

Asociación entre autorregulación alimentaria, dieta, estado nutricional y bienestar subjetivo en adultos en Chile

Association between diet, eating self-regulation, nutritional status and subjective well-being of adults in Chile.

María Francisca Cabezas¹

 0000-0003-4690-7612

mariafcabezas@udec.cl

Gabriela Nazar²

 0000-0002-6410-6838

gnazar@udec.cl

¹ Universidad de Concepción, Departamento de Psicología, Concepción, Chile.

² Universidad de Concepción, Departamento de Psicología, Centro de Vida Saludable, Concepción, Chile.

Resumen:

Antecedentes: La prevalencia de obesidad de la población mundial hace necesario profundizar en sus determinantes conductuales y cognitivos motivacionales. La autorregulación alimentaria emerge como un recurso individual que favorece mantener una dieta y estado nutricional saludable, lo que a su vez incidirá en la experiencia de bienestar de la población. **Objetivo:** Establecer la asociación entre autorregulación alimentaria, dieta, estado nutricional y bienestar subjetivo en adultos. **Método:** estudio descriptivo correlacional, en una muestra no probabilística de 528 adultos chilenos quienes respondieron un cuestionario sobre antecedentes sociodemográficos y de salud, cumplimiento de recomendaciones alimentarias y escalas de autorregulación alimentaria y bienestar subjetivo. Se realizó análisis descriptivo, correlación y regresión multivariada. **Resultados:** Adultos normopeso presentaron mejores índices en todas las variables estudiadas. La autorregulación alimentaria predijo el cumplimiento de recomendaciones nutricionales ($\beta=0,085$, Wald = 48,501, $p<0,001$) y el estado nutricional ($\beta=-0,05$, Wald = 16,02, $p<0,001$). El cumplimiento de recomendaciones nutricionales ($\beta=0,206$, $p<0,001$) y el IMC ($\beta=-0,142$, $p=0,001$) predijeron el bienestar. **Conclusiones:** En un contexto obesogénico, la autorregulación alimentaria emerge como un recurso clave que influye positivamente no solo en una dieta y estado nutricional saludable, sino que también en el bienestar.

Palabras clave: obesidad; autorregulación alimentaria; dieta; bienestar.

Abstract:

Background: The prevalence of obesity in the world population makes it necessary to explore into its behavioral and cognitive motivational determinants. Eating self-regulation emerges as an individual resource that favors maintaining a healthy diet and nutritional status, which in turn will affect the well-being of the population. **Objective:** To establish the association between eating self-regulation, diet, nutritional status and subjective well-being in adults. **Method:** descriptive correlational study, in a non-probabilistic sample of 528 Chilean adults who answered a questionnaire on sociodemographic and health history, compliance with dietary recommendations and scales of food self-regulation and subjective well-being. Descriptive analysis, correlation and multivariate regression were carried out. **Results:** Normal weight adults presented better indices in all the variables studied. Eating self-regulation predicted compliance with nutritional recommendations ($\beta=0.085$, Wald = 48.501, $p<0.001$) and nutritional status ($\beta=-0.05$, Wald = 16.02, $p<0.001$). Compliance with nutritional recommendations ($\beta=0.206$, $p<0.001$) and BMI ($\beta=-0.142$, $p=0.001$) predicted well-being. **Conclusions:** In an obesogenic context, eating self-regulation appears as a key resource that positively influences not only a healthy diet and nutritional status, but also subjective well-being.

Keywords: obesity; self-regulation eating; diet; well-being.

Recibido: 24 de octubre de 2021 - Aceptado: 24 de enero de 2022

Editado por: Alfonso Urzúa, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile.
Revisado por: Nelson Hun, Universidad Santo Tomás.
Irma Morales, Universidad de Guadalajara.



© 2022, Terapia Psicológica

Introducción

El sobrepeso y la obesidad entre los adultos mayores de 18 años alcanzan niveles récords, con cifras que indican que el 52% de la población mundial posee malnutrición por exceso (Balhareth et al., 2019). Lo anterior, ha derivado en crecientes esfuerzos a nivel global y local para controlar esta condición, con parte importante de esos esfuerzos orientados a promover una ingesta y conducta alimentaria saludable (Balhareth et al., 2019, Jaacks et al., 2019, MINSAL, 2017).

En Chile, la última Encuesta Nacional de Salud indica que el 39,8% de los chilenos presenta sobrepeso y el 31,2%, obesidad (MINSAL, 2017). Estos resultados sitúan a nuestro país en la primera posición del ranking de obesidad en Latinoamérica (Margozzini & Passi, 2018), lo que se encuentra asociado, entre otros aspectos, a la inadecuada calidad de la dieta y hábitos alimentarios. Al respecto, solo un 28,7% de la población consume pescados y mariscos una vez a la semana y solo un 15% de la población de 30 a 64 años consume al menos 5 porciones de frutas y verduras al día (MINSAL, 2017).

Una de las propuestas explicativas, tanto en la mantención de conductas de salud como en su modificación, es la autorregulación (Bandura, 1991; Vohs & Baumeister, 2016), entendida como los esfuerzos que realizan las personas por invertir recursos cognitivos, emocionales y de comportamiento para lograr un objetivo o resultado deseado. La autorregulación supone conductas como establecer y priorizar objetivos, postergar la gratificación inmediata en favor de metas a largo plazo, monitorear avances, superar barreras que limiten el logro de objetivos, implementar acciones correctivas, entre otras (Blankers, 2008; Ridder & Wit, 2003; Vohs & Baumeister, 2016). La autorregulación es considerada clave para desarrollar y mantener hábitos saludables, al poner énfasis en la manera en que las personas pueden corregir y supervisar sus conductas, desarrollando habilidades de automotivación, autodirección y autoevaluación.

La autorregulación (AR) se plantea entonces como un recurso central para el control de la conducta dirigida a un fin y puede ser aplicada a diversas conductas relacionadas con la salud, entre ellas la conducta alimentaria (Reed et al., 2016). La autorregulación alimentaria (ARA) se refiere a ciertos procesos internos, automatizados o deliberados, que dirigen la conducta alimentaria, y que, al igual que cualquier estrategia autorregulatoria, implica la observación repetida de las propias conductas, el establecimiento de metas, su monitoreo e implementación de acciones correctivas, así como mantener una actitud automotivada (Bandura, 1991; Reed et al., 2016).

Existen antecedentes de que adoptar y mantener una dieta saludable implica autorregulación, particularmente para tomar decisiones adecuadas en un contexto donde existe una amplia disponibilidad de alimentos palatables (Ahn & Kwon, 2016). Asimismo, la evidencia empírica ha demostrado que la ARA es una estrategia efectiva y viable en la prevención y en el tratamiento de la obesidad (Annesi et al., 2015). Al respecto, se han reportado valores más bajos de autorregulación en mujeres con obesidad en comparación con quienes reportan un

estado nutricional normal (Campos-Uscanga et al., 2016, Campos-Uscanga et al., 2017). De igual forma, las personas con obesidad que mejoran su ARA poseen buen pronóstico para la pérdida del exceso de peso corporal (Annesi et al., 2015; Halberstadt et al., 2017).

