoor, *et al.*, 2007). Este resultado se asemeja al de este trabajo de tesis ya que en la muestra estudiada se demostró que el comer emocional incide en la conducta alimentaria saludable.

Van Strein (2018) examinó recientemente las causas del comer emocional y su relación con la obesidad en población joven, donde observó que los sujetos con comer emocional presentarían culpa asociada a la ingesta, sentido de pérdida de control, trastornos del peso y presencia de obesidad en un corto plazo (5 años) derivado de la ingesta de alimentos calóricos por periodos repetidos en el tiempo. Este mismo supuesto fue desarrollado por Luppino, de Wit, Bouvy, Stijnen, Cuijpers, Penninx y Zitman (2010), quién estableció en un metaanálisis la causalidad recíproca de obesidad y depresión (síntomas y patología), postulando que el comer emocional sería el eslabón entre ambas variables.

Otro punto a destacar es que la intención conductual de las mujeres es significativamente mayor que la de los hombres (Tabla N° 4), sin embargo, no hay diferencias significativas en la conducta alimentaria propiamente tal. Dado que las mujeres presentan más comer emocional que los hombres se podría hipotetizar que la relación entre intención y conducta estaría moderada por el sexo, además del comer emocional.

Finalmente y retomando la teoría de la autorregulación, Baumeister, Muraven y Tice (1998) postulan que existe una capacidad finita de regular el comportamiento, es decir si se debe regular una conducta en un área específica, es muy probable que posteriormente se agote la capacidad de regular otra conducta distinta. Esto ocurre por que los mecanismos que subyacen a la autorregulación son los mismos independientemente del tipo de comportamiento. Para ejemplificar lo anterior, se observó, en un estudio que analizó la autorregulación en cuatro conductas de salud (dieta en general, alimentación restrictiva, consumo de alcohol y actividad física), que la autorregulación funciona como un músculo que se agota luego de un período de exigencia, por lo que se debe otorgar un período de descanso antes de iniciar el nuevo proceso de autocontrol. En el caso de la conducta alimentaria, aquellas personas que permanentemente están haciendo cambios o restringiendo la ingesta tienen más dificultades para sostener la autorregulación de la conducta alimentaria en el tiempo, así mismo aquellas personas que se les anticipa que deberán regular conductas futuras (en una segunda etapa) tienden a tener un autocontrol menor en las primeras etapas (Hagger, Wood, Stiff & Chatzisarantis, 2009). Esto abre la discusión en torno a si la autorregulación emocional (en presencia de emociones negativas, por ejemplo) o la autorregulación académica implicaría, un desgaste en el control de la ingesta alimentaria en el presente o a futuro con el consecuente riesgo de adquirir hábitos alimentarios adversos. También existiría la posibilidad de que al solicitar a un paciente que demuestre autorregulación en varias conductas a la vez (actividad física, alimentación y consumo de drogas por ejemplo), no logre mantener esta capacidad, depletando los recursos para ello, lo que se traduciría en un fallo de la adherencia a las indicaciones médicas.

La nueva información que emerge de esta investigación al añadir el componente emocional en un modelo cognitivo mejora el poder explicativo de esta teoría, al señalar que en un grupo determinado de sujetos sin patologías psiquiátricas como TCA, pero con estilos de ingesta desadaptativos, la intención conductual no sería un predictor de la conducta alimentaria tan fiable como en el caso de la población general. Es decir, en algún nivel elevado de comer emocional la intención dejaría de predecir la conducta alimentaria, debiendo identificarse otros aspectos para controlar la ingesta ante emociones negativas en términos terapéuticos.

Esto reviste mucha importancia en el área clínica, ya que al desarrollar intervenciones en estudiantes universitarios o población que tengan una ingesta mediada por emociones, se debería contemplar la variable emocional entre las temáticas a intervenir.

En lo concreto, en una consulta nutricional se podría determinar al inicio de la atención nutricional si la persona presenta un estilo de ingesta mediado por emociones (mediante la aplicación del DEBQ) y así enfocar de manera distinta la entrevista nutricional y el plan de terapia nutricional en aquellos que lo requieran. En particular, al abordar la alimentación en las mujeres sería importante medir la influencia de emociones en la ingesta, ya que existe evidencia de que hay un componente de género en la alimentación emocional. Finalmente estos aportes comprueban que el modelo de Ajzen es aplicable a una gran variedad de conductas, sin embargo al tener claras las limitaciones de la teoría podemos mejorar su aplicabilidad y sobre todo nos permite comprender con mayor profundidad como se configura la conducta de alimentación en determinados grupos.

8.1. Limitaciones de la investigación

En relación a las limitaciones de la investigación se podría indicar que la muestra no fue seleccionada de manera aleatorizada y perteneció a una sola institución o región del país, por lo que sería ideal poder incluir en próximos estudios, mayor diversidad en la proveniencia geográfica de los participantes y obtener un muestreo estratificado o aleatorio. Además se considera que sería interesante

agregar una medición más objetiva de la alimentación como, por ejemplo, la encuesta *Recordatorio de 24 Hrs.*, tradicionalmente utilizada por las nutricionistas para obtener un detalle de la alimentación de los sujetos en base a gramajes y porciones estandarizadas. También, en esta misma línea, se podría utilizar otro método de recolección de la información como diarios de alimentación o reporte del consumo de alimentos a través aplicaciones tecnológicas que han sido eficaces en la estimación real del aporte calórico y de nutrientes.

8.2 Proyecciones de la investigación.

Como proyecciones de esta investigación, se podría evaluar el estudio de las emociones positivas y su impacto en la alimentación. Hasta ahora, la mayoría de los estudios se centran en la influencia de los estados emocionales negativos. También sería un aporte al cuerpo empírico del modelo de Ajzen llevar a cabo más investigaciones de corte experimental que permitan medir el efecto de intervenciones basadas en teoría para modificar creencias alimentarias o que mejoren el afrontamiento al estrés mediante la inclusión de otros mecanismos distintos a la alimentación desregulada. Este tipo de estudios permitirían aportar en dos niveles: a nivel clínico en el manejo de pacientes con trastornos del peso, imagen corporal, estilos de ingesta desadaptativos, etc. y a nivel comunitario, es decir como base para formular políticas y programas en contextos universitarios para prevenir trastornos de la conducta alimentaria y obesidad.

Si partimos de la base que solo la mitad de las intervenciones para modificar hábitos alimentarios son efectivas, mientras que aquellas que buscan reducir el peso corporal, lo son en un tercio de las veces (Plotnikoff, Costigan, Williams, Hutchesson, Kennedy, Robards, & Germov, 2015) resulta de gran importancia planificar estratégicamente los aspectos a considerar en las intervenciones de manera de lograr una modificación conductual efectiva y duradera.

A continuación se profundiza en la planificación de una intervención para la modificación de la dieta en jóvenes universitarios, basada en la terapia cognitivo conductual propuesta por Caballo (1997) y adaptada a los hallazgos más

relevantes de esta investigación. Este autor señala que dentro de las primeras sesiones psicoeducativas se debería elaborar un contrato terapéutico para luego proseguir con educación alimentaria en términos de identificar los beneficios y desventajas percibidas de una alimentación saludable (creencias conductuales), establecer auto-registros clínicos de las comidas y estados emocionales para analizarlos con posterioridad en una etapa donde se corrijan las emociones y pensamientos recogidos, formulando un análisis funcional de problema de manera que también el paciente pueda evaluar y auto-percibir el fenómeno. También se podría recoger la percepción de control conductual percibido (o auteficacia) del sujeto para promoverla en caso que fuera necesario. En este sentido existe evidencia que indica que intervenciones que promovieron su aumento lograron disminuir específicamente el consumo de grasas. Así mismo se pudo observar que al parecer la autoeficacia se relacionaría de forma más clara con la disminución de conductas alimentarias de riesgo que con el aumento del consumo de alimentos beneficiosos. Es decir, una mejora en la percepción de autoficacia permitiría una mejor autorregulación de la conducta alimentaria más que la implementación de conductas saludables (Prestwich, Sniehotta, Whittington, Dombrowski, Rogers & Michie, 2014; Dohle, Diel & Hofmann, 2018; Hagger, Chatzisarantis & Biddle, 2002).

También se recomienda en un primer momento de la intervención, hacer una evaluación de la motivación del grupo o del paciente y determinar la intención respecto al cambio de alimentación. Respecto a ello un metaanálisis realizado en el año 2010 por Andriansee y colaboradores, demostró que intervenciones que promovieran la intención de cambio conductual tendrían un tamaño del efecto mediano a grande en la inclusión de alimentos saludables en la dieta, sin embargo su efecto fue menos potente (aunque igualmente significativo) en la disminución de consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares (Adriaanse, Vinkers, De Ridder, Hox & De Wit, 2010).

Dentro de los objetivos de la sesiones intermedias se podrían señalar el enseñar algunas acciones específicas que apoyen a la implementación de una conducta alimentaria saludable como comer en el mismo sitio y horario sin realizar otras actividades de manera de establecer rutinas que faciliten el reforzamiento de la

conducta posteriormente. También si es factible, se puede incorporar a personas del entorno del sujeto que pudieran apoyar en el proceso educativo (norma subjetiva) esclareciendo las creencias irracionales o miedos que pudieran existir entorno a responsabilidad de estas en la alimentación o a la presión que pudieran ejercer en el proceso de alimentación (creencias normativas).

A nivel nutricional, también se enseñan conceptos como calorías y el nivel óptimo de consumo diario, la relación entre la energía consumida y la energía gastada (balance calórico). Se potencia al auto-reforzamiento al alcanzar hitos y metas, y el valor de dosificar la cantidad en la ingesta orientando de acuerdo a los principios nutricionales.

En relación a la influencia de las emociones en la conducta alimentaria y una vez establecido el vínculo terapéutico con el paciente o con el grupo, se debe identificar el nivel de comer emocional a fin de determinar la inclusión de estrategias de afrontamiento hacia estos estados afectivos negativos. Al respecto, Klingbeil y colaboradores demostraron que la práctica del mindfulness en niños y jóvenes mejoró su bienestar y disminuyó de forma significativa la percepción subjetiva de estrés y también de emociones negativas. Otra investigación realizada en población sana y adulta, reportó que las intervenciones que incorporaron esta técnica redujeron exitosamente peso, comer emocional y comer “automático”. A pesar que los resultados no fueron tan evidentes como en las tres variables anteriores, también se pudo establecer un efecto en el manejo del peso a corto-mediano plazo, pero con menor claridad (Mantzios & Wilson, 2015). Paralelamente, en población femenina, se logró demostrar que una intervención para mejorar conductas alimentarias problemáticas basada en mindfulness, redujo significativamente los atracones, pensamiento dicotómico, insatisfacción corporal, comer emocional y externo (Alberts, Thewissen & Raes, 2012; Katterman, Kleinman, Hood, Nackers & Corsica, 2014). A partir de estos resultados sería posible entonces, considerar la utilización del mindfulness como herramienta para el manejo de emociones negativas.

En las sesiones finales se podría trabajar en la modificación de las excusas y sobregeneralizaciones autopercebidas en la conducta del comer de forma

inadecuada. También sería pertinente la utilización de técnicas conductuales adquiridas para romper hábitos indeseados que aún persistan o que hayan vuelto a aparecer durante la intervención. Relacionado con lo anterior se puede mencionar que existen interesantes reportes respecto al uso de tecnología para promover autoeficacia alimentaria en jóvenes, lo que se visualiza como un posible aporte para el apoyo del monitoreo en el tiempo de los cambios alimentarios implementados (Long & Stevens, 2004).

Finalmente se debe educar al paciente para evitar las recaídas y enfrentarlas cuando ocurran favoreciendo la comprensión de estos eventos en términos de que no es la pérdida total de los avances conseguidos, aprendiendo a no adoptar emociones negativas y así evitar retrocesos en el proceso identificando creencias irracionales y sustituirlas por creencias racionales recordando los progresos, llevándolos a la práctica lo antes posible y pedir ayuda para reforzar el plan de acción a las personas identificadas como personas significativas para el tratamiento dietoterapéutico.

En el cierre se deberían abordar los grados de satisfacción con el programa en relación a los avances logrados y también a aspectos de forma tal como duración de la intervención o de las sesiones y la pertinencia de los temas abordados.

El uso de intervenciones basadas en teorías (cognitivas, conductuales y otras) aumenta el éxito de la terapia nutricional en muchos casos (Middlestad, Stevenson, Hung, Roditis, Fly & Sheats, 2011; Adriaanse, Vinkers, De Ridder, Hox & De Wit, 2010). Utilizar la psicoeducación para mejorar autoeficacia, control percibido, actitud hacia la conducta y entregar herramientas para afrontar las emociones negativas como el mindfulness puede ser de utilidad en pacientes con y sin comer emocional.

9. Conclusiones

De acuerdo a lo expuesto en las páginas precedentes y para finalizar, se puede concluir a partir de esta investigación, que:

Se estudiaron las creencias alimentarias de los universitarios con el fin de obtener información para construir el cuestionario para medir las variables de la TAP. Al respecto se puede señalar que los jóvenes universitarios identifican la alimentación saludable como un fenómeno que les reporta beneficios físicos y emocionales, sin embargo, también podría implicar aspectos negativos como falta de saciedad y que este tipo de dieta nos les ayudaría a manejar la ansiedad (creencias actitudinales). Además perciben que su implementación es costosa en términos económicos, requiere tiempo y del apoyo materno para llevarse a cabo (creencias de control). Finalmente, señalan que si bien para sus familias sería importante que mejoraran su alimentación, no sienten presión social concreta por tener una alimentación más sana.

El modelo propuesto mostró buenos índices de ajuste validando la hipótesis de que el modelo de Ajzen permite explicar la conducta alimentaria del grupo objetivo en base a sus predictores.

Así mismo se pudo demostrar que, de los tres factores que subyacen a la intención conductual, el control percibido fue aquel que influyó de forma más importante en esta variable. Luego actitud hacia la conducta y de forma más marginal pero significativa, la norma subjetiva.

