



# Autoeficacia y la autorregulación en el tratamiento de pérdida y control de peso corporal

## Self-efficacy and self-regulation in the treatment of weight loss and control

**Paola Ozcevely Mata Rodríguez**

Egresada Carrera de Medicina FES Zaragoza, UNAM

**Dolores Patricia Delgado Jacobo**

Carrera de Medicina, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,

UNAM biomédicas\_dj@comunidad.unam.mx

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2024.14.56.93554>

### Resumen

La obesidad se considera el resultado de una alimentación inadecuada y un aumento de la actividad sedentaria. Respecto a la alimentación en la mayoría de los hogares la madre es la responsable de la elección de los alimentos para la familia, conociendo que existen diferentes factores que influyen en esta elección, el desarrollo económico representa una gran influencia. El consumo de alimentos con alto contenido en grasas saturadas y azúcares también nos condiciona a un estado de malnutrición con repercusiones sobre nuestro estado de salud incluso, más peligrosas que las consecuencias por una desnutrición secundaria a la falta de ingesta calórica. Por lo que en este estudio se define y explora la autoeficacia en mujeres con sobrepeso y obesidad durante un periodo de pérdida de peso y la adopción de hábitos saludables. Los resultados obtenidos indicaron una mayor autoeficacia se asocia con un menor conflicto para tomar la decisión de bajar de peso, siendo considerada de forma positiva en el grupo de pacientes con sobrepeso que las pacientes con obesidad.

**Palabras clave:** obesidad, conducta, autoeficacia, hábitos saludables, modificación de conducta.

### Abstract

Obesity is considered to be the result of poor nutrition and an increase in sedentary activity. In most households, mothers are responsible for choosing food for the family, and while there are various factors that influence this choice, economic development has a major impact. Consuming foods high in saturated fats and sugars also leads to malnutrition, with repercussions on our health that are even more dangerous than the consequences of malnutrition secondary to a lack of caloric intake. Therefore, this study defines and explores self-efficacy in overweight and obese women during a period of weight loss and the adoption of healthy habits. The results obtained indicated that greater self-efficacy is associated with less conflict in making the decision to lose weight, being considered more positively in the group of overweight patients than in patients with obesity.

**Keywords:** obesity, behavior, self-efficacy, healthy habits, behavior modification.

Recibido el 04 de octubre de 2023.

Aceptado el 15 de junio de 2024.



Psic-Obesidad está distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar4.0Internacional](#).



## Fisiopatología de la obesidad

En la fisiopatología de esta enfermedad se han propuesto diversos mecanismos, siendo las alteraciones hormonales los más aceptados, ya que estas alteraciones no solo son la causa de este excesivo pero si no también resultan importantes para el desarrollo de las complicaciones. Se conoce la acción de la insulina para favorecer la incorporación de la glucosa a los diferentes tejidos así como el metabolismo de los lípidos y los hidratos de carbono, favoreciendo la síntesis de lípidos en los tejidos. Otra de las funciones de esta hormona es la regulación del paso de ácidos grasos desde las lipoproteínas del plasma al tejido adiposo, ya que activa la enzima lipoproteinlipasa que cataliza la hidrólisis de los triglicéridos en las lipoproteínas, por lo que cuando se elevan los niveles sanguíneos de insulina, también aumenta la actividad de esta enzima con una mayor entrada de cantidad de ácidos grasos en el adipocito. La obesidad está relacionado con un estado de hiperinsulinemia secundario probablemente a una secreción aumentada o a una alteración en el metabolismo de la hormona, este estado condiciona por lo tanto a una mayor cantidad de insulina circulante favoreciendo la acumulación de lípidos, así mismo el organismo desarrolla una adaptación para evitar este estado de hipoglucemia mediante una resistencia a la insulina (Saldaña & Rossell, 1988).