Otros antecedentes confirman la asociación entre ARA, dieta y estado nutricional. Por ejemplo, una revisión sistemática sobre el cambio conductual en intervenciones con pacientes con obesidad (Teixeira et al., 2015), encontró que la ARA es el predictor más consistente del control de peso a corto y largo plazo, asociado también a dietas de buena calidad, prácticas alimentarias saludables (consumo de frutas/verduras) y reducción de conductas alimentarias no saludables (consumo de dulces).

Los resultados anteriores revelan la importancia de la ARA en los procesos de cambio en los hábitos de alimentación (Annesi, 2019; Reed et al., 2016). No obstante, en el conocimiento actual de la ARA aún es limitada la comprensión de su asociación con la dieta y conducta alimentaria, y en la prevención de la obesidad (Annesi & Tennant, 2013; Campos-Uscanga et al., 2017).

La calidad de la dieta repercute no solo en el estado nutricional sino también en el bienestar de las personas. Se entiende por bienestar subjetivo a la evaluación global que realiza el individuo de las situaciones tanto placenteras como las que no lo son, y que incluye un componente cognitivo, la satisfacción con la vida, ya sea de manera global o por dominios específicos; y un componente afectivo, referido a la presencia de sentimientos positivos, al que se ha denominado felicidad (Diener & Suh, 2003).

Existe evidencia de que una alimentación saludable, no solo reduce los índices de obesidad y disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, sino que impacta positivamente en la salud psicológica, particularmente en el bienestar y calidad de vida, estando asociada a un estado de ánimo positivo, mayor energía y menor estrés en personas sanas (Strahler & Nater, 2018). Al respecto, la adherencia a la dieta mediterránea se ha asociado a con mejor calidad de vida percibida (Godos et al 2019) y con salud mental más que salud física (Bonaccio et al., 2013). Por el contrario, dietas de mala calidad se han asociado a menores índices de bienestar y calidad de vida relacionada con la salud en personas con malnutrición por exceso (Carr & Friedman, 2006; Kolotkin & Andersen, 2017). Otros estudios, han asociado calidad de dieta a menor riesgo de trastornos de salud mental (Lassale et al., 2019), incluso en población chilena de grupos etarios específicos (Lanuza et al., 2021), así como a riesgo de disfunciones psicológicas asociadas al exceso de peso corporal (Rand et al., 2017) entre ellas depresión (Gregorio et al., 2017; Lanuza et al, 2021; Luppino et al., 2010). No obstante lo anterior, algunos estudios no han observado asociación entre dieta y bienestar (Crichton et al., 2013) ni entre dieta e indicadores de salud mental como sintomatología depresiva en adultos sanos (Gougeon et al., 2015) por lo aún no es posible establecer relaciones concluyentes entre el tipo y cantidad de alimentos consumidos y la salud psicológica en general.

Desde el punto de vista aplicado, comprender el rol de los recursos psicológicos, como la autorregulación alimentaria en la dieta contribuirá a identificar elementos facilitadores del cambio conductual, y, subsecuentemente la interacción entre estos recursos y la salud psicológica permitirá una comprensión más amplia de un problema complejo y multideterminado. A partir de lo anterior, este estudio se propuso explorar la asociación entre la autorregulación alimentaria, dieta, estado nutricional y el bienestar de adultos en Chile.

Método

Estudio con un diseño descriptivo correlacional, de carácter transversal. Los criterios de inclusión para participar fueron: a) tener entre 18 y 60 años y b) ser chileno/a residente en Chile. Para el cálculo del tamaño muestral, se consideró criterios para muestras infinitas lo que arrojó un mínimo de 384 participantes. La muestra fue no probabilística, se recibieron 636 respuestas, de ellas 25 no cumplieron con los criterios de inclusión por lo que fueron excluidas, lo mismo con los instrumentos con más de 10% de preguntas sin responder. La muestra finalmente quedó conformada por 528 participantes ($X=32$ años; 58,7% mujeres). El 43,4% informó estudios universitarios, el 50,4%, indicó tener una ocupación de trabajador/a y la procedencia geográfica fue mayoritariamente de la Región del Biobío (92,1%).

En la tabla 1 se presenta una caracterización sociodemográfica y de salud de los participantes.

Se consultó por variables sociodemográficas y antecedentes de salud a través de un cuestionario que incluyó preguntas sobre edad, sexo, nivel educacional y socioeconómico, diagnóstico médico de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), de trastorno de la conducta alimentaria, alergias alimentarias, cáncer y embarazo actual.

La evaluación de la dieta se realizó a partir de nueve preguntas extraídas de la *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Módulo XII Dieta*, destinado a evaluar la salud y los hábitos de vida de población general de Chile, diseñado por el MINSAL (2016) en colaboración el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se evaluó el grado de cumplimiento de 5 recomendaciones nutricionales: consumo de a) agua, b) frutas y verduras, c) pescado, d) legumbres y e) lácteos bajos en grasas. Se consideró una alimentación saludable: a) ingesta de 6 vasos o más de agua al día, b) consumo de 5 porciones de frutas y verduras al día; c) consumo de pescado 2 veces a la semana; d) consumo de legumbres 2 veces por semana y e) consumo de 3 porciones de lácteos al día (Troncoso-Pantoja et al., 2020).

Para la evaluación de la Autorregulación Alimentaria se utilizó la escala de Autorregulación de Hábitos Alimentarios de Campos-Uscanga et al. (2015) de 14 ítems que evalúan autorregulación en tres dominios: autoobservación (4 ítems, ejemplo: *“pongo mucha atención a la forma en que me alimento”*), autoevaluación (cuatro ítems, ejemplo: *“comparo la forma en que me alimento, con los estándares ideales”*) y autorreacción (seis ítems, ejemplo: *“cuando fallo en mis planes de alimentación, busco alternativas para mejorar”*), con una escala Likert

Tabla 1. Antecedentes sociodemográficos y salud de la muestra (n=528)

	Femenino		Masculino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Edad	310	M=31,1	217	M=33,8		
Estudios						
Ed. básica completa	3	0,6	0	0,0	3	0,6
Ed. media completa	142	26,9	33	6,3	176	33,3
Ed. técnico profesional completa	30	5,7	66	12,5	96	18,2
Educación universitaria completa	117	22,2	112	21,2	229	43,4
Otro	18	3,4	6	1,1	24	4,5
Ocupación						
Estudiante	119	22,5	27	5,1	146	27,7
Trabajador/a	107	20,3	158	29,9	266	50,4
Dueño/a de casa	33	6,3	2	0,4	35	6,6
Estudia y trabaja	29	5,5	12	2,3	41	7,8
No estudia ni trabaja	17	3,2	12	2,3	29	5,5
Otro	5	0,9	6	1,1	11	2,1
Persona con la cual comparte vivienda						
Vive solo/a	14	2,4	19	3,6	33	6,3
Pareja, hijos y familia	145	27,5	157	29,7	302	57,2
Amigos	15	2,8	1	0,2	13	3,0
Otro	136	25,8	40	7,6	177	33,5
Presencia de diagnóstico médico de:	<i>N</i>	%				
Hipertensión	14	2,7				
Diabetes mellitus I y II	7	1,3				
Dislipidemia	9	1,7				
TCA	4	0,8				
Alergia alimentaria	13	2,5				
Cáncer	1	0,2				
Otro	47	8,9				
No tengo	443	83,9				

Nota.
TCA: trastorno de la conducta alimentaria
M: media sumatoria

con cinco opciones de respuesta desde “nunca” a “siempre”. La calificación total de la escala tiene entre 14 y 70 puntos. La estructura factorial evaluada en este estudio, utilizando el estimador diagonal mínimos cuadrados ponderados (DWLS), presentó índices de ajuste aceptables: CFI=0,976, TLI=0,971, SRMR=0,047 y RMSEA=0,109 (0,1 - 0,118).