Finalmente, se evaluó la influencia de las emociones en el modelo a través de la variable comer emocional, identificando un rol moderador sobre la relación entre intención y conducta alimentaria. Esto implicaría que la presencia de este estilo de ingesta afecta la probabilidad de que las personas que tengan la intención de alimentarse de forma saludable lo logren de manera satisfactoria.

10. REFERENCIAS

- Adriaanse, M. A., Vinkers, C. D., De Ridder, D. T., Hox, J. J., & De Wit, J. B. (2011). Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. *Appetite*, 56, 183-193. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666310005325>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/009265669190021>
- Ajzen, Icek. (2006). Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire. 1-12. Consultado https://www.researchgate.net/publication/235913732_Constructing_a_Theory_of_Planned_Behavior_Questionnaire.
- Ajzen, I. (2011). Design and evaluation guided by the theory of planned behavior. *Soc psychol Eval*, Guilford Publication.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). A Bayesian analysis of attribution processes. *Psychological Bulletin*, 82(2), 267-273. https://www.researchgate.net/publication/232534454_A_Bayesian_analysis_of_attribution_processes
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin*, 84(5), 888-901. <https://psycnet.apa.org/record/1978-20968-001>
- Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., y Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 127(1), 142. <https://psycnet.apa.org/buy/2001-16276-007>.

- Méndez, C. D., & Benito, C. G. (2005). Sociología y alimentación. *Revista internacional de sociología*, 63(40), 21-46. https://www.researchgate.net/publication/269494678_Sociologia_y_alimentacion
- Andrés, A., Oda-Montecinos, C., y Saldaña, C. (2017). Eating behaviors in a male and female community sample: psychometric properties of the DEBQ. *Terapia Psicológica*, 35(2), 141-151. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082017000200141&script=sci_abstract&tlng=en
- Anderson, E.S., Winett, R.A. & Wojcik, J.R. (2007). Expectations, and social support: Social cognitive theory and nutrition behavior. Self-regulation, self-efficacy, outcome. *Annals of Behavioral Medicine*, 34, 304–312. <https://doi.org/10.1007/BF02874555>
- Andreu, J. (2006). Análisis de contenido cualitativo. *Revista de Investigación Aplicada Social y Política*, 1, 131-141. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Anschutz, D. J., Van Strien, T., Van De Ven, M. O., & Engels, R. C. (2009). Eating styles and energy intake in young women. *Appetite*, 53(1), 119-122. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19481836/>
- Antúnez, Z. y Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista médica de Chile*, 141(2), 209-216. en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200010

- Antúñez, Z., y Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS- 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005
- Aránguiz, H., García, V., Rojas, S., Salas, C., Martínez, R., y Mac Millan, K. (2010). Estudio descriptivo, comparativo y correlacional del estado nutricional y condición cardiorrespiratoria en estudiantes universitarios de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 37(1), 70-78. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471-499. https://www.researchgate.net/publication/227533335_Efficacy_of_the_Theory_of_Planned_Behaviour_A_Meta-Analytic_Review
- Armitage, C. J., Norman, P., Alganem, S., & Conner, M. (2015). Expectations are more predictive of behavior than behavioral intentions: Evidence from two prospective studies. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(2), 239-246. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-014-9653-4>
- Arroyo-Acevedo H, Durán Landazabal G, Gallardo Pino C. (2015). Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). *Global Health Promotion*. 22(4), 64-68. https://www.researchgate.net/publication/266973750_Diez_anos_del_Movimiento_de_Universidades_Promotoras_de_la_Salud_en_Iberoamerica_y_la_contribucion_de_la_Red_Iberoamericana_de_Universidades_Promotoras_de_la_Salud_RIUPS

- Arroyo, M., Rocandio, A. M., Ansotegui, L., Pascual, E., Salces, I., y Rebato, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 673- 679. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900007 .
- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038- 1059. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300043.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.19>
- Beaudry, K. M., Ludwa, I. A., Thomas, A. M., Ward, W. E., Falk, B., y Josse, A. R. (2019). First-year university is associated with greater body weight, body composition and adverse dietary changes in males than females. *PloS one*, 14(7). https://www.researchgate.net/publication/334210086_First-year_university_is_associated_with_greater_body_weight_body_composition_and_adverse_dietary_changes_in_males_than_females^s
- Becerra, S. (2013). Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología*, 31(2), 287-314. <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v31n2/a06v31n2.pdf> 2015.
- Beck, A. T. (1984). Cognition and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41(11), 1112-1114. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/493464>
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8473571/>

- Blue, C. L. (2007). Does the theory of planned behavior identify diabetes-related cognitions for intention to be physically active and eat a healthy diet? *Public Health Nursing*, 24(2), 141-150. https://www.researchgate.net/publication/6486176_Does_the_Theory_of_Planned_Behavior_Identify_Diabetes_Related_Cognitions_for_Intention_to_Be_Physically_Active_and_Eat_a_Healthy_Diet
- Bravo-Valenzuela, P., Cabieses, B., Zuzulich, M. S., Muñoz, M., y Ojeda, M. (2013). Glosario para universidades promotoras de la salud. *Revista de Salud Pública*, 15(3), 465-477. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n3/v15n3a15.pdf>
- Carretero, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33705307.pdf> .
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. https://www.researchgate.net/publication/230766598_Manual_para_el_tratamiento_cognitivo-conductual_de_los_trastornos_psicologicos_Vol_1_Trastornos_por_ansiedad_sexuales_afectivos_y_psicoticos
- Cebolla, A., Barrada, J. R., van Strien, T., Oliver, E., & Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58-64. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666313004248> el
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159. https://www.researchgate.net/publication/49619430_A_Power_Primer
- Conner, M., & Norman P. (2020). *Predicting Health Behavior: Research and practice with social cognition models*. Handbook of Sport Psychology. Mac Graw Hill Education.

- Conner, M., & Sparks, P. (2005). Theory of planned behaviour and health behaviour. *Predicting health behaviour*, 2, 170-222. https://www.researchgate.net/publication/235356420_The_Theory_of_Planne_d_Behaviour_and_Health_Behaviour.
- Cortés, C. E., Escobar, A., Cebada, J., Soto Rodríguez, G., Bilbao, T., y Vélez, M. (2018). Estrés y cortisol: implicaciones en la ingesta de alimento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(3), 1-15. <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v37n3/ibi13318.pdf> .
- Cova, F., Alvial S., Walter D., Bonifetti, M., Hernández, A., y Rodríguez C, (2007). Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia psicológica*, 25(2), 105-112. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001
- Crockett, A. C., Myhre, S. K., & Rokke, P. D. (2015). Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. *Journal of health psychology*, 20(5), 670-680. https://www.researchgate.net/publication/275359952_Boredom_proneness_and_emotion_regulation_predict_emotional_eating
- Crovetto, M. y Vio del R, F. (2009). Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Revista chilena de nutrición*, 36(1), 32-45. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182009000100004&lng=es&nrm=iso
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage.
- Díaz, C., y Gómez, C. (2005). Sociología y alimentación. *Revista internacional de*

sociología, 63(40), 21-46.
<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/188> el 4

Diggins, A., Woods-Giscombe, C., & Waters, S. (2015). The association of perceived stress, contextualized stress, and emotional eating with body mass index in college-aged Black women. *Eating behaviors*, 19, 188-192.
https://www.researchgate.net/publication/283193204_The_association_of_perceived_stress_Contextualized_stress_and_emotional_eating_with_body_mass_index_in_college-aged_black_women

Dohle, S., Diel, K., & Hofmann, W. (2018). Executive functions and the self-regulation of eating behavior: A review. *Appetite*, 124, 4-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.041>

Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. L. (2008). Eating behavior and childhood obesity: family influences. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19137987/>

Durán, S., Crovetto, M., Espinoza, V., Mena, F., Oñate, G., Fernández, M., Coñuecar, S., Guerra, Á., y Valladares, M. (2017). Caracterización del estado nutricional, hábitos alimentarios y estilos de vida de estudiantes universitarios chilenos: estudio multicéntrico. *Revista médica de Chile*, 145(11), 1403-1411.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017001101403

Durán A, Samuel, Castillo A, Marcela, y Vio del R, F. (2009). Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus antumapu. *Revista chilena de nutrición*, 36(3), 200-209.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182009000300002&lng=en&nrm=iso

Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press

- El Ansari, W., Stock, C., John, J., Deeny, P., Phillips, C., Snelgrove, S. & Mabhala, A. (2011). Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Central European journal of public health*, 19(4), 197. https://www.researchgate.net/publication/221876049_Health_Promoting_Behaviours_and_Lifestyle_Characteristics_of_Students_at_Seven_Universities_in_the_UK
- Espinoza, Rodríguez, F., Gálvez, J., y MacMillan, N. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 38(4), 458-465. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v38n4/art09.pdf>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance* (Vol. 2). Stanford university press.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Taylor & Francis.
- Fishbein, M., & Yzer, M. C. (2003). Using theory to design effective health behavior health behavior interventions. *Communication theory*, 13(2), 164-183. <https://www.scienceopen.com/document?vid=6c4e3b88-798d-4ac3-b19e-ee68e4f5929d>
- Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C., Nixon, E., & Shevlin, M. (2013). Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite*, 63, 48-58. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666312005077>
- Flores, R. (2014). *Observando observadores: una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Ediciones UC.
- Giraldo, A., Toro, M. Y., Macías, A. M., Valencia, C., y Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-145. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>

- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual review of public health*, 31, 399-418.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Hagger M.S., Wood Ch., Stiff C. & Chatzisarantis, N. (2009) The strength model of self-regulation failure and health-related behaviour. *Health Psychology Review*, 3(2), 208-238.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17437190903414387>
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L., & Biddle, S. J. (2002). A meta analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of sport & exercise psychology*, 24(1).
https://www.researchgate.net/publication/279904835_A_Meta-Analytic_Review_of_the_Theories_of_Reasoned_Action_and_Planned_Behavior_in_Physical_Activity_Predictive_Validity_and_the_Contribution_of_Additional_Variables
- Herle, M. P., Kan, C., Jayaweera, K., Adikari, A., Siribaddana, S., Zavos, H. M., & Hotopf, M. (2019). The association between emotional eating and depressive symptoms: a population-based twin study in Sri Lanka. *Global health, epidemiology and genomics*, 4.
<https://www.cambridge.org/core/journals/global-health-epidemiology-and-genomics/article/association-between-emotional-eating-and-depressive-symptoms-a-populationbased-twin-study-in-sri-lanka/0FBB80A3E290F0F3CD181CB028C90C24>

- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 367- 378. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1077722914000339> el
- Hun, N., Urzúa, A., López-Espinoza, A., Escobar, N., & Leiva, J. (2019). Comportamiento alimentario y bienestar psicológico en población universitaria en el norte de Chile. *Arch Latinoam Nutr*, 69(4), 202-208. https://www.researchgate.net/profile/Nelson_Hun/publication/342734083_Comportamiento_alimentario_y_bienestar_psicologico_en_poblacion_universitaria_en_el_norte_de_Chile/links/5f15ab5a92851c1eff219bc7/Comportamiento-alimentario-y-bienestar-psicologico-en-poblacion-universitaria-en-el-norte-de-Chile.pdf
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly* 11 (1), 1-47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197-204. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Kasprzyk, D., Montañó, D. E., & Fishbein, M. (1998). Application of an Integrated Behavioral Model to Predict Condom Use: A Prospective Study Among High HIV Risk Groups1. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(17), 1557-1583. https://www.researchgate.net/publication/229700664_Application_of_an_Integrated_Behavioral_Model_to_Predict_Condom_Use_A_Prospective_Study_Among_High_HIV_Risk_Groups1
- Knatz, S., Braden, A., y& Boutelle, K. N. (2015). Parent coaching model for adolescents with emotional eating. *Eating disorders*, 23(4), 377-386. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26011794/> el 19 de enero de 2018.