## Etiología

Actualmente se conocen múltiples factores de riesgo implicados en esta enfermedad, el nivel socioeconómico, nivel educativo, la influencia de la publicidad en el consumo de alimentos, el consumo excesivo de comida rápida, un aumento en el sedentarismo entre otros, la pregunta a plantearnos sería ¿Por qué si se conoce la etiología y la prevención de la enfermedad la prevalencia va en aumento? A diferencia de otras enfermedades donde no se cuenta con información suficiente para evitarlas, en la obesidad se tiene clara su etiología, los factores de riesgos y las medidas específicas de prevención. En una lucha conjunta por prevenir las complicaciones, el gobierno ha implementado diferentes programas para concientizar a la población acerca de la ingesta de alimentos y de la importancia de una actividad física regular, sin obtener los resultados esperados. El fracaso de estas medidas probablemente esté relacionado con la falta de aceptación

del paciente hacia la enfermedad que padece, y de esta manera no logre tomar conciencia de la importancia de un estilo de vida saludable.

## Impacto epidemiológico

Para la gran mayoría de las enfermedades se reconocen factores que influyen en el desarrollo y evolución de esta, considerando principalmente dos grandes grupos: factores modificables y factores no modificables. La obesidad es el principal factor de riesgo modificable para la prevención de diferentes comorbilidades que disminuyen la calidad de vida de un individuo, tales como dislipidemia, diabetes Mellitus, infartos al miocardio, etc. El estudio de este impacto ha sido de gran interés en las últimas décadas por lo que se han desarrollado diferentes estrategias para conocer el estado actual de la obesidad para poder identificar las principales causas e intervenir con programas y medidas preventivas dirigida en contra de esta.

La encuesta nacional de salud y nutrición evaluó a 38 208 personas adultas donde comparando estadísticas de encuestas del año 2000 y 20006 concluyeron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mexicanos adultos fue de 71.28%, teniendo una prevalencia de 32.4% para obesidad y 38.8% para sobrepeso. La obesidad fue más alta en el sexo femenino siendo un 37.5% respecto al sexo masculino 26.8%. Respecto al sobrepeso se encontró una mayor prevalencia en el sexo masculino 42.5% respecto al femenino de 35.9%. Existen diferencias sobre la prevalencia respecto al nivel socioeconómico teniendo mayor prevalencia en el alto que en el bajo, así como en zonas urbanas respecto a las rurales. En el año 2000 se tenía una prevalencia del 35.9% disminuyendo para el año 2012 al 35.5% no así para las cifras de sobrepeso las cuales aumentaron de 19.5% en el 2000 a 24.5 en el año 2012 lo mismo para la obesidad tipo tres que tuvo un ascenso de 2.5% al 4.1% (Barquera, Campos, Hernández & Rivera, 2012).

## Predisposición femenina

Fisiológicamente el sexo femenino está diseñado para el almacenamiento de tejido adiposo y grasa con el fin de enfrentar situaciones naturales como el embarazo y la lactancia y cambios hormonales como en la menopausia,

predisponen a tener un metabolismo basal bajo, teniendo cierto grado de sobrepeso e incluso obesidad.

Es por esta razón que se ha encontrado una mayor prevalencia de obesidad en mujeres dedicadas al hogar en comparación con madres profesionistas. Diferentes factores influyen sobre esta hipótesis ya que el ambiente de competencia de un trabajo, el estereotipo de delgadez y la disposición de recursos para el cuidado de la belleza que una mujer profesionista tiene acceso interfiere en que cuide su apariencia comiendo saludablemente y realizando actividad física regularmente, en comparación con una ama de casa donde factores como la depresión, estrés y falta de autocuidado predisponen a una mayor ingesta calórica y a una vida sedentaria resultando en una ganancia de peso acumulativa a lo largo de los años.

Mujeres con un índice de masa corporal mayor de lo recomendado están predispuestas a comer excesivamente esto como un mecanismo de defensa frente al malestar emocional el cual, reporta el estudio, se ve aumentado con la frustración de las dietas creando de esta manera un círculo vicioso donde la mujer se ve atrapada (Moral & Meza, 2012).

Mediante diversos estudios se ha demostrado que las mujeres que tienen hijos y la responsabilidad del cuidado del hogar suponen una gran carga emocional y un estrés constante, donde los niveles de cortisol, y de diversas hormonas como adrenalina y noradrenalina que intervienen en el metabolismo basal predisponiendo de esta manera a una mayor ganancia de peso corporal (Abuín, 2016).