El estado nutricional se determinó a través del Índice de Masa Corporal (IMC) a partir del auto-reporte del peso actual en kilogramos (kg) y la talla en centímetros (m), con la fórmula kg/m^2 . Estudios que han evaluado la precisión del auto-reporte del IMC y la percepción de la imagen corporal señalan que el IMC es un estimador válido del peso corporal, pudiendo utilizarse en estudios epidemiológicos (Osuna-Ramírez et al., 2006). El cálculo del IMC se agrupó en las siguientes categorías: Bajo peso: $\text{IMC} \leq 18,5$; Peso Normal: $\text{IMC} = 18,5 - 24$; Sobrepeso: $\text{IMC} = 25 - 29,9$; Obesidad: $\text{IMC} = 30 - 39,9$; Obesidad mórbida: $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$. Para efectos de este estudio se realizó una reagrupación en dos grupos: a) Normo-peso: $\text{IMC} = 18,5 - 24,9$ y b) Exceso de peso: $\text{IMC} = \geq 25$. No se consideraron los datos de los participantes bajo peso debido a que representan a porcentaje menor de la población chilena, equivalente al 1,3% (MINSAL, 2017) y a 0,6% en este estudio.

Para la evaluación de Bienestar Subjetivo se empleó la Escala de Bienestar Recordado del *The Pemberton Happiness Index* (Hervás & Vázquez, 2013), compuesta por 11 ítems que evalúan bienestar general, eudaimónico, hedónico y social y que emplean una escala de respuesta de 0 a 10. En España, se obtuvo un valor de $\alpha = ,91$ con un 56,08% de la varianza explicada. En el presente estudio, la estructura factorial compuesta por una dimensión, fue evaluada con el estimador de máxima verosimilitud robusto (MLR). El modelo presentó índices de ajuste aceptables, CFI = 0,968, TLI = 0,960, SRMR = 0,026 y RMSEA = 0,065 (0,054 - 0,078) (Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y diferencias según sexo en autorregulación alimentaria y bienestar subjetivo.

Variable	Mujer				Hombre				Prueba t para igualdad de medias			
	Min	Max	M	DE	Min	Max	M	DE	t	Sig. bilateral	Dif. media	Dif. error estándar
ARA	19	70	45,62	11,73	18	70	39,83	9,96	6,15	,000	5,75	,96
AO	7	20	14,31	3,94	5	20	12,76	3,56	4,94	,000	1,62	,32
AE	5	20	12,62	3,05	4	20	10,68	2,63	8,03	,000	2,02	,25
ARR	6	30	18,53	6,33	6	30	16,46	4,74	4,32	,000	2,10	,48
BIE	23	121	88	21,43	42	121	80	25,62	3,93	,000	8,34	2,12

Nota: En negrita los promedios superiores a la media de la escala respectiva
 ARA= autorregulación alimentaria
 AO= autoobservación
 AE= autoevaluación
 ARR= autorreacción
 BIE= bienestar subjetivo

Se realizaron entrevistas cognitivas (Willis, 2005) con adultos chilenos ($n=15$), a fin de asegurar la comprensión semántica de los ítems de cada escala, establecer la deseabilidad social y evaluar la adecuación de las opciones de respuesta de los instrumentos, velando en todo momento por mantener el nivel de equivalencia lingüística, cultural, conceptual y métrica de cada instrumento. La convocatoria a participar se realizó de manera directa y en-línea por medio de la plataforma *Survey-Monkey*, entre junio y octubre de 2020. La aplicación de los instrumentos tuvo un carácter auto-administrado y el tiempo aproximado de respuesta fue de

30 minutos. El proyecto recibió la certificación del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Concepción y todos los participantes confirmaron su colaboración a través de un consentimiento informado.

Se determinaron las propiedades psicométricas de las escalas y se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio. Para las medidas de asociación se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, medidas de comparación de grupos y análisis de regresión multivariado, de tipo lineal y logístico. El nivel de significancia fue definido como $p < ,05$. Todos los análisis fueron ajustados con variables de confusión, incluyendo variables sociodemográficas, sin encontrar diferencias entre los resultados. El procesamiento de datos fue asistido con programa SPSS 23 y R-Studio.

Resultados

Caracterización dieta y estado nutricional

En relación con dieta, entendida como cumplimiento de recomendaciones nutricionales, se realizó una agrupación según el grado de cumplimiento de las recomendaciones establecidas, con resultados que indican que el porcentaje de participantes que cumple 0 recomendación: 18,6% (n=98), cumple 1 recomendación: 37,3% (n=197), cumple 2 recomendaciones: 23,1% (n=122) y cumple 3 o más recomendaciones: 21,9% (n=111), estableciendo a este último como grupo de referencia. Las recomendaciones con el menor grado de cumplimiento fueron consumo de agua (17%), pescado (17,6%), frutas y verduras (18,5%) y lácteos (21,6%). Se observó mayor cumplimiento en la recomendación de consumo de legumbres (48,7%). Al consultar por el consumo de frutas y verduras por separado, se observó que el 16,1% cumple con las recomendaciones de consumo de verduras y el 36,9% cumple con las recomendaciones de consumo de frutas.

De acuerdo a la categoría de estado nutricional según IMC, el 46,6% de los adultos fue clasificado como normopeso, el 33,9% con sobrepeso, 18,6% presentó obesidad, 0,4% obesidad mórbida y 0,6% bajo peso. La agrupación de personas con sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida indicó 52,6% de participantes con malnutrición por exceso. El 83,9% de los participantes indicó no tener ECNT y de la proporción restante, el 2,7% señaló estar diagnosticado con hipertensión, 1,3% diabetes y 1,7% dislipidemia.

Asociación ARA, bienestar y cumplimiento de recomendaciones nutricionales

La Tabla 2 presenta los resultados descriptivos de las escalas de ARA y bienestar recordado. Ambas presentaron promedios superiores a la media de la escala respectiva. En la comparación entre grupos se encontró diferencias significativas según sexo en ARA ($t = 6,15$, $p < 0,01$) y en bienestar ($t = 3,39$, $p < 0,01$), en ambos casos, con puntuaciones superiores en mujeres que en hombres.