- Klingbeil, D. A., Renshaw, T. L., Willenbrink, J. B., Copek, R. A., Chan, K. T., Haddock, A., Yassine, J. & Clifton, J. (2017). Mindfulness-based interventions with youth: A comprehensive meta-analysis of group-design studies. *Journal of school psychology*, 63, 77-103. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.03.006>
- Kothe, E. J., Mullan, B. A., & Butow, P. (2012). Promoting fruit and vegetable consumption. Testing an intervention based on the theory of planned behaviour. *Appetite*, 58(3), 997-1004. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.02.012>
- Laessle, R. G., Uhl, H., & Lindel, B. (2001). Parental influences on eating behavior in obese and nonobese preadolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 447-453. <https://doi.org/10.1002/eat.1106>
- Lange, I., & Vío, F. (2011). Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior. 2006. Auspicio de la OMS/OPS; INTA, Universidad de Chile; UC Saludable, Pontificia Universidad Católica; Consejo Nacional para la Promoción de la salud; VIDA Chile.
- Lee, R. L., & Loke, A. J. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public health nursing*, 22(3), 209-220. https://www.academia.edu/19868056/Health_Promoting_Behaviors_and_Psychosocial_Well_Being_of_University_Students_in_Hong_Kong
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., & Barrett, L. F. (Eds.). (2010). *Handbook of emotions*. Guilford Press.
- Long, J. D., & Stevens, K. R. (2004). Using technology to promote self-efficacy for healthy eating in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 134-139. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04026.x>

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. <https://psycnet.apa.org/record/1995-35504-001>
- Luszczynska, A., Sobczyk, A., & Abraham, C. (2007). Planning to lose weight: Randomized controlled trial of an implementation intention prompt to enhance weight reduction among overweight and obese women. *Health Psychology*, 26(4), 507. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.4.507>.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.
https://www.researchgate.net/publication/41656903_Overweight_Obesity_and_Depression_A_Systematic_Review_and_Meta_Analysis_of_Longitudinal_Studies
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1- 11
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666307003236>
- MacMillan, N. (2007). Valoración de hábitos de alimentación, actividad física y condición nutricional en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. *Revista chilena de nutrición*, 34(4), 330-336.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000400006

- Mahler, H., Epp, J., Franklin, W., & Kickbusch, I. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Health Promotion International*, 1(4), 405.
- Mardones, M. A., Olivares, S., Araneda, J., y Gómez, N. (2009). Etapas del cambio relacionadas con el consumo de frutas y verduras, actividad física y control del peso en estudiantes universitarios chilenos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 59(3), 304-315.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000100004.
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British journal of addiction*, 79(4), 261-273.
<https://psycnet.apa.org/record/1985-23606-001>.
- Martínez, M. A., Leiva, A. M., Sotomayor, C., Victoriano, T., Von Chrismar, P., y Pineda, S. (2012). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Austral de Chile. *Revista médica de Chile*, 140(4), 426-435.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400002
- Martín, E. (2008). El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española De Sociología*, (4). <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64944>
- Marton, F. (1981). Phenomenography—describing conceptions of the world around us. *Instructional science*, 10(2), 177-200 <https://psycnet.apa.org/record/1982-04633-001>
- McDermott, M. S., Oliver, M., Simnadis, T., Beck, E. J., Coltman, T., Iverson, D., & Sharma, R. (2015). The Theory of Planned Behaviour and dietary patterns: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 81, 150-156.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743515002728>

- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. <https://psycnet.apa.org/record/2014-21383-001>
- Micin, S., y Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100006
- Middlestadt M., Stevenson D, Hung, C. L., Roditis, M. L., Fly, A. D., & Sheats, J. L. (2011). Beliefs Underlying the Decision to Eat Breakfast: The Role of Theory-based Behavioral Analysis in the Development of Policy, Communication and Educational Interventions for Healthy Eating. *Food studies*, 1(4), 45-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786227/>
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2019). Estudios de la OCDE sobre Salud Pública Chile. Hacia un futuro más sano: evaluación y recomendaciones. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%BAblica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf>
- Morales I, Gladys, del Valle R, Carlos, Soto V, Álvaro, & Ivanovic M, Daniza. (2013). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 40(4), 391-396. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000400010
- Mullan, B., & Wong, C. (2010). Using the Theory of Planned Behaviour to design a food hygiene intervention. *Food Control*, 21(11), 1524-1529. https://www.researchgate.net/publication/223213408_Using_the_Theory_of

_Planned_Behaviour_to_design_a_food_hygiene_intervention

Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Nunes, C., & Martins, A. (2007). Gender differences in condom use prediction with theory of reasoned action and planned behaviour: the role of self-efficacy and control. *Aids Care*, 19(9), 1177-1181.

https://www.researchgate.net/publication/5790637_Gender_differences_in_condom_use_prediction_with_Theory_of_Reasoned_Action_and_Planned_Behaviour_The_role_of_self-efficacy_and_control

Muraven, M., Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1998). Self-control as a limited resource: regulatory depletion patterns. *Journal of personality and social psychology*, 74(3), 774. <https://core.ac.uk/download/pdf/192217137.pdf>

Nutbeam, D. (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>

Obregón, A., Fuentes, J., y Pettinelli, P. (2015) . Asociación entre adicción a la comida y estado nutricional en universitarios chilenos. *Revista médica de Chile*, 143(5), 589-597. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000500006

Onwuegbuzie, A. J., & Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The qualitative report*, 12(2), 281-316. https://www.researchgate.net/publication/238400759_Prevalence_of_Mixed-methods_Sampling_Designs_in_Social_Science_Research

Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2007). Sampling designs in qualitative research: Making the sampling process more public. *The qualitative report*, 12(2), 238-254. https://www.researchgate.net/publication/228629307_Sampling_Designs_in_Qualitative_Research_Making_the_Sampling_Process_More_Public

- Ortiz-Félix, Cárdenas-Villarreal, Velia, & Flores-Peña (2016). Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio. *Index de Enfermería*, 25(3), 166-170.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962016000200009&lng=es&tlng=es .
- Osorio, E., Weisstaub, N., y Castillo, D (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285.https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002
- Palacios, J., Ramírez, V., Anaya, M., Hernández, H. L., & Martínez, R. (2017). Evaluación psicométrica de una escala de autoeficacia de la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 44(1), 95-102.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000100013>
- Park, I., & Kim, Y. (2010). Constructing a Questionnaire on Male Workers' Sobriety Behavior: Based on Ajzen's Theory of Planned Behavior. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(2), 156-168. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2010.21.2.156>
- Peña, L. & Reidl A. (2015). Las Emociones y la Conducta Alimentaria. *Acta de investigación psicológica* 5 (3), 2182 – 2193. <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-las-emociones-conducta-alimentaria-S2007471916300084>
- Pino, J. L., Díaz, C., y López, M. Á. (2011). Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de salud. *Revista chilena de nutrición*, 38(1), 41-51.https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000100005

- Plotnikoff, R. C., Costigan, S. A., Williams, R. L., Hutchesson, M. J., Kennedy, S. G., Robards, S. L., & Germov, J. (2015). Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 1. https://www.researchgate.net/publication/274903426_Effectiveness_of_interventions_targeting_physical_activity_nutrition_and_healthy_weight_for_university_and_college_students_A_systematic_review_and_meta-analysis el
- Prado, L., Silva, N., Nascimento, M. D., y Cabral, P. (2019). Cambios en el peso y la composición corporal entre los estudiantes después de ingresar a la universidad: una revisión sistemática. *Revista chilena de nutrición*, 46(5), 614-621. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000500614
- Prestwich, A., Sniehotta, F. F., Whittington, C., Dombrowski, S. U., Rogers, L., & Michie, S. (2014). Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychology*, 33(5), 465. <https://doi.org/10.1037/a0032853>.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 19(3), 276-285. https://www.researchgate.net/publication/232461028_Trans-Theoretical_Therapy_-_Toward_A_More_Integrative_Model_of_Change el
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48. <https://www.semanticscholar.org/paper/Behavior-Change-The-Transtheoretical-Model-of-Prochaska-Velicer/d8d1915aa556ec4ff962efe2a99295dd2e8bda89>

- Ratner, R., Hernández, P., Martel, J., y Atalah, E. (2012). Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. *Revista médica de Chile*, 140(12), 1571-1579. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001200008
- Rich, A., Brandes, K., Mullan, B., & Hagger, M. S. (2015). Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 38(4), 673-688. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-015-9644-3#Bib1>
- Riebl, S. K., Estabrooks, P. A., Dunsmore, J. C., Savla, J., Frisard, M. I., Dietrich, A. M., & Davy, B. M. (2015). A systematic literature review and meta-analysis: The Theory of Planned Behavior's application to understand and predict nutrition-related behaviors in youth. *Eating behaviors*, 18, 160-178. https://www.researchgate.net/publication/279302594_A_systematic_literature_review_and_metaanalysis_The_Theory_of_Planned_Behavior's_application_to_understand_and_predict_nutrition-related_behaviors_in_youth
- Rivera, R. M. B., Cebolla, A., Etchemendy, E., Felipe, S., Rasal, P., & Arbona, C. B. (2011). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire for Children (DEBQ-C) for use with Spanish children. *Nutrición hospitalaria*, 26(4), 890-898. https://www.researchgate.net/publication/223982651_Validation_of_the_Dutch_Eating_Behavior_Questionnaire_for_Children_DEBQ-C_for_use_with_Spanish_children
- Rosales, J. H. R., Alcántara, K. E. G., y Silva, C. (2016). Efecto de la interacción entre el sexo y el peso sobre el comer emocional en adolescentes. *Psicología y Salud*, 26(1), 63-68. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/1899/34>

- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education & Behavior*, 2(4), 354-386.
https://www.researchgate.net/publication/19127368_The_health_belief_model_and_preventive_health_behavior_in_Singapore.
- Scalco, A., Noventa, S., Sartori, R., & Ceschi, A. (2017). Predicting organic food consumption: A meta-analytic structural equation model based on the theory of planned behavior. *Appetite*, 112, 235-248.:
https://www.researchgate.net/publication/313461290_Predicting_organic_food_consumption_A_meta-analytic_structural_equation_model_based_on_the_theory_of_planned_behavior
- Sheats, J. L., & Middlestadt, S. E. (2013). Salient beliefs about eating and buying dark green vegetables as told by Mid-western African–American women. *Appetite*, 65, 205-209.
https://www.researchgate.net/publication/235648177_Salient_beliefs_about_eating_and_buying_dark_green_vegetables_as_told_by_Mid-western_African-American_women
- Sniehotta, F. F., Presseau, J., & Araújo-Soares, V. (2014). Time to retire the theory of planned behaviour. *Health Psychology Review*, 8(1), 1-7.
https://www.researchgate.net/publication/258966526_Time_to_Retire_the_Theory_of_Planned_Behaviour
- Soto, D., Guerrero, L., Garrido, F., y Fuenzalida, R. (2006). Alimentos funcionales: comportamiento del consumidor chileno. *Revista chilena de nutrición*, 33(1), 43-54.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000100005

- Spoor, S. T., Bekker, M. H., Van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376.
https://www.researchgate.net/publication/6654159_Relations_between_negative_affect_coping_and_emotional_eating.
- Stock, C., Milz, S., & Meier, S. (2010). Network evaluation: principles, structures and outcomes of the German working group of Health Promoting Universities. *Global health promotion*, 17(1), 25-32.
https://www.researchgate.net/publication/42806824_Network_evaluation_principles_structures_and_outcomes_of_the_German_working_group_of_Health_Promoting_Universities
- Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 253-272.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926>
- Steinmetz, H., Knappstein, M., Ajzen, I., Schmidt, P., & Kabst, R. (2016). How effective are behavior change interventions based on the theory of planned behavior? *Zeitschrift für Psychologie*. 224, pp. 216-233.
<https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000255>
- Stenfors-Hayes, T., Hult, H., & Dahlgren, M. A. (2013). A phenomenographic approach to research in medical education. *Medical education*, 47(3), 261-270. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/medu.12101>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.
https://www.researchgate.net/publication/11182974_Risk_and_Maintenance_Factors_for_Eating_Pathology_A_Meta-Analytic_Review

Tate, N. H., Dillaway, H. E., Yarandi, H. N., Jones, L. M., & Wilson, F. L. (2015). An examination of eating behaviors, physical activity, and obesity in African American adolescents: gender, socioeconomic status, and residential status differences. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(3), 243-254.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891524514003575>

Troncoso, C., y Amaya, J. P. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 36(4), 1090-1097.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400005

Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis Editorial

Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders*, 5(2), 295-315.
[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(198602)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T)

Van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D. J., Engels, R. C., & de Weerth, C. (2012). Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58(1), 277-284.
[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(198602)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T)

Velicer, W. F. & Fava, J. L. (1998). Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 3(2), 231-251.
https://www.researchgate.net/publication/232509045_Effects_of_Variable_and_Subject_Sampling_on_Factor_Pattern_Recovery

Vella-Zarb, R. A., & Elgar, F. J. (2009). The 'freshman 5': a meta-analysis of weight gain in the freshman year of college. *Journal of American College Health*, 58(2), 161-166.

https://www.researchgate.net/publication/38070156_The_'Freshman_5'_A_Meta-Analysis_of_Weight_Gain_in_the_Freshman_Year_of_College

Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological bulletin*, 132(2), 249-262.

https://www.researchgate.net/publication/7241257_Does_Changing_Behavioral_Intentions_Engender_Behavior_Change_A_Meta-Analysis_of_the_Experimental_Evidence

Valladares, M., Obregón, A. M., Weisstaub, G., Burrows, R., Patiño, A., Ho-Urriola, J., y Santos, J. L. (2015). Asociación entre la conducta alimentaria y polimorfismos genéticos de la leptina y su receptor en niños obesos chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 31(n03), 1044-1051.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112015000300006

Van Bloemendaal, L., Veltman, D. J., ten Kulve, J. S., Drent, M. L., Barkhof, F., Diamant, M., & IJzerman, R. G. (2015). Emotional eating is associated with increased brain responses to food-cues and reduced sensitivity to GLP-1 receptor activation. *Obesity*, 23(10), 2075-2082.

https://www.researchgate.net/publication/281517138_Emotional_eating_is_associated_with_increased_brain_responses_to_food-cues_and_reduced_sensitivity_to_GLP-1_receptor_activation

- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X(198602)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T)
- Van Strien, T., Schippers, G. M., & Cox, W. M. (1995). On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addictive Behaviors*, 20(5), 585-594. Consultado en <https://psycnet.apa.org/record/1996-18789-001> el 23 de julio de 2020.
- Vargas Halabí, T., & Mora-Esquivel, R. (2017). Tamaño de la muestra en modelos de ecuaciones estructurales con constructos latentes: Un método práctico. *Actualidades Investigativas en Educación*, 17(1), 25-60. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140947032017000100025&script=sci_arttext,
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, M. T., y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5/El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 6(2), 108-120. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108
- Vega, J. A., Salazar, G., Hodgson, M. I., Cataldo, L. R., Valladares, M. Obregón, A. M., & Santos, J. L. (2015). Melanocortin-4 Receptor Gene Variation Is Associated with Eating Behavior in Chilean Adults. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 68(1), 35-4. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/43341>

- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The counseling psychologist*, 34(6), 806-838. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.936.9780&rep=rep1&type=pdf>
- Williams, L. J., & O'Boyle, E. (2011). The Myth of Global Fit Indices and Alternatives for Assessing Latent Variable Relations. *Organizational Research Methods*, 14(2), 350- 369. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Myth-of-Global-Fit-Indices-and-Alternatives-for-Williams-O%E2%80%99Boyle/9287e3331bb6987a8c0808814c84ce381786a3ad>
- Wilson, S. M., Darling, K. E., Fahrenkamp, A. J., D'Auria, A. L., & Sato, A. F. (2015). Predictors of Emotional Eating During Adolescents' Transition to College: Does Body Mass Index Moderate the Association Between Stress and Emotional Eating? *Journal of American College Health*, 63(3), 163-170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25581624/>
- Yazdanpanah, M., & Forouzani, M. (2015). Application of the Theory of Planned Behaviour to predict Iranian students' intention to purchase organic food. *Journal of Cleaner Production*, 107, 342-352.