El padecer obesidad implica serios riesgos a la salud, mujeres obesas tienen una mayor morbilidad durante un evento quirúrgico debido a complicaciones anestésicas, pulmonares, así como relacionadas con el cierre y curación de la herida quirúrgica. La sobrecarga de peso sobre grandes articulaciones se ha relacionado con problemas de artrosis llegando a ser incapacitante en algunos casos, algunos problemas psiquiátricos y la discriminación que puede llegar a padecer la paciente con obesidad también llega a causar impacto sobre su calidad de vida. El embarazo es un factor importante para que la mujer gane peso a lo largo de su vida fértil, factores como la ganancia absoluta

durante un embarazo sumado al peso previo de la paciente, la raza, el nivel sociocultural, periodos integénesicos cortos, y malos hábitos dietéticos los que determinan que una mujer padezca sobrepeso durante su vida reproductiva (Ribó, Fernández, Kozarczewski, & Fernández, 2003).

Por otro lado, no puede dejar de tomarse en cuenta que las personas con un IMC elevado tienen serias limitaciones en su diario vivir y son víctimas de estigmatizaciones por parte de la sociedad que rechaza el sobrepeso y más aún la obesidad. Las personas obesas tienen dificultad para conseguir vestimenta, dificultad para realizar actividades cotidianas (caminar, limpiar, trabajar, subir escaleras, conseguir una silla en un autobús, el metro e incluso el cine), dificultad para realizar y/o mantener su higiene personal (malos olores producto de la sudoración), dificultad para encontrar trabajo (son considerados flojos, poco confiables e incapaces), y dificultad para ser asegurados por las compañías de seguros debido a su condición de obeso, entre muchas otras (Saldaña & Rossell, 1998).

## Autoeficacia y autorregulación

El control del peso es un tema en el que toda persona se ha visto involucrada alguna vez en su vida, ya sea por razones de estética o por salud. Algunas personas buscan perder peso para ajustarse a un ideal definido social o culturalmente porque se sienten en desventaja social, ocupacional y/o económica por su tamaño corporal.

Otras personas tienen un índice de masa corporal tan elevado que deben perder peso para mejorar su estado de salud, en virtud de que la obesidad incrementa la incidencia de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, endocrinas, articulares y respiratorias asociadas con ella, colocando en riesgo la salud de la persona que la padece (Seagle et al., 1997). El concepto de autoeficacia se refiere a los aspectos cognitivos y juicios que posee cada individuo sobre sus propias competencias y la manera de organización y ejecución de las mismas. La autoeficacia se construye en base a acontecimientos de éxito vividos, experiencia vicaria, la persuasión verbal o los estados fisiológicos. Tiene un efecto importante en la motivación de las personas ante una acción determinada, de forma que una percepción de eficacia más elevada aumentará el esfuerzo y persistencia con la que se enfrente.

El postulado básico de la teoría de la autoeficacia señala que las percepciones de eficacia contribuyen causalmente a la conducta del ser humano, no es un simple reflejo del cambio conductual sino un determinante próximo del mismo, siendo la autoeficacia percibida juega un papel fundamental en los resultados de la ejecución, debido a que la persona puede tener las habilidades conductuales y cognitivas necesarias para llevar a cabo el curso de acción, puede conocer que las consecuencias externas son favorables y gratificantes y aun así, no realizar el comportamiento adecuado por cuanto se percibe ineficaz para ello.

Por lo que, existen diferencias entre disponer de las capacidades y ser capaz de utilizarlas en diversos contextos. Personas con recursos similares, o una persona en diferentes situaciones, puede mostrar un rendimiento escaso, adecuado o extraordinario. Aunque las expectativas solas no producirán el resultado esperado si las capacidades necesarias están ausentes. Solo cuando el individuo posee las destrezas e incentivos adecuados, las expectativas de autoeficacia son el mayor determinante de la ejecución humana (Bandura, 1977).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), se fijó como meta establecer las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y la realización de mayor actividad física de forma regular a nivel mundial, es decir, centrar los esfuerzos en fomentar la práctica regular de conductas saludables.

Para lograr este objetivo establecido es necesario contar con la implicación activa de la persona en la realización de las conductas saludables Román, Díaz, Cárdenas & Lugli (2007), sostienen que la persona que desea bajar de peso debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimentaria y cumplir con una rutina de ejercicios de forma regular, sin embargo, es bien sabido que la adopción de estas conductas no es tarea fácil, en virtud de que las personas obesas recuperan los kilos perdidos con el paso del tiempo (Mauro, Taylor, Wharton & Sharma, 2008), principalmente debido a que realizan el esfuerzo necesario sólo por un período de tiempo determinado y no asumen un cambio permanente en su estilo de vida.