En el análisis de correlación se utilizó el Coeficiente de Spearman (ρ) para variables cuantitativas con una o dos ordinales, para calcular la correlación entre el índice de cumplimiento de recomendaciones nutricionales (ordinal) con las demás variables. Se encontraron asociaciones positivas entre cumplimiento de recomendaciones nutricionales y ARA ($\rho = 0,466^* p < 0,01$) y bienestar ($\rho = 0,355^{**} p < 0,01$) y relación negativa entre cumplimiento de recomendaciones nutricionales e IMC ($\rho = -0,148^{**} p < 0,01$) (Tabla 3).

Se encontró una relación positiva moderada entre ARA y bienestar ($r = 0,567, p < 0,01$) y una relación negativa baja entre ARA e IMC ($r = -0,230, p < 0,01$). El bienestar se correlacionó de manera negativa y débil con IMC ($r = -0,176, p < 0,01$). Dado que el IMC es considerado como variable continua y no se consideraron las personas bajo peso, a mayor exceso de peso corporal, menor ARA y bienestar (Tabla 3). Asimismo, se calculó el coeficiente de correlación biserial, haciendo referencia a la correlación existente entre dos variables, de las cuales una ha sido considerada cuantitativa y la otra resulta ser una variable cuantitativa con dicotomía artificial (Palmer et al., 2000). En este caso, el estado nutricional compuesto por dos categorías (0: normopeso y 1: malnutrición por exceso). Se encontró una relación biserial inversa y significativa con ARA ($r = -0,176, p < 0,05$) y bienestar ($r = -0,141, p < 0,01$). Es decir, el estado nutricional de malnutrición por exceso, se asoció a menor autorregulación alimentaria y menor bienestar (Tabla 3).

Tabla 3. Matriz de correlaciones y coeficiente de Spearman entre Índice de cumplimiento de recomendaciones nutricionales, autorregulación alimentaria, IMC y bienestar.

	1	2	3
<i>Coeficiente de correlación</i>			
1. ARA	-	0,567**	-0,230**
2. BIE		-	-0,176**
3. IMC			-
4. Estado nutricional **	-0,176**	-0,141**	-
<i>Coeficiente de Spearman</i>			
Índice cumplimiento de recomendaciones nutricionales	0,466**	0,355**	-0,148**
<i>Nota.</i>			
N= 528, * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$,			
ARA= autorregulación alimentaria			
BIE= bienestar subjetivo			
IMC: índice de masa corporal considerado como variable continua.			
**Estado Nutricional como variable categórica (0: normopeso 1: malnutrición por exceso)			

ARA, cumplimiento de recomendaciones nutricionales y bienestar según estado nutricional

Los adultos normopeso presentaron mayor cumplimiento de recomendaciones nutricionales, en comparación con personas con exceso de peso, es decir, a medida que disminuyó el IMC, aumentó el número de recomendaciones cumplidas. La prueba anova de un factor que consideró el cumplimiento de recomendaciones nutricionales como variable categórica (personas que cumplen 0 recomendación; 1 recomendación; 2 recomendaciones y 3 o más recomendaciones) arrojó diferencias estadísticamente significativas entre participantes que cumplieron 0 y 2 recomendaciones ($p = 0,01$) ($F = 3,620$, $p = 0,01$) (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de varianza y cumplimiento de recomendaciones alimentarias según categoría estado nutricional e IMC.

		Cumplimiento de recomendaciones alimentarias			
		Cumple 0	Cumple 1	Cumple 2	Cumple 3 o más
Normopeso		27 (11,0%)	100 (40,7%)	63 (25,6%)	56 (22,8%)
Exceso de peso		71 (25,4%)	96 (34,4%)	56 (20,4%)	54 (19,7%)
IMC (M)		27,0 kg/m ²	26,3 kg/m ²	25,5 kg/m ²	25,4 kg/m ²

Análisis de Varianza IMC y recomendaciones alimentarias					
			Dif medias	Dev. error	Sig.
IMC	Cumple 0 (n=98)	Cumple 1	,69	,52	,53
		Cumple 2	1,66*	,57	,02
		Cumple 3 o más	1,46	,58	,05
Cumple 1 (n=197)	Cumple 0	-,69	,52	,53	
	Cumple 2	,96	,48	,19	
	Cumple 3 o más	,77	,49	,41	
Cumple 2 (n=122)	Cumple 0	-1,66*	,57	,02	
	Cumple 1	-,96	,48	,19	
	Cumple 3 o más	-,19	,55	,98	
Cumple 3 o más (n=111)	Cumple 0	-1,46	,58	,05	
	Cumple 1	-,77	,49	,41	
	Cumple 2	,191	,55	,98	

Nota.
N = 528, * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$
IMC: índice de masa corporal
M= media sumatoria

Al comparar grupos normopeso y exceso de peso en ARA y bienestar se encontró que el grupo normopeso presentó mayores niveles de ARA y bienestar que el grupo con malnutrición por exceso. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones de ARA: autoobservación, autoevaluación y autorreacción, entre ambos grupos.

Tabla 5. Autorregulación alimentaria y bienestar subjetivo en grupos normopeso y con malnutrición por exceso.

Autorregulación alimentaria y bienestar subjetivo según estado nutricional (n=528)										
	Normopeso		Malnutrición		Total		t	Prueba t para igualdad de medias		
	M	DE	M	DE	M	DE		Sig. (bilateral)	Diferencias de media	Diferencias error estándar
ARA	45,40	11,49	41,44	10,63	43,26	11,22	4,09	,000	3,95	,96
BIE	87,82	21,50	81,18	24,77	84,25	23,55	3,28	,001	6,59	2,02

Nota:
ARA: Autorregulación alimentaria
BIE: Bienestar subjetivo

Análisis de regresión logística y lineal para cumplimiento de recomendaciones nutricionales, estado nutricional y bienestar

Se realizó una regresión logística considerando como variable dependiente la categoría estado nutricional (1: malnutrición por exceso; 0: normopeso) y como variable independiente, la ARA. Se observó que ARA predijo de manera inversa la malnutrición por exceso ($\beta = -0,052$, Wald=16,02, $p < ,001$). Para evaluar el buen ajuste de los modelos, se consideraron valores menores a ,05-,08 en la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA) y un intervalo de confianza (IC) al 95 % entre ,05 y ,08; el índice de ajuste comparativo (CFI) y índice de Tucker-Lewis (TLI) con valores superiores a ,95 (Tabla 6).

A partir del análisis de regresión logística se observó que ARA predijo de manera directa el cumplimiento de recomendaciones nutricionales ($\beta = 0,085$, Wald = 48,501, $p < ,001$) y de manera inversa la malnutrición por exceso ($\beta = -0,052$, Wald = 16,02 $p < ,001$) (Tabla 6).

Finalmente, se realizó una regresión lineal múltiple con bienestar como variable dependiente y el cumplimiento de recomendaciones nutricionales y el IMC como variable independiente. El modelo resultó ser estadísticamente significativo ($F(2,52) = 17,34$, $p < 0,001$) y logró explicar el 5,9% de la variabilidad del bienestar. La variable que presentó un mayor peso fue el cumplimiento de recomendaciones nutricionales ($\beta = 0,206$, $p < ,001$) seguida del IMC ($\beta = -0,142$, $p = ,001$). Los coeficientes indicaron que cumplir 3 o más recomendaciones tiene un efecto positivo en el bienestar y que la malnutrición por exceso se asocia a nivel más bajo de bienestar.