11. ANEXOS

Anexo N° 1



Universidad de Concepción

Facultad Ciencias Sociales- Doctorado en Psicología

Investigador/a responsable: JULIETA SANCHEZ BIZAMA

Profesor/a guía: FELIX COVA SOLAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN GRUPO FOCAL CON UNIVERSITARIOS

Invito a Ud. a participar del estudio “Creencias de universitarios en torno a la alimentación saludable”. El objetivo de este estudio es identificar las creencias de los estudiantes de la Universidad de Concepción respecto a la alimentación saludable y su implementación.

Esta investigación implica conversar de manera confidencial en un grupo de estudiantes para exponer los puntos de vista de cada participante en torno a la alimentación saludable y su implementación. La reunión será en Orompello 165 el día_____a las_____hrs., Departamento de Nutrición, y durará aproximadamente 40 minutos.

Esta investigación será de relevancia a fin de comprender en profundidad los motivos por los cuales los universitarios no tienen una dieta saludable y así diseñar estrategias educativas dentro de la universidad que permitan mejorar sus hábitos alimentarios.

No se identifican riesgos asociados a esta investigación.

Si Ud. lo desea puede pedir los resultados de este trabajo a Julieta Sánchez Bizama, responsable de esta investigación, al mail julisanchez@udec.cl.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar en el estudio descrito, entendiendo que éste cumple las características que han sido señaladas anteriormente y sobre la base de las siguientes condiciones:

Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por Julieta Sánchez, Rut 13625770-6. Teléfonos: (41) 2201680, correo electrónico julisanchez@udec.cl.

Para cualquier duda, queja o inquietud que no me haya sido satisfactoriamente resuelta por el investigador responsable me podré dirigir a Gabriela Nazar, Presidente del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción. Teléfono: (41)2203950, correo electrónico gnazar@udec.cl.

He entendido que podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique.

He entendido que no hay efectos negativos o riesgos identificables en esta investigación

He entendido que los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y estos datos personales permanecerán en forma confidencial.

Mi consentimiento está dado libre y voluntariamente sin que haya sido forzada (o) u obligada (o).

Yo, _____
comprendo y acepto la información que se entregó anteriormente, declaro conocer los objetivos del estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo. Fecha: / /

En atención a estas consideraciones, libremente marque la que corresponda.

Yo ACEPTO participar en este estudio

☐

Yo NO ACEPTO participar en este estudio

☐

Firma

Investigadora Responsable

Firma

Participante

Firma

Persona responsable del Centro o institución
donde se aplicará (Indicar nombre y cargo)

Anexo N° 2



Comisión Nacional de Investigación
Científica y Tecnológica - CONICYT

COMITÉ ASESOR DE BIOÉTICA

CHECK-LIST ASPECTOS ÉTICOS PARA ESTUDIOS EN/CON PERSONAS

I.- Certificado Ético, fundamentado.

II.- Pauta de cotejo para Consentimiento o Asentimiento Informado.

	Si	No	N/A
Título del Proyecto			
Logo(s) Institucional(es)			
N° Proyecto FONDECYT			
Nombre Investigador(a) Responsable			
Objetivos del Proyecto			
Carácter voluntario de la participación			
Beneficios por la participación			
Riesgos por la participación			
Confidencialidad de los datos			
Forma en que se garantiza la confidencialidad			
Forma de resguardo de la información y/o muestras recolectadas y su destino final			
Tipo de Intervención que se realizará			
Tiempo que tomará para el sujeto la intervención			
Respecto de grupo focal: compromiso de confidencialidad entre los participantes			
Uso de los datos solo para esta investigación			
Derecho a conocer y visar lo que se publique, en el evento de revelarse el nombre de los sujetos			
Derecho a no participar o a retirarse de la investigación, en ambos casos sin sanción o reproche			



Anexo N° 3

Diseño instrumental: Estudio cualitativo

En este apartado se explica el proceso que se llevó a cabo para indagar acerca de la percepción que tienen los estudiantes respecto a los beneficios y perjuicios de la conducta alimentaria saludable (creencias actitudinales), a la presión social percibida para realizar esta conducta y a las personas referentes para el cambio conductual (creencias normativas). Además se evaluó su percepción de autocontrol (creencias de control) con respecto a la alimentación, es decir cuán capaz se sentían ellos en ese momento de alimentarse de forma sana. Con esta información se construyó, posteriormente, el cuestionario que recogió la información de forma cuantitativa referente a los predictores psicológicos de la conducta alimentaria en la muestra del estudio explicativo.

Participantes

Los participantes fueron estudiantes de pregrado de la Universidad de Concepción, campus Concepción.

Criterios de inclusión: Tener nacionalidad chilena, ser estudiante universitario.

Criterios de exclusión: Ser alumno de la carrera de Nutrición y Dietética, ser extranjero.

La importancia de entrevistar solo a estudiantes nacionales radicó en que el objetivo del estudio era proponer un modelo para la comprensión de la conducta alimentaria en estudiantes chilenos y cómo las creencias están influenciadas por componentes culturales, es posible que ellas puedan variar entre los miembros de diferentes países.

Por otra parte, se ha comprobado que los estudiantes de Nutrición y Dietética reportan mejores conductas alimentarias que los estudiantes de otras carreras por lo que se considera que el conocimiento adquirido durante la carrera puede modificar las respuestas tanto en relación a las creencias hacia la alimentación saludable como a la conducta alimentaria propiamente tal.

Muestra

Se convocó a 24 estudiantes de las carreras de Medicina, Ingeniería Comercial, Medicina Veterinaria y Psicología del campus Concepción de la Universidad de Concepción. No se presentaron todos los alumnos, por lo que finalmente la muestra quedó constituida por 16 universitarios (9 mujeres y 7 hombres) (Onwuegbuzie & Leech, 2007; Onwuegbuzie & Collins, 2007).

Muestreo

El muestreo fue por conveniencia, convocándose a los alumnos de las carreras a las que se tuvo acceso en el momento requerido (Onwuegbuzie & Leech, 2007; Onwuegbuzie & Collins, 2007).

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de la información acerca de las creencias alimentarias de los universitarios fue el grupo focal, descrito como una técnica de entrevista grupal con foco exploratorio que tiene el objetivo de valorar las reacciones de la población en torno a ciertos tópicos. El estilo de moderación del grupo por parte los investigadores es semi-dirigido y el formato de preguntas es estructurado (Flores, 2009).

Para conducir los grupos focales se utilizó una pauta estructurada de preguntas que constó de dos preguntas introductorias con el fin de estimular la participación de los universitarios y cinco preguntas para identificar las creencias conductuales, normativas y de control de los estudiantes (Anexo N° 4).

Análisis de la Información

Para el análisis de la información obtenida a partir de los grupos focales, se utilizó la técnica análisis de contenido. Esta técnica propone dividir el texto en áreas o contenidos y, a partir de esta clasificación, generar categorías temáticas para su posterior análisis y organización (Willig & Rogers, 2017). El análisis de contenido se inicia con una pregunta de investigación que pueda ser respondida mediante la

selección y análisis de un subtexto, en este caso la pregunta fue ¿Cuáles son las creencias alimentarias que subyacen a la conducta alimentaria de los estudiantes universitarios? Luego se delinearon tres categorías a lo largo del texto, establecidas *a priori* desde la teoría (creencias normativas, actitudinales y de control), para posteriormente relacionar con cada una de ellas las unidades de análisis correspondientes.

A fin de ordenar el trabajo de análisis, se siguieron los siguientes pasos, propuestos por Andréu (2006):

1. Determinar el objeto o tema de análisis.
2. Determinar las reglas de codificación.
3. Determinar el sistema de categorías (Categorización: Inventario y clasificación).

Descripción de las Unidades

Se describirán a continuación las unidades de análisis, de contexto, de registro y de muestreo.

- Unidades de análisis: en este estudio las unidades de análisis correspondieron a los estudiantes de pregrado de la Universidad de Concepción que no pertenecían a la carrera de Nutrición y Dietética.
- Unidades de muestreo: son aquellas porciones del universo observado que serán analizadas. En esta ocasión se hizo el análisis a partir de dos (02) grupos focales.
- Unidad de contexto: entendida como la porción de la unidad de muestreo examinada para poder caracterizar una unidad de registro. En este caso corresponde a las transcripciones de la información obtenida de manera oral en los grupos focales realizados.
- Unidad de registro: puede considerarse como la parte de la unidad de muestreo que es posible analizar de forma aislada. En esta ocasión, todo el relato se trabajó específicamente con las frases y palabras orientadas a describir las creencias normativas, de control y conductuales que los estudiantes tienen en relación a la alimentación.

Sistemas de Categorías

Como procedimiento de análisis del contenido se escogió el modelo de categorías deductivas. Se establecieron las siguientes categorías en base a la concepción de TAP: creencias de control, creencias normativas y creencias conductuales. A continuación se entregan las definiciones conceptuales de cada una de ellas:

Creencias de Control, son aquellas que agrupan las creencias en torno a factores o circunstancias que facilitan o desincentivan la implementación de una conducta saludable.

Creencias normativas, definidas como la percepción de los estudiantes a cerca de la presión social o la expectativa normativa de los otros hacia ellos al momento de hacer un cambio de conducta alimentaria.

Creencias conductuales, entendidas como creencias que tienen los estudiantes acerca de las consecuencias positivas de la conducta alimentaria saludable y la evaluación de dicha conducta, que es un juicio que hace el estudiante respecto de cuan positivo o negativo es para él o ella la consecuencia de la conducta saludable implementada.

Procedimiento

Se contactó por correo a profesores de diferentes carreras y también a centros de alumnos, a fin de poder acceder a los alumnos pertenecientes a las carreras de la muestra. Se les envió de forma individualizada una invitación por vía correo electrónico, para participar en la investigación señalando tanto los objetivos del estudio como fecha y hora del grupo focal.

Para realizar el grupo focal hubo dos facilitadores, para apoyar el desarrollo de la actividad.

Los datos se recogieron en mayo de 2017, en las dependencias del departamento de Nutrición y Dietética de la Universidad de Concepción, ubicado en Orompello 165, Concepción.

Una vez reunidos los estudiantes, se procedió a explicar el contexto, objetivos y alcance de la investigación así como sus respaldos éticos. Posteriormente, se solicitó que leyeran el consentimiento informado preparado por la investigadora y aceptado por el Comité de ética y Bioética del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción (Anexo N° 3). Luego, la investigadora responsable inició la conversación siguiendo un guión de preguntas semiestructuradas preparado para esta actividad (Anexo N°1).

Para el análisis de los datos se transcribió el audio de cada grupo focal, se codificó esta información y se procedió al análisis en busca de las categorías establecidas previamente: creencias actitudinales, creencias normativas y creencias conductuales.

Resultados

1. Creencias actitudinales

Las creencias alimentarias actitudinales, identificadas como aquellas relacionadas con las consecuencias positivas y negativas acerca una determinada conducta, es este caso la conducta de alimentación saludable, fueron las siguientes: según la perspectiva de los jóvenes entrevistados, alimentarse de forma saludable es más caro y requiere más tiempo en comparación con alimentarse en base a comida rápida. También señalaron que a su parecer este tipo de preparaciones entregan menos saciedad y no permitiría reducir síntomas de ansiedad, a diferencia de lo que ocurriría con una alimentación menos balanceada de dulces y chocolates (azúcar y grasas). Lo anterior se traduciría en que los estudiantes tendrían la creencia de que comer de forma saludable les provocaría hambre de forma frecuente así como un aumento de la ansiedad y del malhumor.

... “ando muerta de hambre después”

Con respecto a las consecuencias positivas de la alimentación saludable, los jóvenes tienen las creencias de que esta tendría beneficios tanto en la salud física

y mental. En relación al primer aspecto, señalaron que aportaría una mejora en la apariencia física, favorecería la delgadez y el cuidado del cuerpo. Además, se señaló repetitivamente que mediante una adecuada alimentación se pueden prevenir enfermedades crónicas (como diabetes mellitus y colesterol aumentado), y mejorar la digestión y el colon irritable en períodos de estrés académico, entre otros. En relación a la salud mental, los participantes percibieron que la alimentación balanceada les permitiría no presentar letargia después de la ingesta, estar más activos, aprovechar mejor el día, tener más energía, una mayor concentración en clases y un mejor rendimiento académico. Paralelamente señalaron que este tipo de dieta aumenta las endorfinas, el bienestar y mejora la calidad de vida.

2. Creencias normativas

Al indagar en las creencias normativas, específicamente, con respecto a las figuras cercanas que podrían motivar, ayudar o servir de guía para la implementación de una alimentación saludable, quedó de manifiesto que las figuras parentales femeninas (madres, abuelas) así como las hermanas mayores son reconocidas como aquellas que revisten mayor importancia en ese ámbito. En muy pocos casos se nombraron algunas figuras masculinas.

Luego de las figuras parentales femeninas, las parejas estarían en segundo lugar influenciando la alimentación de los estudiantes y, en tercer lugar, los amigos o aquellos con que conviven día a día (familiares, compañeros de pensión o de departamento).

“Si mis amigos cambian.... yo también cambiaría”

Es importante mencionar que al consultar por la influencia de otros actores sociales como modelos o promotores de alimentación saludable, se ha establecido que, para algunos de ellos, los docentes de la universidad tendrían algún rol como referentes en la implementación de una conducta alimentaria adecuada. Se nombraron algunos artistas y deportistas pero de forma poco concreta.

Finalmente, al explorar la presión social o cuánto los estudiantes quieren cumplir las expectativas de sus personas significativas referentes a la alimentación, hubo consenso en que el grupo no percibe que haya presión social real o manifiesta para alimentarse de forma saludable.