Thirlaway & Upton (2009), nos dicen que los cambios en el estilo de vida de las personas, dependen en cierta medida del control voluntario, por lo que el tema del control personal de la conducta asume un papel relevante en el área de la salud. Específicamente en la obesidad, se requiere establecer el papel de este control en relación a los cambios definitivos que el individuo debe realizar, tanto en su alimentación como en su patrón de actividad física, para lograr la pérdida de peso necesaria y disminuir así las comorbilidades asociadas.

La conducta de ingesta es seguida a corto plazo de refuerzos positivos, siendo la disminución del hambre percibida y el placer por el alimento consumido, además de la desaparición de urgencias por consumir un alimento. Estas consecuencias positivas se convierten en obstáculos para que la persona cambie sus hábitos alimentarios. De igual forma, la actividad física, segundo patrón de comportamiento implicado en el balance energético, es seguido a corto plazo por consecuencias negativas como tener que buscar tiempo y dejar de hacer otras actividades diarias, la presencia de cansancio o fatiga e incluso dolor muscular, sin dejar de mencionar que no produce la pérdida de peso inmediatamente e incrementa temporalmente el apetito (Saldaña & Rossell, 1988). Por lo que es frecuente que las personas sólo se motiven a realizar ejercicios por períodos cortos de tiempo, abandonando el nuevo hábito en virtud de las consecuencias negativas que le acarrea.

De este modo se entiende lo difícil que puede resultar realizar el esfuerzo necesario para cambiar las conductas asociadas al control del peso. No obstante, a pesar de ello, el éxito en el tratamiento de la obesidad, y por ende la mejora en el estado de salud, viene dado al asumir el cambio permanente de los hábitos antes señalados y no de manera temporal, como generalmente se realiza.

Es por ello que el tema del control personal de la conducta se vuelve relevante en el área de la salud, específicamente, en este caso, en relación a los cambios definitivos que el individuo debe realizar tanto en su alimentación como en su patrón de actividad física para lograr la pérdida de peso necesaria y disminuir así el riesgo a padecer las enfermedades asociadas a la obesidad.

## Sistema mexicano de alimentos equivalentes

El sistema mexicano de alimentos equivalentes constituye una herramienta fundamental para ayudar al paciente a adoptar hábitos saludables para una dieta equilibrada, considerando que la composición nutrimental entre alimentos de un mismo grupo es semejante, este sistema define las porciones de los alimentos que son intercambiables entre sí dentro de un mismo grupo. Este sistema permite al paciente tener una amplia variedad en la dieta, manejar fácilmente las porciones de alimentos en medidas comunes, así como, calcular las cantidades que se requieren de alimentos para comprar y preparar platillos para las diferentes comidas del día.

Es de suma importancia el consumo adecuado de calorías y enfatizar en el cambio de hábitos alimenticios implementando diferentes recomendaciones dirigidas a llevar una dieta hipocalórica pero equilibrada. Se recomienda que cada paciente considere las siguientes recomendaciones (Secretaría de Salud, 2019):

- Horarios regulares
- 5 comidas al día
- Evitar alimentos precocinados
- Comer todos los alimentos con cubiertos de postre (incluso bocadillos)
- Comer despacio (30 minutos) y masticar bien
- Dejar siempre un poco de comida en el plato
- Comer en plato de postre
- Disminuir el aporte de grasas
- Limitar el consumo de refrescos o bebidas carbónicas
- Desayunar
- Comer 2-3 raciones de fruta al día, evitando uvas y plátanos
- Beber 2 litros de agua al día

El Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes está basado en el número de equivalentes de acuerdo a los requerimientos energéticos. Estos se calculan de acuerdo al peso deseable, la estatura, la edad, el sexo y la actividad física del individuo. Se recomienda reducir o evitar el consumo de azúcares simples (miel, jaleas, dulces y bebidas azucaradas), permitiendo el uso de edulcorantes no nutritivos, así como realizar comidas

complementarias (colaciones), el consumo preferente de verduras, equivalentes de cereales integrales y derivados lácteos descremados. Así como la ingesta de alimentos con baja densidad, frutas, verduras y el incremento de la ingesta de fibra y agua natural.