Tabla 6. Coeficientes de regresión lineal y logística para autorregulación alimentaria, IMC y bienestar subjetivo.

Coeficientes del Modelo Regresión Logística y Lineal								
<i>Coeficientes de malnutrición por exceso</i>								
Variables	β	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inf	Sup
Constante	1,208	,392	9,48	1	,002	3,348		
ARA	-,052	,013	16,02	1	,000	,950	,926	,974
* $R^2 = 0,051$ Hosmer & Lemeshow $X^2(8) = 72,859$, $p < 0,001$								
<i>Coeficientes de cumplimiento recomendaciones nutricionales</i>								
Variables	β	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inf	Sup
Constante	-5,727	,624	84,254	1	,000	,003		
ARA	0,085	,012	48,501	1	,000	1,088	1,063	1,115
* $R^2 = 0,179$ Hosmer & Lemeshow $X^2(7) = 8,605$, $p = 0,282$								
<i>Coeficientes de bienestar</i>								
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		t	Sig.		
	β	Error típ.	Beta					
(Constante)	85,830	1,511			56,799	,000		
Recomendaciones nutricionales	13,607	2,799	0,206		4,861	,000		
**IMC	-6,692	1,995	-0,142		-3,354	,001		
, $R^2 = 5,9$ $F(2,52) = 17,34$, $p < 0,001$								
Nota:								
ARA: autorregulación alimentaria								
* = regresión logística binaria								
** = regresión lineal								

Discusión

Los resultados de este estudio dan cuenta de la asociación entre dieta, autorregulación alimentaria, estado nutricional y bienestar en adultos chilenos. Un poco más del 50% de los participantes presentó malnutrición por exceso según IMC, cifra inferior al panorama nacional, considerando que la última Encuesta Nacional de Salud en Chile (2017), reportó sólo un 27,6% de personas con estado nutricional normal. Estas discrepancias podrían explicarse por las diferencias entre las muestras estudiadas, específicamente el nivel educacional más alto, menor edad de los participantes y autorreporte de peso y talla de este estudio. Los resultados encontrados mantienen a la obesidad como un serio problema de salud pública, con elevados costos sociales, económicos y sanitarios asociados a su prevención y tratamiento.

Se encontró un bajo grado de cumplimiento de las 5 recomendaciones de alimentación estudiadas, con 18,6% de los participantes que no cumplía con ninguna de las recomendaciones.

Se evidenció un consumo de agua, pescado, frutas/verduras y lácteos, inferior a lo recomendado, todos hallazgos que coinciden con otras encuestas chilenas como la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (2014) y estudios internacionales (Gille et al., 2016; Hosseini et al., 2015) que informan consistentemente de la mala calidad de la dieta de la población. De acuerdo a lo esperado, se encontró que personas con menor nivel de cumplimiento de las recomendaciones nutricionales mostraron mayor IMC. Un estudio chileno reciente que analizó el cumplimiento de las guías alimentarias chilenas a partir de los resultados de la ENS 2016-2017, y su asociación con indicadores antropométricos, encontró que el grupo con mayor cumplimiento de recomendaciones nutricionales presentó un menor promedio de peso corporal que el grupo con menor nivel cumplimiento (Troncoso-Pantoja et al., 2020).

Los resultados mostraron que ARA se relacionó con una dieta más saludable y menor IMC. Adultos normopeso presentaron mayor ARA que personas con malnutrición por exceso, y se confirmó el modelo en el que ARA predijo el cumplimiento de recomendaciones nutricionales y un peso corporal más saludable. La asociación entre ARA y dieta ha sido planteada en diversos estudios (Johnson et al., 2012; Spring et al., 2021) lo mismo que su asociación con el control de peso corporal (Balani et al., 2019; Teixeira et al., 2015). Al respecto, participantes en una intervención que combinó información y entrenamiento en autorregulación, mantuvieron su incremento en el consumo de frutas y verduras a los dos años, efecto que no se mantuvo en quienes solo recibieron el componente de información de la intervención (Stadler et al., 2010). En un estudio longitudinal con más de 2000 participantes de población general, el autocontrol se asoció a mejor calidad de la dieta y menor IMC (Keller et al., 2016); en otros estudios, la capacidad de planificación y monitoreo de la ingesta se asoció a menor consumo de alimentos azucarados (Naughton et al., 2015) y la autorregulación se relacionó con menor consumo de bebidas de fantasía (Ling & Zahry, 2021). En la misma línea, mayores habilidades de ARA se han relacionado con menos cambios de peso corporal (Campos-Uscanga et al., 2017) y menor probabilidad de aumentar el 5% del peso corporal inicial a los 6 meses finalizado un programa de intervención para la reducción de peso (Annesi, 2019). Así también, se ha planteado la transferencia desde las habilidades para la autorregulación de la actividad física a la de ARA (Annesi, 2019), lo que entregaría indicios sobre su relevancia para prevención y el manejo del exceso de peso corporal.

Estos hallazgos refuerzan que ARA sería clave en la promoción de estilos de vida saludables, y que conductas como establecer metas de alimentación, gestionar y seleccionar los alimentos, planificar y anticiparse a distractores, además de autoobservar y evaluar la propia conducta alimentaria, procurando mantener una constante motivación, serían recursos que, en un contexto obesogénico, con amplia disponibilidad de alimentos, ayudarían a hacer elecciones saludables y mantener un adecuado peso corporal. La autorregulación implica movilizar recursos, de modo que distintas funciones cognitivas y afectivas interactúan de manera sinérgica para el logro de un objetivo, en este caso, lograr una dieta y peso saludables.

El cumplimiento de las recomendaciones alimentarias y el estado nutricional predijeron el bienestar, lo que concuerda con lo planteado en otros estudios (Hosker et al., 2019; Mannan et al., 2016). Entre las propuestas explicativas de esta asociación, está la presencia de vías meta-

bólicas, endocrinas y neurales que conectan el intestino y el cerebro. El trabajo de Strahler y Nater (2018), evaluó el efecto del consumo de alimentos en el bienestar, durante cuatro días consecutivos a través de bio-marcadores de actividad neuroendocrina, y encontró que las comidas altas en grasas saturadas predijeron un menor bienestar, energía, peor estado de ánimo, y mayor tensión y estrés, a diferencia del consumo de agua, que se relacionó con un mejor estado de ánimo. La calidad de la dieta también se ha asociado a trastornos de salud mental. Una revisión sistemática de 21 estudios de carácter longitudinal, 20 reportaron una asociación positiva entre indicadores de dieta saludable y riesgo disminuido de depresión (Lassale et al., 2019). Por ejemplo, las vitaminas B6 y B12 están implicadas en la regulación del eje microbiota-intestino cerebro, donde concentraciones insuficientes de vitaminas del grupo B se relacionan con la presencia de depresión (Skarupski et al., 2010).