3. Creencias de control

Las creencias de control, entendidas como aquellas que facilitan o dificultan la implementación de una alimentación saludable los participantes señalaron elementos dependientes del contexto y factores personales.

Entre los primeros se destacó que almorzar en el casino universitario o en familia facilitaría la ingesta de alimentos saludables, así como también lo haría un sabor agradable de las preparaciones, una oferta competitiva y atractiva en relación a la oferta de comida rápida

... “yo comiendo con mis papás, los días que puedo ir a la casa, como bien; mis papás igual han tenido cuidado en el tema de la alimentación, pero cuando estoy acá, me quedo en la universidad, como mal...”

Además indicaron que disponer de dinero, tener más tiempo libre y horarios de clases mejor distribuidos les permitiría alimentarse de mejor manera. Asimismo se destacó que el hecho de comprar de forma planificada y para periodos más largos hace que la elección de alimentos sea más saludable (por ejemplo comprando alimentos naturales o no procesados), mientras que comprar para el momento o para el día induciría compra de alimentos más calórico

“... claro es una compra más planificada, más estudiada, una compra más sana, pero esa compra del hambre que a uno le dio ahora...”

“...porque cuando van a la feria, van porque están comprando para varios días...”

Los estudiantes tienen la creencia de que saber cocinar, contar con información

nutricional, tener cambios en el peso corporal, vivir experiencias cercanas o propias de enfermedad (por ejemplo, alergias alimentarias) y tener preocupación por la estética, serían aspectos personales que incentivarían una alimentación sana, es decir al estar presentes aumentan la percepción de control sobre la alimentación. Además señalaron que aprender hábitos de alimentación saludable desde la infancia o en familia sería un facilitador para lograr una buena alimentación en la etapa universitaria. Existe la creencia de que la costumbre o hábito de comer cierto tipo de alimentos en la niñez o adolescencia influenciaría la elección en etapas posteriores de la vida.

Dentro de los factores que desincentivan o bajan la percepción de control sobre la alimentación, están el consumo de alimentos sanos, los jóvenes también indicaron factores relacionados con el contexto y factores personales. Entre aquellos que se relacionaron con el contexto, está en, primer lugar, la falta de tiempo para acceder a lugares que ofrecen de comida saludable, que generalmente se encuentran distantes de la universidad donde estudian. En este mismo sentido, el tiempo les juega en contra para poder ir a comprar y luego elaborar en sus hogares preparaciones saludables, por lo tanto muchas veces eligen alimentos de entrega inmediata y de fácil consumo.

“....Quieres comer rápido e irte a lo seguro o conocido....”

Con respecto a la oferta de alimentos, ellos expresaron que ésta influiría directamente en el consumo, ya que al estar expuesto a sabores y olores propios de la comida rápida, se tiende a la selección y consumo de alimentos fritos tales como hamburguesas, empanadas, choripanes, papas fritas, churros, etc.

También señalaron que el hecho de estar en pareja dificultaría tener hábitos saludables, ya que, en general, estar en una relación sentimental implica actividades relacionadas con el consumo de alimentos fuera del hogar; por lo tanto, hay más probabilidad de ingerir de forma desbalanceada preparaciones como sushi, hamburguesas, completos, papas fritas, etc. sobre todo en la época universitaria.

Como hallazgo interesante se detecta que los universitarios tienen la creencia de que el estado civil de los padres influye en el tipo de alimentación ingerida, ya que si ellos se encuentran separados, cuando están con el padre se alimentan de forma incorrecta incurriendo en la ingesta de comida rápida y calórica de manera recurrente ya que estos tenderían a “compensar” la ausencia durante la semana con este tipo de alimentos.

Dentro de los factores personales que dificultan la implementación de una alimentación sana, los participantes refieren que el estrés académico y las presiones familiares relacionadas al rendimiento académico, implican un aumento de la ansiedad. Ésta a su vez afectaría la forma de alimentarse en dos sentidos: aumentaría la ingesta de alimentos calóricos -sobre todo en las mujeres- o bien la disminuiría al extremo de saltarse tiempos de comidas. Ambas situaciones se contraponen con una alimentación equilibrada. Así mismo se señaló que emociones como la pena y la sensación de soledad, serían gatillantes de una dieta poco balanceada. Finalmente, los universitarios señalaron que poder comer a su gusto o antojo es un factor muy importante al momento de decidir por un producto u otro.

Anexo N° 4

Pauta de entrevista para grupo focal

Preguntas introductorias

1. ¿Cómo es la alimentación de los universitarios en general?
2. ¿Qué entiendes por alimentación saludable?

Creencias conductuales:

3. ¿Cuáles son las consecuencias (identificar las positivas y negativas) de alimentarse de manera saludable?

Creencias de control

4. ¿Qué tipo de factores influyen en la alimentación de los universitarios?
Podrías dar ejemplos?
5. ¿Qué facilita/ Qué dificulta adquirir una alimentación saludable.
(Identificar aspectos contextuales y personales)

Creencias normativas

6. ¿Para quién sería importante que tuvieras una alimentación saludable y por qué?
7. ¿Quién sería una persona necesaria para que tuvieras una alimentación saludable?

Anexo N° 5

Apartado: Construcción y validación de Cuestionario TAP.

Para construir el instrumento que pueda medir los predictores cognitivos de la conducta alimentaria a partir de la TAP, se siguieron instrucciones referidas por los autores de la teoría (Ajzen, 2006, en Ajzen y Fisbein ,2010).

Se propone en primer lugar, definir la conducta a medir, determinar la población a estudiar y formular ítems para mediciones directas de los determinantes de la conducta según la TAP. Para la formulación de los ítems de cada factor se utilizó la información obtenida en la fase cualitativa, donde se identificaron las principales creencias conductuales, normativas y de control de estudiantes universitarios chilenos. Posteriormente se propusieron respuestas en formato Likert utilizando escalas de 5 puntos donde se le solicitará a cada participante encerrar con un círculo el puntaje que mejor represente su opinión de acuerdo al enunciado de cada reactivo.

La primera versión de este instrumento contó con 10 preguntas presentando la siguiente distribución.

Tabla 16.Distribución cuestionario TAP por dimension (1ª versión)

Dimensión	Ítem
Norma Subjetiva	1,2
Control Percibido	3
Actitud	6, 7, 8, 9, 10
Intención conductual	4, 5

Se aplicó el instrumento a una muestra por conveniencia de 405 alumnos pertenecientes a 9 Facultades del Campus Concepción. Los análisis exploratorio y confirmatorio indicaron lo siguiente:

Los cuatro factores explican el 56% de la variabilidad, lo cual es aceptable. Se ve que las comunales de los indicadores 2, 3, 7 y 10 estuvieron bajo lo aceptable. Los indicadores 4 y 5 cargan bien al factor Intención, pero el 7, 8, 9 y 10, que debiesen ir juntos en la dimensión actitud conductual, se separan. Al igual que el ítem 1 y 2 (de la dimensión norma subjetiva), que tampoco se presentan juntos.

Una vez realizado el AFC dividiendo la base y usando el instrumento de 6 ítems (retirando aquellos con baja comunalidad) se observa que existen buenos indicadores de ajuste ($\chi^2(5) = 7.678$ con $p = 0.175$, CFI = 0.988, TLI = 0.965, RMSEA = 0.056, SRMR = 0.021. Además todos los ítems resultan significativos para predecir los constructos, presentando cargas aceptables. La nueva distribución del cuestionario fue la que sigue.

Tabla 18 Distribución por dimensión cuestionario TAP (2ª Versión).

Dimensión	Ítem
Norma Subjetiva	1
Control Percibido	3
Actitud	9, 10
Intención conductual	4, 5

Fuente: Elaboración Propia.

Si bien usando esta distribución por ítem los índices de ajustes y niveles de significación resultan aceptables pudiera ser que más adelante al utilizar esta información para evaluar las relaciones entre las variables en el modelo propuesto, los resultados puedan verse afectados dados el bajo número de ítem por factor. Por tanto se decide volver a modificar el cuestionario TAP sobre la base del análisis ya realizado.

Revisar la literatura respecto a la construcción de escalas TAP.

Se realizó una revisión de la bibliografía respecto a construcción de instrumentos para medir TAP en conducta en salud específicamente determinando los siguientes aspectos relevantes.

Tabla 19 Resumen de la revisión bibliográfica en torno a construcción de instrumentos en base a la TAP

Conducta	Norma subjetiva	Control percibido	Actitud	Intención	Total ítems	Referencias
Fertilidad	3 ítems *0.2	9 ítems NS	11 ítems *0.41		23	Ajzen & Klobas,20 13.
Compra de productos orgánicos	4 ítems NS	5 ítems NS	6 ítems *0.75	4 ítems	19	Yazdanpanah & Foruzani, 2015.
Actividad Física	4 ítems 0.19 (NS?)	5 ítems *0.67	6 ítems NS	4 ítems	14	Neipp, Quiles,Leon,Tira do & Rodriguez Marin, 2014.
Compra productos con probióticos	No indica *0.45	No indica *0.25	No indica *0.69	2 ítems	33	Soto, Wittig, Guerrero, Garrido & Fuenzalida, 2006.
Alimentación saludable			6 ítems			Conner, Russel & Bell, 2002.

Fuente: Elaboración Propia.

En todos los estudios indicados la consistencia interna de los cuestionarios es adecuada, es decir mayor 0,7-0,8.

Resumen: La literatura señala que la construcción de escalas TAP implican más de 4 ítems por constructo, para medir actitud se sugiere un set de 6 ítem con respuestas (modales obtenidas de la elicitación de creencias de la etapa cualitativa) evaluadas del 1 al 5 o del 1al 7 con escala de Likert.

Es decir específicamente para actitud conductual definida como una sumatoria de las creencias conductuales y evaluación de la conducta (outcome evaluation), se ha propuesto hacer 6 preguntas con respuestas en escala de Likert de 5 a 7 puntos,

en relación a la conducta “alimentarse de forma saludable” que midan las creencias del sujeto en relación a la evaluación de la conducta, concretamente la propuesta de los autores es preguntar si alimentarse saludable es:

- Bueno-Malo
- Perjudicial-Beneficioso
- Agradable-Desagradable
- Entretenido-Aburrido
- Necesario –Innecesario
- Inteligente- Tonto

Además, se pueden agregar preguntas respecto a fortaleza de la creencia (*Strenght belief*).

En varios estudios se han usado entre 4 a 6 de estos reactivos (Fishbein and Ajzen, 2008) para medir actitud conductual con una consistencia interna adecuada.

Luego de este análisis bibliográfico, se procedió a construir la tercera versión de la escala.

● Construcción de la escala

Para construir la tercera versión de la escala se pretende conservar la distribución por ítem que ya se usó en la segunda versión y agregar preguntas en cada dimensión incorporando la información obtenida a partir de la bibliografía.

Tabla 20 Distribución por dimensión para cuestionario TAP (3ª versión).

Dimensión	Totales por dimensión
Norma Subjetiva	4
Control Percibido	4
Actitud	6
Intención	4
Total	18

Fuente: Elaboración Propia.

- **Aplicación Piloto:** Se piloteo la escala con 5 universitarios de 2 carreras para verificar comprensión y duración de la aplicación y evaluar mediante entrevista cognitiva (ver Anexo 9). Los estudiantes sugirieron hacer modificaciones en cuanto a temporalidad en algunas preguntas.
- **Juicio de expertos:** se envió el nuevo cuestionario a 5 expertos nacionales e internacionales, destacados en el área de la psicometría, conducta alimentaria y la Teoría de la Acción Planificada, para evaluar los constructos y las dimensiones propuestas quienes retroalimentaron el proceso de construcción del instrumento. Los expertos sugirieron agregar reactivos en la dimensión norma subjetiva, específicamente en relación a la motivación por cumplir por lo que se agregaron 5 ítem más resultando una dimensión con 9 ítem. En la dimensión intención conductual, se sugiere retirar una pregunta y en la dimensión actitud, se sugiere evaluar otros aspectos asociados a los beneficios y perjuicios de la alimentación saludable, por lo que se agregan dos ítems más. Estas modificaciones dieron origen a la cuarta versión del instrumento, que contó con 24 ítems siguiendo la siguiente distribución.

Tabla 21 Distribución cuestionario TAP(4ta versión)

Dimensión	Totales por dimensión
Norma Subjetiva	9
Control Percibido	4
Actitud	8
Intención	3
Total	24

Fuente: Elaboración Propia.

Finalmente esta cuarta versión fue sometida a un análisis de confiabilidad

- **Estimación de la confiabilidad**

Se aplicó el cuestionario a una muestra por conveniencia de 181 universitarios de pregrado pertenecientes a las carreras de Medicina,

Ingeniería Comercial, Pedagogía en Educación Física y Medicina Veterinaria de la universidad.

Previo al AFC, se observa que los ítems 17,18 y 19 tiene una distribución con baja curtosis, por lo que se retiran de la base de datos, resultando una versión de 21 ítems para analizar.

Tabla 22 Distribución final del cuestionario TAP

Dimensión	Ítems	Preguntas
Norma Subjetiva	8	4,5,6,7,8,9,10,11
Control Percibido	4	12,13,14,15
Actitud	6	16,17,18,19,20,21
Intención conductual	3	1,2,3
Total	21	

Mediante el Método de extracción de ejes principales, con rotación Oblimin se estimó que existen 4 componentes principales que explican el 52% de la varianza observada.

Posteriormente se aplicó AFC a matriz de correlaciones policóricas, utilizando el estimador WLSMV. Se determinó que con la distribución original de los ítems y, después de revisar índices de modificación, señalando correlaciones entre los errores de los ítems 11 y 12, y 21 y 22 los resultados con la misma base son:

Tabla 23 AFC cuestionario TAP con WLSMV

Estimador	χ^2	df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
WLSMV	401.93	181	2.22	0.95	0.94	0.08

Fuente: Elaboración Propia.