Con la presente investigación se pretende explorar la autoeficacia que tienen las mujeres para su condición corporal de sobrepeso y sus complicaciones en estado de nutrición y calidad de vida. Para lo cual se pretende proporcionarles información de las repercusiones que tienen esta ganancia excesiva de peso. Además, brindarles una atención integral que incluye cambios en los hábitos dietéticos y de actividad física mejorando su estado general de salud y calidad de vida.

## Metodología

### Objetivo general

Conocer cuál es la I la importancia de la autoeficacia y la autorregulación en el tratamiento de pérdida y control de peso corporal en pacientes femeninas con sobrepeso y obesidad.

### Objetivos específicos:

- Conocer auto eficacia y la autorregulación del peso corporal en el tratamiento de pérdida de peso en mujeres con sobrepeso y obesidad
- Conocer el estado nutrimental en base a indicadores antropométricos de las mujeres con sobrepeso u obesidad
- Conocer los hábitos dietéticos de cada paciente
- Conocer la autoeficacia de las mujeres con sobrepeso y obesidad para realizar actividad física
- Conocer cuáles son las repercusiones del sobrepeso u obesidad en su estado de salud.

## Diseño de estudio

El estudio está basado en un método observacional, descriptivo, transversal, en el cual se analizará la calidad de vida, los hábitos alimenticios de la muestra, se le aplicarán los instrumentos citados a fin de cumplir los objetivos antes planteados.

**TABLA 1.** Definición y operacionalización de variables.

Variable	Concepto	Medición
Autoeficacia	Juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado de su conducta (Bandura, 1977), específicamente las capacidades relacionadas con el control del peso, tales como hábitos alimentarios y actividad física.	Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control del Peso de Román, Díaz, Cárdenas & Lugli (2007).
Autorregulación	Capacidad de la persona para guiar su conducta, a través de la autoobservación, creación de guías Autorregulación proximales y la utilización de auto incentivos para sus propios esfuerzos (Bandura, 1977), específicamente las conductas relacionadas con el control del peso, tales como hábitos alimentarios y actividad física.	Inventario de Autoregulación del peso de Lugli, Arzolar & Vivas (2009).
Control de peso	Grado en que la persona percibe una consecuencia particular como producto de su propio comportamiento versus el grado en que este comportamiento está controlado por fuerzas externas (Puertas López, 1990), específicamente en relación a las conductas relacionadas con el control de su peso, tales como hábitos alimentarios y actividad física.	Inventario de Locus de control del peso de Lugli & Vivas (2011).
Pérdida de peso	Reducción de la masa corporal de un individuo, por razón de una perdida promedio de líquidos, grasa o de tejidos como músculo, tendones o tejido conjuntivo.	Lista registro de la pérdida de peso corporal.
Género	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos grupos: hombre o mujer.	Mujeres.
Sobrepeso	Sobrepeso, al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m <sup>2</sup> y menor a 29.9 kg/m <sup>2</sup> y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m <sup>2</sup> y menor a 25 kg/m <sup>2</sup> . En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde el percentil 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS (Norma Oficial Mexicana 008, 2010).	Somatometría: Peso, talla, IMC, CC.
Obesidad	Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m <sup>2</sup> y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m <sup>2</sup> . En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde el percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS (Norma Oficial Mexicana 008, 2010).	Somatometría: Peso, talla, IMC, CC.

## Definición de muestra

20 mujeres de la clínica multidisciplinaria (que acudan a consulta odontológica, psicológica, médica, estudiantes, trabajadoras) y la población externa en general, diez de ellas con IMC igual o mayor a 25 kg/m<sup>2</sup> y menor a 29.9 kg/m<sup>2</sup> y diez mujeres con un IMC igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>.

## Procedimiento

Para la selección de la muestra se consideraron a las pacientes que acudieron a consulta del programa “Tratamiento Integral de la Obesidad” quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio cuya asistencia fue

constante, así como población externa quienes aceptaron los términos del estudio.