Otros estudios se han centrado en la subdimensión hedónica de la alimentación. Por ejemplo, Zaragoza-Martí et al. (2018) utilizando una muestra de 351 adultos, encontró una relación directa entre seguir una dieta mediterránea y bienestar subjetivo en mujeres. Aunque, esta asociación no fue significativa en hombres, entregaría indicios sobre el rol de la alimentación y satisfacción con la vida desde una perspectiva salutogénica. Un mecanismo explicativo enfatiza en el carácter social de la alimentación, centrándose más el placer de comer que el valor nutritivo de los alimentos, durante una comida los comensales buscarían el placer, el sabor, el gusto de los alimentos y no lo que representan nutricionalmente (Andrade et al., 2020; Pano et al., 2020).

En la interacción entre dieta y bienestar también incide el peso corporal y el estado nutricional. Existe evidencia que apoya la asociación entre exceso de peso, bienestar y salud mental, y en particular con trastornos ansiosos y depresivos especialmente en mujeres y personas con obesidad mórbida (Jantaratnotai et al., 2017). Otros hallazgos confirman la co-ocurrencia de la malnutrición por exceso y trastornos afectivos (Romain et al., 2018), con asociaciones que apuntan al efecto de la dieta y peso corporal sobre el bienestar y la salud mental, pero también con evidencia que indica que la elección de alimentos, su ingesta, así como la conducta alimentaria en general, están condicionadas por factores afectivos, entre ellos la experiencia emocional reciente y de más largo plazo (Adriaanse et al., 2011; van Strien et al., 2007) lo que sugiere una relación bidireccional entre alimentación, estado nutricional y bienestar (Cameron et al., 2012).

Relacionado a lo anterior, no es posible desconocer el rol social de la alimentación y como tal, su influencia directa en el bienestar subjetivo. Un estudio cualitativo en estudiantes universitarios, estableció tres aspectos importantes vinculados al acto de comer: la satisfacción de necesidades básicas, el placer hedónico y el contacto social (Coria et al., 2014), lo que da cuenta que el compartir las comidas con otros y el estímulo a la interacción social que genera la comida, se convertiría también en un aspecto relevante de socialización y bienestar. Al respecto, Yiengprugsawan et al. (2015) establecieron la asociación entre comer solo, mala salud percibida e infelicidad, concluyendo que compartir comidas podría contribuir a mejorar la felicidad de las personas. Si bien, nuestro estudio no puede informar acerca de la relación entre el contexto de la alimentación y el bienestar, lo anterior sugiere que, en el bien-

estar, no sólo son importantes los alimentos que consumen, sino también los factores sociales asociados a la experiencia de comer (Cabiedes-Miragaya et al., 2021).

La ARA también podría intervenir en la relación entre alimentación y bienestar, cuya asociación se confirma en este estudio. Es posible suponer que personas que controlan su propia conducta, autorregulan su alimentación y se guían por señales internas tienen mayor sensación de eficacia personal lo que se asocia directamente al bienestar. Adicionalmente, una alimentación saludable da lugar a una percepción positiva del estado de salud, lo que también conduce a una mayor satisfacción vital y quienes califican su salud como buena o muy buena, afirman ser más felices (Carrillo et al., 2021; Fastame, 2021). La asociación entre la salud, satisfacción vital y felicidad, tal como demuestran los datos empíricos disponibles, es prácticamente universal (Bhuiyan, et al., 2017; Cuñado et al., 2012) y es posible suponer una relación bidireccional entre estas variables, en tanto la percepción de bienestar y satisfacción vital también influyen en las conductas de autocuidado de la población, por ejemplo, niveles altos de bienestar subjetivo y afecto positivo se han correlacionado con mayor incidencia de comportamientos saludables, como la actividad física (Kim et al., 2020; Steptoe et al., 2019) y menor riesgo de enfermedades crónicas, cardiovasculares, diabetes y cáncer (Hernández et al., 2018).

El presente estudio no está exento de limitaciones entre ellas están el tipo muestreo que no permitió la heterogeneidad de la muestra y que implicó sobrerrepresentación de mujeres. Por otra parte, el carácter transversal del diseño solo permite establecer medidas de asociación sin establecer causalidad. Finalmente, el uso de auto-reporte está expuesto al sesgo de recuerdo o deseabilidad social, por lo que medidas como peso, talla y dieta deben ser analizadas con cautela.

Los hallazgos permiten comprender el efecto de la autorregulación alimentaria en la dieta y en el estado nutricional y consecuentemente en el bienestar subjetivo. Se confirma el rol de los procesos autorregulatorios, esto es, el comportamiento hacia metas, su monitoreo y la implementación de acciones correctivas, en las conductas de salud. En particular, la autorregulación alimentaria, sería una estrategia efectiva, que moviliza recursos cognitivos y afectivos para mantener una alimentación saludable, y que ambas se relacionan con el bienestar.

Conclusión

Este estudio confirma la asociación entre autorregulación alimentaria, dieta y estado nutricional, y su interacción con bienestar, entendido como una apreciación subjetiva positiva, con componentes afectivos y cognitivos. Cumplir más 3 o más recomendaciones de una alimentación saludable, se asoció de manera positiva con el bienestar, y grupos normopeso mostraron mayor bienestar que personas con sobrepeso. Pendiente está comprender mecanismos explicativos en estas asociaciones. La autorregulación alimentaria se asoció a bienestar, probablemente por su vinculación con autoeficacia y la experiencia de control que ésta supone, lo que debe ser explorado en otros estudios. La autorregulación alimentaria, sería

una estrategia efectiva, que moviliza recursos cognitivos y afectivos para mantener una alimentación y peso saludables.

Referencias

- Ahn, J., Jeon, H., & Kwon, S. (2016). Associations between self-regulation, exercise participation, and adherence intention among Korean university students. *Perceptual and Motor Skills, 123*(1), 324-340. <https://doi.org/10.1177/0031512516659874>
- Adriaanse, M., de Ridder, D., & Evers, C. (2011). Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating? *Psychology and Health, 26*(1), 23-39. <https://doi.org/10.1080/08838169.2011.583838>
- Andrade, V., Jorge, R., García-Conesa, M., Philippou, E., Massaro, M., Chervenkov, M., Ivanova, T., Maksimova, V., Smilkov, K., Gjorgieva, D., Miloseva, L., Ruskovska, T., Eirini, G., Kontogiorgis, C., & Pinto, P. (2020). Mediterranean diet adherence and subjective well-being in a sample of Portuguese adults. *Nutrients, 12*(12), 3837. <https://doi.org/10.3390/12123837>
- Annesi, J. (2019). Change in behavioral exercise program-associated self-regulation enhances self-regulation-induced eating improvements across levels of obesity severity. *Evaluation and Program Planning, 75*, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.evp.2019.05.002>
- Annesi, J., & Tennant, G. (2013). Exercise program-induced mood improvement and improved eating in severely obese adults. *International Quarterly of Community Health Education, 33*(4), 391-402. <https://doi.org/10.2190/IQ.33.4.f>
- Annesi, J., Johnson, P., & Porter, K. (2015). Bi-directional relationship between self-regulation and improved eating: temporal associations with exercise, reduced fatigue, and weight loss. *The Journal of Psychology, 149*(6), 535-553. <https://doi.org/10.1080/00220065.2015.1055553>
- Annesi, J., Porter, K., & Johnson, P. (2015). Carry-over of self-regulation for physical activity to self-regulating eating in women with morbid obesity. *Women & Health, 55*(3), 314-333. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.996727>
- Balani, R., Herrington, H., Bryant, E., Lucas, C., & Kim, S. C. (2019). Nutrition knowledge, attitudes, and self-regulation as predictors of overweight and obesity. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 31*(9), 502-510. <https://doi.org/10.1097/JAA.0000000000000319>
- Balhareth, A., Meertens, R., Kremers, S., & Sleddens, E. (2019). Overweight and obesity among adults in the Gulf States: A systematic literature review of correlates of weight, weight related behaviours, and interventions. *Obesity Reviews, 20*(5), 763-793. <https://doi.org/10.1111/obr.12826>

- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bhuiyan, M., & Szulga, R. (2017). Extreme bounds of subjective well-being: Economic development and micro determinants of life satisfaction. *Applied Economics*, 49(14), 1351-1378. <https://doi.org/10.1080/00036846.2016.1218426>
- Blankers, M. (2008). Self-regulation processes in health psychology. *Psychologie & Gezondheid*, 36(4), 224-234. <https://tinyurl.com/2p8v22m3>
- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Bonanni, A., Costanzo, S., De Lucia, F., Pounis, G., Zito, F., Benedetta M., & Iacoviello, L. (2013). Adherence to a Mediterranean diet is associated with a better health-related quality of life: a possible role of high dietary antioxidant content. *BMJ Open*, 3(8), e003003. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003003>
- Cabiedes-Miragaya, L., Diaz-Mendez, C., & García-Espejo, I. (2021). Well-Being and the Lifestyle Habits of the Spanish Population: The Association between Subjective Well-Being and Eating Habits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1553. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041553>
- Cameron, A., Magliano, D., Dunstan, D., Zimmet, P., Hesketh, K., Peeters, A., & Shaw, J. E. (2012). A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal AusDiab study. *International Journal of Obesity*, 36(2), 295-303. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.103>
- Campos-Uscanga, Y., Morales-Ortiz, A., & Argüelles-Nava, V. (2016). Obesity in Female Students: Ethnicity and Self-regulation as Predicting Factors. *Health Behavior and Policy Review*, 3(4), 315-322. <https://doi.org/10.14485/HBPR.3.4.3>
- Campos-Uscanga, Y., Gutiérrez-Ospina, G., Morales-Romero, J., & Romo-González, T. (2017). Self-regulation of eating and physical activity is lower in obese female college students as compared to their normal weight counterparts. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 311-319. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0338-9>
- Campos-Uscanga, Y., Morales-Romero, J., & Romo-González, T. (2015). Design and validation of a scale to assess self-regulation of eating habits in Mexican university students. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(1), 44-50. <https://tinyurl.com/2mvvpnyh>
- Carr, D., & Friedman, M. A. (2006). Body weight and the quality of interpersonal relationships. *Social Psychology Quarterly*, 69(2), 127-149. <https://doi.org/cbmkgb>
- Carrillo, P., Guillamón, A., Tárraga, P., & García, E. (2021). Percepción de soledad, felicidad y salud, y calidad de la dieta. El rol moderador del estado ponderal. *Nutrición Hospitalaria*, 38(3), 458-463. <https://doi.org/10.20960/nh.03525>

- Crichton, G., Bryan, J., Hodgson, J., & Murphy, K. (2013). Mediterranean diet adherence and self-reported psychological functioning in an Australian sample. *Appetite, 70*, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.088>
- Coria, M, Jara, C., Rivera, N., Calderón, Maldonado, J. & Morales, B. (2014). Bienestar subjetivo y satisfacción con la alimentación en estudiantes universitarios: Un estudio cualitativo. *Summa Psicológica UST, 11*(1), 51-63. <https://doi.org/10.18774/448x.2014.11.144>
- Cuñado, J., & de Gracia, F. (2012). Does education affect happiness? Evidence for Spain. *Social Indicators Research, 108*(1), 185-196. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9874-x>
- Diener, E., & Suh, E. (2003). National Differences in Subjective Well-Being. En E. Diener, D. Kahneman, & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 434-450). Russell Sage Foundation.
- Durá, T., & Castroviejo, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria, 26*(3), 602-608. . <https://doi.org/10.3305/nh.2011.26.3.4891>
- Fastame, M. (2021). Life satisfaction in late adult span: the contribution of family relationships, health self-perception and physical activity. *Aging Clinical and Experimental Research, 33*(6), 1693-1698. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01658-1>
- Fischler, C. (1988). Food, self and identity. *Social Science Information, 27*(2), 275-292. <https://doi.org/10.1177/053901888027002005>
- Gianessi, C. A. (2012). From habits to self-regulation: How do we change? *The Yale Journal of Biology and Medicine, 85*(2), 293. <https://tinyurl.com/2p8arb5m>
- Gille, D., Bütikofer, U., Chollet, M., Schmid, A., Altintzoglou, T., Honkanen, P., Stoffersa, H., Walthera, B., & Piccinali, P. (2016). Nutrition behavior of the middle-aged and elderly: Compliance with dietary recommendations of the food pyramid. *Clinical Nutrition, 35*(3), 638-644. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.04.002>
- Gregório, M. J., Rodrigues, A., Eusébio, M., Sousa, R., Dias, S., André, B., Grønning, K., Coelho, P., Mendes, P., Graça, P., Espnes, G., Branco, J., & Canhão, H. (2017). Dietary patterns characterized by high meat consumption are associated with other unhealthy life styles and depression symptoms. *Frontiers in Nutrition, 4*, 25. <https://doi.org/hmnp>
- Gougeon, L., Payette, H., Morais, J., Gaudreau, P., Shatenstein, B., & Gray-Donald, K. (2015). Dietary patterns and incidence of depression in a cohort of community-dwelling older Canadians. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 19*(4), 431-436. <https://doi.org/gnv7wt>