Todos los valores de ajuste sugieren que el modelo ajusta bien a los datos. Todos los ítems resultan significativos para reflejar los respectivos constructos ($p < 0.001$), tomando las cargas valores desde 0.381 (TAP22) hasta 0.935 (TAP1). Además se estimó la confiabilidad interna mediante Alfa de Cronbach, siendo los resultados aceptables para todos los constructos.

Tabla 24 Análisis de confiabilidad cuestionario TAP

Factor	Alpha de Cronbach
Intención	0.945
Norma subjetiva	0.834
Control Percibido	0.827
Actitud conductual	0.809

Fuente: Elaboración Propia.

Conclusión: El cuestionario TAP creado obtuvo excelentes características psicométricas en todas las áreas evaluadas, resultando un instrumento de 21 ítems los cuales debían ser contestados a través de una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. La validación de este cuestionario en población universitaria chilena contribuirá a promover el estudio de la conducta alimentaria bajo el marco conceptual de la TAP y permitirá profundizar en la medición de los predictores cognitivos para comprender de mejor manera su relación con la conducta de alimentación en dicha población.

Cuestionario TAP (versión final)

Instrucciones: Marque con una X lo que piensa usted de comer de manera saludable durante los próximos 6 meses. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Tengo la intención de comer de manera saludable en mi casa durante los próximos 6 meses.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1		Totalmente en
desacuerdo							desacuerdo

2. Yo trataré de comer de manera saludable en la universidad o fuera de casa durante los próximos 6 meses.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1		Totalmente en
desacuerdo							desacuerdo

3. Yo planeo consumir alimentos saludables durante los próximos 6 meses. Totalmente de acuerdo 5 4

	3	2	1		Totalmente en desacuerdo

4. Mi familia valora comer sano.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1		Totalmente en
desacuerdo							desacuerdo

5. Mis padres esperan que coma sano.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1		Totalmente en
desacuerdo							desacuerdo

6. Las personas con las que vivo creen que debería comer de forma saludable durante el próximo mes

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1		Totalmente en
desacuerdo							desacuerdo

7. Mis padres comen saludable.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1		Totalmente en
desacuerdo							desacuerdo

8. Mis amigos comen saludable.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1		Totalmente en
desacuerdo							desacuerdo

9. A mis amigos les gustaría que yo comiera de forma más sana.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1		Totalmente en
desacuerdo							desacuerdo

10. Me parece muy importante lo que mi familia piense de mi forma de alimentarme.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

11. Me parece muy importante lo que mis amigos piensen de mi forma de alimentarme.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

12. Me siento capaz de comer saludable fuera de casa o en la universidad durante los próximos 6 meses, si así lo quisiera.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1
-----------------------	---	---	---	---	---

13. Me sería posible comer de manera saludable en casa durante los próximos 6 meses, si así lo quisiera

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

14. Puedo alimentarme de forma más sana durante los próximos 6 meses.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

15. Comer saludable depende totalmente de mi disposición a hacerlo.

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Alimentarse de manera saludable es:

16. Bueno	5	4	3	2	1	Malo
17. Entretenido	5	4	3	2	1	Aburrido
18. Barato	5	4	3	2	1	Caro
19. Rápido	5	4	3	2	1	Toma tiempo

20. Comer saludable mejora mi estado de ánimo

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

21. Comer saludable es sabroso o apetitoso

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo.
-----------------------	---	---	---	---	---	---------------------------

Anexo N° 6

DEBQ

Señale la respuesta que mejor se ajuste a su caso, utilizando la siguiente escala:

a. Nunca 2. Raramente 3. Algunas veces 4. A menudo 5. Muy a menudo

1. Cuando aumenta de peso ¿come menos de lo habitual? _____
2. ¿Intenta comer menos en las comidas de lo que le gustaría? _____
3. ¿Con que frecuencia rechaza comida o bebida que le ofrecen porque está preocupado/a por tu peso? _____
4. ¿Mira lo que come exactamente? _____
5. ¿Come intencionadamente alimentos que adelgazan? _____
6. Cuando ha comido demasiado, ¿come menos de lo habitual al día siguiente? _____
7. ¿Come expresamente menos para evitar engordar? _____
8. ¿Con que frecuencia evita picar porque controla tu peso?. _____
9. ¿Con que frecuencia intenta no comer por las noches porque está controlando tu peso? _____
10. ¿Tiene en cuenta su peso al decidir que come? _____
11. ¿Tiene el deseo de comer cuando está irritado/a? _____
12. ¿Tiene el deseo de comer cuando no tiene nada que hacer? _____
13. ¿Tiene el deseo de comer cuando está deprimido/a o desanimado/a? _____
14. ¿Tiene el deseo de comer cuando se siente solo/a? _____
15. ¿Tiene el deseo de comer cuando alguien le ha defraudado? _____
16. ¿Tiene el deseo de comer cuando está de mal humor? _____
17. ¿Tiene el deseo de comer cuando se avecina algo desagradable? _____
18. ¿Tiene el deseo de comer cuando está nervioso/a, preocupado/a o tenso/a? _____
19. ¿Tiene el deseo de comer cuando las cosas van mal o en contra suya? _____
20. ¿Tiene el deseo de comer cuando tiene miedo? _____
21. ¿Tiene el deseo de comer cuando está decepcionado/a? _____
22. ¿Tiene el deseo de comer cuando está alterado/a emocionalmente? _____
23. ¿Tiene el deseo de comer cuando está aburrido/a o impaciente? _____
24. Si le gusta la comida, ¿come más de lo habitual? _____
25. Si la comida tiene buen olor y buen aspecto ¿come más de lo habitual? _____
26. Si huele o ve algo delicioso, ¿tiene el deseo de comértelo?. _____
27. Si tiene algo delicioso para comer, ¿se lo come inmediatamente? _____
28. Si de camino encuentra una panadería, ¿tiene el deseo de comprar algo delicioso? _____
29. Si de camino encuentra una cafetería, ¿tiene el deseo de comprar algo delicioso? _____
30. Si ve a otras personas comiendo, ¿le entra el deseo de comer? _____
31. ¿Puede resistirse a comer alimentos deliciosos? _____
32. ¿Come más de lo habitual cuando ve a otros comiendo? _____
33. Cuando prepara la comida, ¿le entran ganas de comer algo?. _____

Anexo N° 7

Cuestionario conducta alimentaria

INSTRUCCIONES: Frente a cada pregunta marque con un círculo alrededor del número de la alternativa que considere más cercana a su preferencia.

1.	<i>¿Se preocupa por la cantidad de calorías que contienen los alimentos que consume?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
2.	<i>¿Revisa las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
3.	<i>¿Aplica o practica algún tipo de dieta de moda?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
4.	<i>¿Toma algún medicamento o compuesto natural para bajar de peso o controlar el apetito?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
5.	<i>¿Cuándo intenta reducir peso ¿lo comunica a los que le rodean para que lo apoyen?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
6.	<i>¿Consume alimentos entre las comidas?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
7.	<i>Cuando está aburrido/a o desocupado/a ¿ingiere alimentos?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
8.	<i>Cuando tiene ansiedad o está bajo/a de ánimo ¿suele comer a deshoras?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>

9.	<i>¿Cuántas veces a la semana consume legumbres?</i>	<i>No consume todas las semanas</i>	<i>1 vez</i>	<i>2 veces</i>	<i>3 veces</i>	<i>4 o más</i>
10.	<i>¿Cuántas porciones de verdura consume al día?</i>	<i>No consume</i>	<i>1 porción</i>	<i>2 porciones</i>	<i>3 porciones</i>	<i>4 o Más porciones</i>
11.	<i>¿Cuántas frutas consume al día?</i>	<i>No consume todos los días</i>	<i>1 porción</i>	<i>2 porciones</i>	<i>3 porciones</i>	<i>4 o Más porciones</i>
12.	<i>¿Cuántas veces a la semana consume pescado?</i>	<i>No consume</i>	<i>1 vez</i>	<i>2 veces</i>	<i>3 veces</i>	<i>4 o más</i>
13.	<i>¿Cuántas veces a la semana consume papas, arroz, cereales de desayuno, pastas?</i>	<i>Menos de una vez</i>	<i>1 vez</i>	<i>Entre 2 y 4 veces</i>	<i>Entre 3 y 4 veces</i>	<i>Más de 5 veces</i>
14.	<i>¿Cuántas veces a la semana consume carne de cerdo, vacuno, pollo o pavo?</i>	<i>No consume</i>	<i>1 vez</i>	<i>2 veces</i>	<i>3 veces</i>	<i>4 ó más</i>
15.	<i>¿Cuántas veces al día consume productos lácteos?</i>	<i>Nunca</i>	<i>1 vez</i>	<i>2 veces</i>	<i>3 veces</i>	<i>4 ó más</i>
16.	<i>¿Cuántos vasos de agua pura consume al día?</i>	<i>No consume</i>	<i>1 a 2 vasos</i>	<i>3 a 4 vasos</i>	<i>5 a 6 vasos</i>	<i>7 ó más</i>
17.	<i>¿Los lácteos que consume son descremados?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
18.	<i>¿Cuánto pan consume al día?</i>	<i>Menos de 3</i>	<i>4 panes</i>	<i>5 panes</i>	<i>6 panes</i>	<i>Más de 6</i>
19.	<i>¿Evita comer frituras y grasas?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>

20.	<i>¿Consume bebidas con azúcar durante la semana?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
21.	<i>¿Cuántas horas al día pasa sentado/a? (incluidas las horas de clase)</i>	<i>Menos de 1 Hora</i>	<i>Entre 1 a 3 Horas</i>	<i>Entre 4 a 6 Horas</i>	<i>Entre 7 a 9 Horas</i>	<i>Más de nueve horas</i>
22.	<i>¿Consume raciones pequeñas?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
23.	<i>¿Come solamente cuando tiene hambre?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
24.	<i>¿Cuántos días por semana realiza actividad física?</i>	<i>No realiza act. Física</i>	<i>1 ó 2 días/sem</i>	<i>3 ó 4 día/sem</i>	<i>5 ó 6 día/sem</i>	<i>Todos los Días</i>
25.	<i>¿Cuántos días a la semana camina al menos 30 minutos seguidos?</i>	<i>No camino</i>	<i>1 o 2 días</i>	<i>3 días</i>	<i>4 o 5 días</i>	<i>Más de 5 días</i>
26.	<i>¿Cada cuántos días come comida rápida (comida chatarra) por semana?</i>	<i>No come</i>	<i>1 ó 2 días/sem</i>	<i>3 ó 4 día/sem</i>	<i>5 ó 6 día/sem</i>	<i>Todos los Días</i>
27.	<i>¿Cuántas veces a la semana consume golosinas o snack (papas fritas, chocolates, etc.)?</i>	<i>Menos de una vez a la semana</i>	<i>1 vez</i>	<i>2 veces</i>	<i>3 veces</i>	<i>4 o más veces</i>
28.	<i>Mientras come ¿ve la televisión, usa algún aparato electrónico o lee?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>

29.	¿Realiza las comidas recomendadas al día (desayuno, almuerzo, once-comida)?	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
30.	¿Se sienta a comer con mucha hambre?	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
31.	¿Come despacio, en un tiempo de 30 minutos?	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
32.	¿Come sentado/a?	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
33.	¿Deja de comer cuando está satisfecho/a?	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre

Anexo N° 8

Universo: Total de alumnos de pregrado por carrera a impartida en el Campus Concepción de la Universidad de Concepción, año 2017.

FACULTAD	CARRERA	Total
AGRONOMÍA	AGRONOMÍA (CONCEPCIÓN)	228
ARQUITECTURA, URB. Y GEOGRAFÍA	ARQUITECTURA	410
ARQUITECTURA, URB. Y GEOGRAFÍA	GEOGRAFIA	273
CIENCIAS AMBIENTALES	INGENIERIA AMBIENTAL *CONC	307
CIENCIAS BIOLÓGICAS	BIOINGENIERIA	241
CIENCIAS FORESTALES	INGENIERIA FORESTAL	120
CIENCIAS FORESTALES	ING. EN BIOTECNOLOGIA VEGETAL	162
CIENCIAS FORESTALES	ING. EN CONSERVACION DE RR.NN.	248
CIENCIAS QUÍMICAS	QUIMICO ANALISTA	180
CIENCIAS QUÍMICAS	LICENCIATURA QUIMICA – QUIMICO	114
CIENCIAS QUÍMICAS	GEOLOGIA	276
CIENCIAS SOCIALES	PSICOLOGIA	351
CIENCIAS SOCIALES	TRABAJO SOCIAL	397
CIENCIAS SOCIALES	ANTROPOLOGIA	314
CIENCIAS SOCIALES	SOCIOLOGIA	431
CIENCIAS SOCIALES	PERIODISMO	256
CIENCIAS SOCIALES	SERVICIO SOCIAL	7
CIENCIAS VETERINARIAS	MEDICINA VETERINARIA *CONC	561
CS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVS	INGENIERIA COMERCIAL	577
CS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVS	AUDITORIA	273
CS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS	ASTRONOMIA	182
CS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS	GEOFISICA	212
CS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS	CIENCIAS FISICAS Y ASTRONOMICA	19
CS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS	INGENIERIA CIVIL MATEMATICA	137
CS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS	INGENIERIA ESTADISTICA	122
CS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS	CIENCIAS FISICAS	149
CS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS	INGENIERIA MATEMATICA	4
CS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS	LICENCIATURA EN MATEMATICA	43
CS JURÍDICAS Y SOCIALES	LIC.CS.JURIDICAS Y SOCIALES	749
CS JURÍDICAS Y SOCIALES	CS POLITICAS Y ADMINISTRATIVAS	396