Durante la primera sesión se solicitó a las personas que aceptaron participar que firmaran una hoja de consentimiento informado donde se presentaba los objetivos de la investigación y la colaboración solicitada. Seguidamente contestaron los inventarios y se les realizó un interrogatorio directo a fin de captar los datos solicitados en la historia clínica, se procedió a la toma de datos requeridos en la somatometría. A cada paciente se le dieron las recomendaciones higiénico dietéticas en base al marco teórico a fin de cambiar su alimentación si como se les proporcionó copia de las recomendaciones

del Sistema de Equivalentes de alimentos mexicanos, explicándoles las diferentes modalidades para realizar una dieta equilibrada con el propósito de enseñarles el uso de raciones e intercambios para un adieta con variedad de alimentos e hipocalórica, de manera que se consuman todos los grupos de alimentos. Se les recomendó reducir o evitar el consumo de azúcares simples (miel, jaleas, dulces y bebidas azucaradas), permitiendo el uso de edulcorantes no nutritivos, así como realizar comidas complementarias (colaciones), se consuman preferentemente verduras, equivalentes de cereales integrales y derivados lácteos descremados. Así como la ingesta de alimentos con baja densidad, frutas y verduras, como el incremento de la ingesta de fibra y agua natural. Durante los siguientes tres meses, cada 15 días se les citó para la medición somatométrica.

## Resultados

### Edad

Se analizaron el total de instrumentos, los cuales se aplicaron de forma individual a cada paciente y se analizaron con el paquete de funciones de análisis del programa Excel. Respecto a la edad la moda correspondió a 28 años, con un rango mínimo de 20 años y un máximo de 23 años, una moda de 28 años y una media de 31.1 años.

### Estado civil, escolaridad, ocupación

La mayoría de las pacientes en estudio fueron solteras, en ambos grupos, representando el 50% de total de la población. En el grupo de obesidad las mujeres en unión libre representaron el 15%, mientras que el grupo de sobrepeso solo el 5%. Para el grupo de casadas, el 10% tenían obesidad contra un 20% del grupo con sobrepeso. Para los ítems del estado civil divorciado o viudo no se registraron datos.

### Actividad física

En el apartado de historia clínica se preguntó acerca de la actividad física habitual, a manera de respuesta si la realizaban o no, teniendo como resultado que el 20% de las pacientes con sobrepeso y un 15% con sobrepeso si realizaban actividad física, contra un 30% mujeres con sobrepeso y un 35% no realizaban ningún tipo de actividad física.

### Frecuencia (días) en una semana de sesión de ejercicio

Respecto a la frecuencia de la actividad física, teniendo un

rango de días en una semana, los resultados fueron una moda de 5 días a la semana, con un valor mínimo de 3 y máximo de 5. La media fue de 4.14 días / semana.

### Duración (minutos) de una sesión de ejercicio

Se evaluó la duración de cada sesión de ejercicio, teniendo como resultado una máxima duración con 120 minutos contra un mínimo de tiempo de 30 minutos. Una media de 55.71 y encontrándose una moda de 30.

### Comidas al día

Para la evaluación de hábitos alimenticios se evaluó el número de alimentos al día, se dividieron los resultados en los dos grupos mencionados (sobrepeso y obesidad). Respecto los resultados en el grupo de pacientes con sobrepeso se encontró un mínimo de 2 comidas al día y un máximo de 4, con una media de 2.55, en contraste con el grupo de pacientes con obesidad donde se encontró una media de 3.6, un mínimo de 2 y un máximo de 5 comidas al día. En este último grupo hubo un mayor consumo de alimentos.

### Tiempo dedicado a una comida (minutos)

Otro factor importante para mantener hábitos alimenticios adecuados es el tiempo que se dedica al consumo de cada alimento, ya que este tendrá repercusiones en la adecuada digestión de cada alimento, en la elección y preparación de este y en consecuencia en que la alimentación sea o no saludable para cada individuo. En la tabla se muestran los resultados obtenidos teniendo que para el grupo de obesidad el tiempo mínimo para una comida es de 10 minutos contra 20 minutos para el grupo de sobrepeso, respecto al máximo.

### Lugar de mayor consumo

El lugar de preferencia para el consumo de alimentos es de suma importancia para tener o no una alimentación balanceada y saludable, ya que dependiendo del lugar encontraremos mayor o menor opciones de consumo que permitan llevar una dieta hipocalórica o bien, lugares donde se encuentran alimentos hipercalóricos. Respecto a esta pregunta se consideraron los lugares que son preferentemente visitados o bien donde se realizan la mayoría de los alimentos. Considerando ambos grupos.