- Halberstadt, J., de Vet, E., Nederkoorn, C., Jansen, A., van Weelden, O. H., Eekhout, I., Heymans, M., & Seidell, J. C. (2017). The association of self-regulation with weight loss maintenance after an intensive combined lifestyle intervention for children and adolescents with severe obesity. *BMC Obesity*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/hmnq>
- Hernandez, R., Bassett, S., Boughton, S., Schuette, S., Shiu, E., & Moskowitz, J. (2018). Psychological well-being and physical health: Associations, mechanisms, and future directions. *Emotion Review*, 10(1), 18-29. <https://doi.org/10.1177/1754073917697824>
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 66. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-66>
- Hosker, D., Elkins, R., & Potter, M. (2019). Promoting mental health and wellness in youth through physical activity, nutrition, and sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(2), 171-193. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.11.010>
- Hosseini, S., Jones, J., & Vatanparast, H. (2019). Association between grain intake, nutrient intake, nutrient intake, and diet quality of Canadians: Evidence from the Canadian community health survey-nutrition 2015. *Nutrients*, 11(8), 1937. <https://doi.org/10.3390/nu11081937>
- Jaacks, L., Vandevijvere, S., Pan, A., McGowan, C., Wallace, C., Imamura, F., Mozaffarian, D., Swinburn, B., & Ezzati, M. (2019). The obesity transition: stages of the global epidemic. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(3), 231-240. <https://doi.org/gmchgw>
- Jantaratnotai, N., Mosikanon, K., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2017). The interface of depression and obesity. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/gk5r45>
- Keller, C., Hartmann, C. & Siegrist, M. (2016) The association between dispositional self-control and longitudinal changes in eating behaviors, diet quality, and BMI. *Psychology & Health*, 31(11), 1311-1327. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1204451>
- Kim, E., Shiba, K., Boehm, J., & Kubzansky, L. (2020). Sense of purpose in life and five health behaviors in older adults. *Preventive Medicine*, 139, 106172. <https://doi.org/hmpn>
- Kolotkin, R., & Andersen, J. (2017). A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health related quality of life. *Clinical Obesity*, 7(5), 273-289. <https://doi.org/10.1111/cob.12203>
- Lanuzá, F., Petermann-Rocha, F., Celis-Morales, C., Concha-Cisternas, Y., Nazar, G., Troncoso-Pantoja, C., Lassere-Laso, N., Martínez-Sanguinetti, M. A., Parra-Soto, S., Zamora-Ros, R., Andrés-Lacueva, C., & Meroño, T. (2021). A healthy eating score is inversely associated with depression in older adults: Results from the Chilean National Health Survey 2016-2017. *Public Health Nutrition*, 1-12. <https://doi.org/hmpq>

- Lassale, C., Batty, G. D., Baghdadli, A., Jacka, F., Sánchez-Villegas, A., Kivimäki, M., & Akbaraly, T. (2019). Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*, 24(7), 965-986. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>
- Ling, J., & Zahry, N. R. (2021). Relationships among perceived stress, emotional eating, and dietary intake in college students: Eating self-regulation as a mediator. *Appetite*, 163, 105215. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105215>
- Luppino, F., de Wit, L., Bouvy, P., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B., & Zitman, F., (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229. <https://doi.org/fd2js8>
- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., & Clavarino, A. (2016). Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 21, 51-66. <https://doi.org/hmps>
- Margozzini, P., & Passi, Á. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *Ars Medica Revista de Ciencias Médicas*, 43(1), 30-34. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1354>
- Ministerio de Salud (2017). Encuesta nacional de salud 2016-2017 primeros resultados. <https://tinyurl.com/3x63mcny>
- Naughton, P., McCarthy, M., & McCarthy, S. (2015). Acting to self-regulate unhealthy eating habits. An investigation into the effects of habit, hedonic hunger and self-regulation on sugar consumption from confectionery foods. *Food Quality and Preference*, 46, 173-183. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2015.08.001>
- Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado, B., Campuzano, J. C., & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud pública de México*, 48(2), 94-103. <https://doi.org/b4fnjn>
- Pano, O., Sayón-Orea, C., Gea, A., Bes-Rastrollo, M., Martínez-González, M. Á., & Martínez, J. A. (2020). Nutritional determinants of quality of life in a mediterranean cohort: The sun study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3897. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113897>
- Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L., & Kirk, S. F. (2017). "It is not the diet; it is the mental part we need help with." A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1), 1306421. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1306421>

- Reed, J., Yates, B., Houfek, J., Pullen, C., Briner, W., & Schmid, K. (2016). Eating self-regulation in overweight and obese adults: A concept analysis. *Nursing Forum*, *51*(2), 105-116. <https://doi.org/10.1111/nuf.12125>
- Ridder, D. & Wit, J. (2006). Self-Regulation in Health Behaviour: Concepts, Theories, and Central Issues. En D. Ridder & J. Wit (Eds.), *Self-Regulation in Health Behaviour* (pp. 1-23). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470713150.ch1>
- Romain, A., Marleau, J., & Baillot, A. (2018). Impact of obesity and mood disorders on physical comorbidities, psychological well-being, health behaviours and use of health services. *Journal of Affective Disorders*, *225*, 381-388. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.065>
- Skarupski, K., Tangney, C., Li, H., Ouyang, B., Evans, D. A., & Morris, M. C. (2010). Longitudinal association of vitamin B-6, folate, and vitamin B-12 with depressive symptoms among older adults over time. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *92*(2), 330-335. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29413>
- Spring, B., Champion, K.E., Acabchuk, R., & Hennessy, E.A. (2020): Self-regulatory behaviour change techniques in interventions to promote healthy eating, physical activity, or weight loss: a meta-review. *Health Psychology Review*, *15*(4), 508-539. <https://doi.org/ggjjv9v>
- Stadler, G., Oettingen, G., & Gollwitzer, P. M. (2010). Intervention effects of information and self-regulation on eating fruits and vegetables over two years. *Health Psychology*, *29*(3), 274-283. <https://doi.org/10.1037/a0018644>
- Steptoe, A. (2019). Happiness and health. *Annual Review of Public Health*, *40*, 339-359. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044150>
- Strahler, J., & Nater, U. M. (2018). Differential effects of eating and drinking on wellbeing—a ecological ambulatory assessment study. *Biological Psychology*, *131*, 72-88. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.01.008>
- Teixeira, P., Carraça, E., Marques, M., Rutter, H., Oppert, J., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J., & Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, *13*(1), 1-16. <https://doi.org/f69qmz>
- Troncoso-Pantoja, C., Lanuza, F., Martínez-Sanguinetti, M., Leiva, A., Ramírez-Alarcón, K., Martorell, M., Labraña, A., Parra, S., Lasserre, N., Nazar, G., Celis-Morales, C., & Petermann-Rocha, F. (2020). Estilos de vida y cumplimiento de las Guías Alimentarias Chilenas: resultados de la ENS 2016-2017. *Revista Chilena de Nutrición*, *47*(4), 650-657. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000400650>
- Van Strien, T., & Ouwens, M. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors*, *8*(2), 251-257. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.06.004>

Vohs, K., & Baumeister, R. (Eds.). (2016). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and Applications*. Guilford.

Yiengprugsawan, V., Banwell, C., Takeda, W., Dixon, J., Seubsman, S., & Sleight, A. (2015). Health, happiness and eating together: what can a large Thai cohort study tell us? *Global Journal of Health Science*, 7(4), 270. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p270>

Zaragoza-Martí, A., Ferrer-Cascales, R., Hurtado-Sánchez, J. A., Laguna-Pérez, A., & Cabañero-Martínez, M. J. (2018). Relationship between adherence to the Mediterranean diet and health-related quality of life and life satisfaction among older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(1), 89-96. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0923-2>

Para citar en APA

Cabezas, M. F. & Nazar, G. (2022). Asociación entre autorregulación alimentaria, dieta, estado nutricional y bienestar subjetivo en adultos en Chile. *Terapia Psicológica (En línea)*, 40(1), 1-21. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082022000100001>