CS NATURALES Y OCEANOGRÁFICAS	Y	BIOLOGIA MARINA	111
CS NATURALES Y OCEANOGRÁFICAS	Y	BIOLOGIA	224
CS NATURALES Y OCEANOGRÁFICAS	Y	ING.BIOTEC.MARINA Y ACUICULT.	56
EDUCACIÓN		EDUCACION GENERAL BASICA	366
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA ARTES PLASTICAS	113
EDUCACIÓN		PED. CS. NATURALES Y BIOLOGIA	108
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA EN ESPAÑOL	242
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA EN FILOSOFIA	95
EDUCACIÓN		PED. CS. NATURALES Y FISICA	80
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA HISTORIA Y GEOGRAFIA	256
EDUCACIÓN		PED. CS. NATURALES Y QUIMICA	74
EDUCACIÓN		PED. MATEMATICAS Y COMPUTACION	225
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA EDUCACION MUSICAL	161
EDUCACIÓN		EDUCACION PARVULARIA	212
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA EN MATEMATICA	1
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA EN BIOLOGIA	1
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA EDUC FISICA – DAMAS	6
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA EDUC FISICA –VARONES	15
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA IDIOMA EXTRANJERO	2
EDUCACIÓN		EDUCACION DIFERENCIAL	229
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA EN EDUC FISICA	379
EDUCACIÓN		PEDAGOGIA EN INGLES	284
FARMACIA		BIOQUIMICA	332
FARMACIA		QUIMICA Y FARMACIA	579
FARMACIA		NUTRICION Y DIETETICA	323
HUMANIDADES Y ARTE		LICENCIATURA EN HISTORIA	70
HUMANIDADES Y ARTE		BACHILLERATO EN HUMANIDADES	68
HUMANIDADES Y ARTE		ARTES VISUALES	212
HUMANIDADES Y ARTE		LIC. ARTES PLAST. M/ESCULTURA	5
HUMANIDADES Y ARTE		LIC. ARTES PLAST. M/PINTURA	3
HUMANIDADES Y ARTE		LIC. ARTES PLAST. M/GRABADO	10
HUMANIDADES Y ARTE		TRADUCC/INTERPRET.IDIOMAS EXTR	383
INGENIERÍA		INGENIERÍA CIVIL DE MINAS	262

INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL - PLAN COMUN	150
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL INDUSTRIAL	604
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL	467
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL ELECTRICA	268
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL MECANICA	367
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL METALURGICA	416
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL DE MATERIALES	140
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL AEROESPACIAL	103
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL QUIMICA	348
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL ELECTRONICA	238
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL INFORMATICA	220
INGENIERÍA	ING. CIV EN TELECOMUNICACIONES	138
INGENIERÍA	INGENIERIA CIVIL BIOMEDICA	251
ENFERMERIA	ENFERMERIA	538
MEDICINA	MEDICINA	854
MEDICINA	TECNOLOGIA MEDICA	382
MEDICINA	FONOAUDIOLOGIA	291
MEDICINA	KINESIOLOGIA	329
MEDICINA	OBSTETRICIA Y PUERICULTURA	530
ODONTOLOGÍA	ODONTOLOGIA	523
TOTALES	CAMPUS CONCEPCION	20.383

Anexo N° 9**Universidad de Concepción****Facultad Ciencias Sociales- Doctorado en Psicología**

Investigador/a responsable: JULIETA SANCHEZ BIZAMA

Profesor/a guía: FELIX COVA SOLAR

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION
PROPUESTA DE UN MODELO PARA COMPRENDER LA CONDUCTA
ALIMENTARIA DE UNIVERSITARIOS CHILENOS**

Invito a Ud. a participar del estudio “Propuesta de un modelo para comprender la conducta alimentaria de universitarios chilenos”. El objetivo de este estudio es proponer un modelo explicativo que permita entender cómo influyen factores cognitivos y emocionales en la conducta alimentaria de universitarios chilenos.

Esta investigación implica responder de manera confidencial un set de instrumentos para señalar los puntos de vista de cada participante.

Esta investigación será de gran relevancia a fin de comprender en profundidad como se relacionan factores cognitivos y emocionales con la conducta alimentaria de los universitarios y así diseñar estrategias educativas dentro de la universidad que permitan mejorar sus hábitos alimentarios.

No existen riesgos asociados a esta investigación.

Si Ud. lo desea puede pedir los resultados de este trabajo a Julieta Sánchez Bizama, responsable de esta investigación, al mail julisanchez@udec.cl.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar en el estudio descrito, entendiendo que éste cumple las características que han sido señaladas anteriormente y sobre la base de las siguientes condiciones:

Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por Julieta Sánchez, Rut 13625770-6. Teléfonos: (41) 2201680, correo electrónico julisanchez@udec.cl.

Para cualquier duda, queja o inquietud que no me haya sido satisfactoriamente resuelta por el investigador responsable me podré dirigir a Gabriela Nazar, Presidente del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción. Teléfono: (41)2203950, correo electrónico gnazar@udec.cl.

He entendido que podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique.

He entendido que no hay efectos negativos o riesgos identificables en esta investigación

He entendido que los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y estos datos personales permanecerán en forma confidencial.

Mi consentimiento está dado libre y voluntariamente sin que haya sido forzada (o) u obligada (o).

Yo, _____
comprendo y acepto la información que se entregó anteriormente, declaro conocer los objetivos del estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.
Fecha: ____/____/____

En atención a estas consideraciones, libremente marque la que corresponda.

Yo ACEPTO participar en este estudio ☐

Yo NO ACEPTO participar en este estudio ☐

Firma

Investigadora Responsable

Firma

Participante

Firma

Persona responsable del Centro o institución
donde se aplicará (Indicar nombre y cargo)

Anexo N°10
Guía Entrevista cognitiva

Cuestionario predictores psicológicos de la conducta alimentaria TAP

A. Consigna

Buenos días (Nombre)

Hoy vamos a realizar una entrevista en la cual me gustaría que revisaras este cuestionario y me digas todo lo que consideras que debería mejorarse. Este cuestionario está hecho para que lo completen estudiantes universitarios de pregrado. Por eso tu participación es muy importante para mí. La idea es mejorar el documento para que los alumnos como tú puedan llenarlo sin ningún problema ni dudas sobre las frases que aparecen en él. Es decir, tú hoy estás aquí para decirme cómo mejorarlo, la idea es que lo critiques, que señales todo aquello que crees que no está claro y podría mejorarse para que se entienda bien. De antemano, agradezco tu disposición para estar hoy aquí.

Entonces, vamos a ir revisando el cuestionario y yo te voy haciendo algunas preguntas de aclaración. Pero desde luego si hay algo que quieras señalar libremente por favor no dudes en comentármelo, para mí es muy importante tu opinión. Ok, vamos a comenzar.

B. Instrucciones.

Estamos realizando una serie de pruebas para ver cómo funciona este cuestionario. Para eso yo le voy a dar el cuestionario y le voy a pedir que lo llene como si estuviéramos realizando la encuesta. En esta etapa lo que nos interesa es saber cómo está funcionando el cuestionario. Por eso le voy a pedir que conforme lo va completando piense en voz alta.

Es decir, que diga en voz alta todo lo que se le viene a la mente conforme va completando las preguntas. En cada pregunta, yo le voy a realizar más preguntas sobre la redacción de estas, las instrucciones y las opciones de respuesta

Antes de pasar a las afirmaciones , ¿Podrías decirme con tus propias palabras la instrucción que acaba de oír o leer?.

Para irse acostumbrando a pensar en voz alta, vamos a practicar con la primera sección del cuestionario. A partir de la segunda sección vamos a iniciar formalmente con la entrevista. Lee en voz alta y responde también en voz alta lo que se te pregunta en la “Sección I datos sociodemográficos”.

I DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombr

e: Edad:

Carrera:

Año:

Sexo:

C. Reactivos y opciones de respuesta

1. <i>Tengo la intención de comer de manera saludable durante los próximos meses</i>	¿Qué entiendes por alimentación saludable? ¿Te parece que se puede dar cualquier respuesta a esta pregunta, o más bien te parece que hay una respuesta correcta a esta pregunta?
2. <i>Trataré de comer de manera saludable durante los próximos meses</i>	¿Dirías que eso varía dependiendo de algo?
3. <i>Planeo consumir alimentos saludables durante los próximos meses</i>	En general, ¿cómo te sientes ante este tipo de pregunta? ¿Habías pensado en eso antes?
4. <i>Para mi familia es importante que yo coma en forma saludable.</i>	¿Fue fácil o difícil recordar esto? ¿En general cómo te sientes ante este tipo de pregunta?
5. <i>Haría más feliz a mi familia comiendo en forma saludable.</i>	¿Que sientes ante este tipo de pregunta?
6. <i>Las personas con las que vivo creen que debería comer de forma saludable.</i>	¿Qué tanto aplica esta pregunta a tu experiencia? ¿Puedes decirme con tus propias palabras lo que te acabo de preguntar?
7. <i>Las personas con las que vivo se alimentan de forma saludable.</i>	¿Te parece que se puede dar cualquier respuesta a esta pregunta, o más bien te parece que hay una respuesta correcta a esta pregunta?

	¿Qué hiciste mentalmente para llegar a esa respuesta?
8. <i>A mis amigos les importa que yo me alimente en forma sana.</i>	¿En general cómo te sientes ante este tipo de pregunta? ¿Habías pensado en eso antes?
9. <i>Me siento capaz de comer en forma saludable durante los próximos meses</i>	¿Sientes que uno puede dar sinceramente una respuesta a esta pregunta?
10. <i>Me es fácil comer de forma saludable.</i>	En esta lista que te di, ¿fue fácil o difícil encontrar la respuesta que querías dar?
11. <i>Si quiero comer en forma saludable, puedo hacerlo sin dificultades</i>	¿Podrías decirme con tus propias palabras lo que acaba de leer?
12. <i>Cuando he querido comer en forma saludable, he podido hacerlo.</i>	¿Fue esto fácil o difícil recordar?
13. <i>Alimentarse de manera saludable es: Necesario, fácil, rápido.</i>	En esta lista que te di, ¿fue fácil o difícil encontrar la respuesta que usted quería dar?
14. <i>Comer saludable mejora mi estado de ánimo</i>	¿Podrías decirme qué significa para usted “Estado de ánimo”? ¿Dirías tú que eso varía dependiendo de algo?
15. <i>Comer saludable es sabroso o apetitoso</i>	¿Te parece que se puede dar cualquier respuesta a esta pregunta o más bien te parece que hay una respuesta correcta a esta pregunta?

¿Hubo algún concepto difícil de entender?

¿Le harías correcciones generales le harías a la encuesta? ¿Cuáles?

¿Qué te pareció el tiempo que tardaste en responder?

¿Qué te parecieron las alternativas de respuestas ofrecidas?

Anexo N° 11

INSTRUMENTO Y FORMATO PARA VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

INSTRUCCIONES PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. El instrumento será validado por lo menos por 4 especialistas
 - Dos (2) expertos en la Teoría la Acción Planificada
 - Un (1) experto en Psicometría
 - Un (1) experto en el área disciplinar Conducta Alimentaria
2. Se entregará al validador:
 - El instrumento a validar.
 - La carta informativa de la investigación que contenga el objetivo del instrumento.
 - El cuadro de operacionalización de las variables
3. El experto extiende una constancia de validación con datos de identificación personal y de la institución en la que labora.

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Estimado validador:

Usted fue seleccionado para evaluar el instrumento “**Predictores psicológicos de la conducta alimentaria según TAP (Teoría de la Acción Planificada)**”, cuestionario que tiene como objetivo identificar los predictores psicológicos *Norma subjetiva, Actitud hacia la conducta, Control Percibido e Intención conductual*. Este instrumento es parte de la investigación doctoral de la estudiante Julieta Sánchez Bizama, perteneciente al programa de Doctorado en Psicología de la universidad de Concepción, Chile, denominado “**Propuesta de un modelo explicativo para la conducta alimentaria de universitarios chilenos**” cuyo objetivo es analizar la relación entre predictores emocionales y cognitivos de la conducta alimentaria de universitarios chilenos en base al Modelo Teórico de Cambio Conductual de Ajzen.

Solicito su valiosa colaboración como experto para validar el cuestionario (Anexo 1), que será aplicado a hombres y mujeres estudiantes universitarios de distintas regiones de Chile, pues considero que sus observaciones, comentarios, recomendaciones y orientación al respecto serán de utilidad para el desarrollo satisfactorio de la investigación que me permita obtener el grado de Doctor en Psicología, de la Universidad de Concepción. Agradezco su colaboración en este proceso.

Cuadro de operacionalización de las variables:

Dimensión	Definición operacional	Ítem
Intención conductual	Es la indicación interna de cuan listo está el individuo para realizar la conducta en esperada.	1,2,3

Norma Subjetiva	Se define como la integración de las <i>Creencias normativas</i> , es decir, la percepción de la presión social o la expectativa normativa de los otros hacia ellos y la <i>Motivación por cumplir</i> , determinada como cuanto quieren los sujetos cumplir las expectativas que tienen sus seres significativos en relación a la conducta estudiada, en este caso a la conducta saludable.	3,4,5,6,7,8
Control percibido	Se define como la integración de las <i>Creencias de control</i> que agrupan las creencias en torno a factores o circunstancias que facilitan o desincentivan la realización una determinada conducta y el <i>Poder de control</i> , identificado como cuan capaz se siente el estudiante de implementar o realizar la conducta indicada. Los mismos autores de la teoría indican que este concepto se asemeja al de Autoeficacia.	9,10,11,12
Actitud conductual	Es una integración de las <i>Creencias conductuales</i> entendidas como creencias que tienen los estudiantes a cerca de las consecuencias positivas o negativas de una conducta y la <i>Evaluación de la conducta</i> , identificada como juicio que hace el estudiante respecto de cuan positivo o negativo es para él/ ella la consecuencia de la conducta realizada.	13,14,15

Instrucciones

A continuación para realizar la validación del instrumento le solicito leer atentamente cada uno de los ítems, es decir, la pregunta y las opciones de respuesta en cada uno de ellos. Y califique cada uno de los ítems de acuerdo con los siguientes indicadores.

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel. 3. Moderado nivel. 4. Alto nivel.	1. Los ítems no son suficientes para medir la dimensión. 2. Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total. 3. Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente. 4. Los ítems son suficientes.
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel. 3. Moderado nivel. 4. Alto nivel.	1. El ítem no es claro. 2. El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. 3. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem. 4. El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel. 3. Moderado nivel. 4. Alto nivel.	1. El ítem no tiene relación lógica con la dimensión. 2. El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión. 3. El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. 4. El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo
RELEVANCIA	1. No cumple con el criterio.	1. El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.

El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	2. Bajo nivel.	2. El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel.	3. El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel.	4. El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Nota: Tomado de Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008.

De igual manera siéntase en la libertad de hacer comentarios en los ítems que considere necesario. Y mencionar alguna dimensión que considere no fue evaluada y la manera en la cual la evaluaría.

Gracias por su apoyo

Dimensión	Item	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Intención conductual	1,2,3					
Norma subjetiva	4-12					
Control percibido	13-18					
Actitud	19-21					

Anexo N° 12

Instrucciones: Por favor tómese unos minutos para contarnos qué piensa usted de comer de manera saludable durante el próximo mes. No hay respuesta correctas o incorrectas, solo estamos interesados en su opinión. Encierre en un círculo el puntaje que se condice con su opinión respecto a cada enunciado.

1. Tengo la intención de comer de manera saludable durante los próximos meses

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

2. Trataré de comer de manera saludable durante los próximos meses

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

3. Planeo consumir alimentos saludables durante los próximos meses

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

4. Para mi familia es importante que yo coma en forma saludable.

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

5. Haría feliz a mi familia comiendo en forma saludable.

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

6. Las personas con las que vivo creen que debería comer de forma saludable.

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

7. Las personas con las que vivo se alimentan de forma saludable.

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

8. A mis amigos les importa que yo me alimente en forma sana.

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

9. Me siento capaz de comer en forma saludable durante los próximos meses

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

10. Sería fácil comer de forma saludable, durante las próximas semanas

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

11. Si quiero comer en forma saludable, puedo hacerlo sin dificultades

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

12. Cuando he querido comer en forma saludable, he podido hacerlo.

Totalmente de acuerdo 5 4 3 2 1 Totalmente en desacuerdo

13. Alimentarse de manera saludable es

Necesario	5	4	3	2	1	Innecesario
Bueno	5	4	3	2	1	Malo
Agradable	5	4	3	2	1	Desagradable
Entretenido	5	4	3	2	1	Aburrido
Barato	5	4	3	2	1	Caro
Rápido	5	4	3	2	1	Toma tiempo

14. Comer saludable mejora mi estado de ánimo

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

15. Comer saludable es sabroso o apetitoso

Totalmente de acuerdo	5	4	3	2	1	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Anexo N° 13

Figura 6 Descriptivos por Carrera

	ANT..M	ANT..DE	EDUF..M	EDUF..DE	ICO..M	ICO..DE	INGE..M	INGE..DE	LICA..M	LICA..DE	X.MED..M	X.MED..DE	MVT..M	MVT..DE	OBS..M	OBS..DE	PEG8..M	PEG8..DE	QFA..M	QFA..DE	TRAD..M	TRAD..DE	TRS..M	TRS..DE	estadístico	valor.p	p.adjust	ES(f)
Actitud	3,39	0,74	3,51	0,65	3,24	0,82	3,13	0,63	3,48	0,89	3,33	0,60	3,28	0,67	3,28	0,70	3,29	0,73	3,14	0,99	3,41	0,70	3,38	0,66	F(11, 732)=1	0,07	0,16	0,16
ccp	4,08	0,87	4,26	0,79	4,13	0,73	4,11	0,72	4,15	0,85	4,18	0,82	4,13	0,80	4,22	0,70	4,09	0,84	4,13	0,74	4,25	0,76	3,79	0,92	F(11, 732)=1	0,44	0,44	0,12
ns	3,20	0,73	3,23	0,90	3,23	0,70	3,38	0,63	3,32	0,99	3,61	0,67	3,36	0,78	3,43	0,76	3,26	0,67	3,17	0,74	3,18	0,73	3,37	0,70	F(11, 732)=2	0,02	0,07	0,18
Intención	3,90	1,01	4,08	0,98	3,72	1,02	3,85	0,81	4,02	1,02	4,29	0,71	3,99	0,82	4,07	0,85	4,08	0,76	3,77	0,80	4,02	0,91	3,91	0,75	F(11, 732)=2	0,01	0,06	0,18
Alimentación	2,81	0,28	2,85	0,26	2,82	0,29	2,79	0,23	2,79	0,22	2,93	0,23	2,78	0,26	2,85	0,27	2,77	0,26	2,74	0,25	2,74	0,25	2,77	0,23	F(11, 732)=3	0,00	0,00	0,22
debq.com.e	2,61	1,18	2,19	0,90	2,50	1,03	2,33	0,89	2,51	1,02	2,64	0,97	2,83	1,21	2,70	0,97	2,66	1,07	2,39	0,86	2,46	0,92	2,83	1,15	F(11, 731)=2	0,01	0,04	0,19
das.estres.su	7,69	5,48	4,99	3,88	6,62	4,85	7,15	4,03	6,43	5,90	6,93	4,08	7,34	5,35	6,66	4,84	8,24	4,66	5,76	3,93	7,29	4,65	6,21	5,13	F(11, 731)=1	0,05	0,16	0,16

Fuente: Elaboración Propia con Programa SPSS

Anexo N°14



Concepción, octubre de 2018.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el proyecto de tesis para optar al grado de Doctor en Psicología por la Universidad de Concepción, titulado **"PROPUESTA DE UN MODELO EXPLICATIVO PARA LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE UNIVERSITARIOS CHILENOS"**, presentado por la Nutricionista **JULIETA IGNACIA SÁNCHEZ BIZAMA**, en calidad de Investigadora Responsable, cuyo Profesor Guía es el **DR. FÉLIX COVA SOLAR**, académico adscrito al Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para la investigación científica que considera la participación de personas, en este caso en estudios en el ámbito de la Psicología.

El objetivo general en este proyecto de tesis doctoral es proponer un modelo que permita explicar el rol de factores cognitivos y emocionales en la conducta alimentaria de universitarios chilenos. Para ello pretende desarrollar la investigación con la ejecución de 03 (tres) objetivos específicos, a saber: inicialmente buscará construir, adaptar y validar instrumentos para medir variables predictoras y criterio de la conducta alimentaria de estudiantes universitarios chilenos; (2) después propone determinar la capacidad predictiva de la Teoría de la Acción Planificada y sus componentes, en relación a la conducta alimentaria de los universitarios chilenos, y (3) por último, con los resultados obtenidos identificar el rol del comer emocional entre intención conductual y conducta alimentaria.

La metodología descrita para desarrollar las actividades antes mencionadas corresponde a un estudio mixto secuencial con muestreo paralelo (Onwuegbuzie & Collins, 2007).

Los instrumentos considerados para las mediciones propuestas corresponden, primeramente para la etapa cualitativa, a una Pauta Estructurada de Preguntas, y para la etapa cuantitativa se utilizarán 05 (cinco) instrumentos: Cuestionario con información sociodemográfica, Cuestionario de Predictores Cognitivos de la Conducta Alimentaria TAP, Escala de Ansiedad, Estrés y Depresión DASS – 21, *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (versión en español de Rivera et al. 2011) y Cuestionario para evaluar conductas y hábitos alimentarios en usuarios de atención primaria en salud modificado.

Por el desarrollo libre del espíritu

COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
Edificio Empedrado • Barrio Universitario S/N • Concepción • Chile
Fono (56-41) 2204082 e-mail: vrid@udec.cl • <http://www.udec.cl/vrid>





La participación de cada sujeto seleccionado, cuya invitación será cursada a través de las respectivas Facultades de la Universidad de Concepción que autoricen la aplicación de las actividades previstas, estará basada en el proceso de Consentimiento Informado, toda vez que sea regularmente aplicado y firmado.

La custodia de la información y de los resultados del estudio que se propone, será de responsabilidad de la candidata al grado de Doctor en Psicología por la Universidad de Concepción, la Nutricionista Julieta Ignacia Sánchez Bizama.

La ejecución de esta investigación en el proyecto de tesis en pauta, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley N° 19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a lo anterior y dado que el Proyecto de Tesis de Doctorado titulado "PROPUESTA DE UN MODELO EXPLICATIVO PARA LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE UNIVERSITARIOS CHILENOS" postulado por la Nutricionista Julieta Ignacia Sánchez Bizama, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.


DRA. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
 PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Por el desarrollo libre del espíritu
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
 Edificio Emprendo • Barrio Universitario S/N • Concepción • Chile
 Fono (56-41) 2204302 e-mail: vrid@udec.cl • <http://www.udec.cl/vrid>





Universidad de Concepción

Facultad Ciencias Sociales- Doctorado en Psicología

Investigadora responsable: JULIETA SANCHEZ BIZAMA

Profesor/a guía: FELIX COVA SOLAR

Código _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACION PROPUESTA DE UN MODELO PARA COMPRENDER LA
CONDUCTA ALIMENTARIA DE UNIVERSITARIOS CHILENOS**

Invito a Ud. a participar del estudio **"Propuesta de un modelo para comprender la conducta alimentaria de universitarios chilenos"**. El objetivo de este estudio es proponer un modelo explicativo que permita entender cómo influyen factores cognitivos y emocionales en la conducta alimentaria de universitarios chilenos.

Esta investigación implica responder de manera confidencial un set de instrumentos para señalar los puntos de vista de cada participante.

Esta investigación será de gran relevancia a fin de comprender en profundidad como se relacionan factores cognitivos y emocionales con la conducta alimentaria de los universitarios y así diseñar estrategias educativas dentro de la universidad que permitan mejorar sus hábitos alimentarios.

No existen riesgos asociados a esta investigación.

Si Ud. lo desea puede pedir los resultados de este trabajo a Julieta Sánchez Bizama, responsable de esta investigación, al mail julisanchez@udec.cl.



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar en el estudio descrito, entendiendo que éste cumple las características que han sido señaladas anteriormente y sobre la base de las siguientes condiciones:

Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por Julieta Sánchez, Rut 13625770-6. Teléfonos: (41) 2201680, correo electrónico julisanchez@udec.cl.

Para cualquier duda, queja o inquietud que no me haya sido satisfactoriamente resuelta por el investigador responsable me podré dirigir a Gabriela Nazar, Presidente del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción. Teléfono: (41)2203950, correo electrónico gnazar@udec.cl.

He entendido que podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique.

He entendido que no hay efectos negativos o riesgos identificables en esta investigación

He entendido que los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y estos datos personales permanecerán en forma confidencial.

Mi consentimiento está dado libre y voluntariamente sin que haya sido forzada (o) u obligada (o).

Yo, _____
comprendo y acepto la información que se entregó anteriormente, declaro conocer los objetivos del estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

Fecha: ____/____/____

En atención a estas consideraciones, libremente marque la que corresponda.

Yo ACEPTO participar en este estudio ☐

Yo NO ACEPTO participar en este estudio ☐

Firma
Investigadora Responsable

Firma
Participante

Firma
Persona responsable del Centro o institución (nombre y cargo)/
Ministro de Fe



[Handwritten signature]



Universidad de Concepción

Facultad Ciencias Sociales- Doctorado en Psicología

Investigadora responsable: JULIETA SANCHEZ BIZAMA

Profesoría guía: FELIX COVA SOLAR

Código _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN GRUPO FOCAL CON UNIVERSITARIOS

Invito a Ud. a participar del estudio "Creencias de universitarios en torno a la alimentación saludable". El objetivo de este estudio es identificar las creencias de los estudiantes de la Universidad de Concepción respecto a la alimentación saludable y su implementación.

Esta investigación implica conversar de manera confidencial en un grupo de estudiantes para exponer los puntos de vista de cada participante en torno a la alimentación saludable y su implementación. La reunión será en Orompello 165 el día _____ a las _____ horas, Departamento de Nutrición de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Concepción, y durará aproximadamente 40 minutos.

Esta investigación será de relevancia a fin de comprender en profundidad los motivos por los cuales los universitarios no tienen una dieta saludable y así diseñar estrategias educativas dentro de la universidad que permitan mejorar sus hábitos alimentarios.

No se identifican riesgos asociados a esta investigación.

Si Ud. lo desea puede pedir los resultados de este trabajo a Julieta Sánchez Bizama, responsable de esta investigación, al mail julisanchez@udec.cl.



[Handwritten signature]

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar en el estudio descrito, entendiendo que éste cumple las características que han sido señaladas anteriormente y sobre la base de las siguientes condiciones:

Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por Julieta Sánchez, Rut 13625770-6. Teléfonos: 2201680, correo electrónico julisanchez@udec.cl.

Para cualquier duda, queja o inquietud que no me haya sido satisfactoriamente resuelta por el investigador responsable me podré dirigir a Gabriela Nazar, Presidente del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción. Teléfono: (41) 2203950, correo electrónico gnazar@udec.cl.

He entendido que podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique.

He entendido que no hay efectos negativos o riesgos identificables en esta investigación.

He entendido que los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y estos datos personales permanecerán en forma confidencial.

Mi consentimiento está dado libre y voluntariamente sin que haya sido forzada (o) u obligada (o).

Yo, _____
comprendo y acepto la información que se entregó anteriormente, declaro conocer los objetivos del estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

Fecha: ____/____/____

En atención a estas consideraciones, libremente marque la que corresponda.

Yo ACEPTO participar en este estudio ☐

Yo NO ACEPTO participar en este estudio ☐

Firma
Investigadora Responsable

Firma
Participante

Firma
Persona responsable del Centro o institución (nombre y cargo)/
Ministro de Fe



[Handwritten signature]