### Dietas realizadas

El antecedente de haber realizado algún tipo de dieta es indicativo del grado de auto eficacia para cambiar hábitos

alimenticios ya que, las pacientes que no lograron cambiar de una manera adecuada sus hábitos alimenticios, al término de cualquier régimen alimenticio volverán a ganar peso. Acorde a los dos grupos evaluados el 20% de las pacientes con sobrepeso refieren no haber realizado ninguna dieta contra un 10% del grupo de pacientes con obesidad. Del total de las pacientes, el 20% del grupo con sobrepeso y 35% del grupo con obesidad respectivamente, refieren haber realizado 1-4 dietas. Sólo una paciente con obesidad refiere haber realizado de 5-8 dietas, y un 10% del total refieren más de 12 dietas, esto en el grupo de sobrepeso.

## Somatometría

### Indicadores bioquímicos

Se tomaron valores bioquímicos para evaluar el grado de nutrición década paciente tales como leucocitos, ya que la obesidad está ligada con un estado de inflamación constante, hemoglobina descartando la presencia de anemia por una alimentación hipercalórica deficiente en el aporte de algún nutrientes, glucosa en ayuno a fin de detectar intolerancia a los carbohidratos, así como colesterol total y triglicéridos descartando dislipidemia asociada, ya que es uno de los componentes que integran el síndrome metabólico. Para el primer parámetro evaluado, leucocitos, los resultados en general se encontraron dentro de valores normales, teniendo para el grupo de sobrepeso

un valor mínimo de 3.2, un máximo de 7.2 y una media 4.9 mientras que, para el grupo de obesidad, se obtuvo como valor mínimo 5.4, valor máximo 13.2, y una media de 9.98, valores.

Los valores de hemoglobina se situaron para el grupo de sobrepeso en 12, valor mínimo, 15.3 valor máximo, y una mediana de 14.05. Para el grupo de obesidad se situaron en 10.6 valor mínimo, 16.5 valor máximo y 13.6 media.

Los valores de glucosa en ayuno se encontraron alterados en el grupo de obesidad. Para el grupo de sobrepeso el nivel de glucosa mínimo 80, máximo 106, media 90.7. Dentro del grupo de obesidad el valor mínimo fue de 96, el máximo de 298, media 143.2. Para el valor de colesterol se encontró un valor mínimo de 150, máximo de 250 y una media de 203.3 para el grupo de sobrepeso, mientras que para las pacientes con obesidad el valor mínimo fue de 160, máximo 310, una media de 250.4.

El último valor evaluado fue el nivel de triglicéridos teniendo un valor mínimo de 89, máximo de 200 y una media de 143.3 para las pacientes con sobrepeso y un mínimo de 120 máximo 350, y una media 205.4.

### Autoeficacia en el control de peso corporal

El cuestionario de autoeficacia en el control de peso corporal está dividido en cuatro secciones de tal manera

**TABLA 2.** Clasificación de la somatometría.

SOMATOMETRIA					
	MEDIA	MEDIANA	MODA	MINIMO	MAXIMO
<b>PESO (Kg)</b>					
SOBREPESO	68.8	68	68	63	80
OBESIDAD	88.17	89.5	N/A	71	111.5
<b>TALLA (mts)</b>					
SOBREPESO	1.56	1.56	1.57	1.52	1.66
OBESIDAD	1.58	1.60	1.60	1.46	1.72
<b>IMC</b>					
SOBREPESO	27.97	28.01	N/A	26.18	29.85
OBESIDAD	35.07	34.96	N/A	30.16	43.55
<b>CINTURA (cm)</b>					
SOBREPESO	84.45	86	86	72	93
OBESIDAD	107.8	105	N/A	90	140

que evalúa, la autoeficacia total, los hábitos alimenticios desde un enfoque externo, la actividad física programada y la actividad física cotidiana. De la misma manera que las gráficas anteriores el total de la muestra se dividió en dos grandes grupos, sobrepeso y obesidad. La evaluación de la autoeficacia total en los pacientes con sobrepeso tuvo un valor mínimo de 31 pts., y un máximo de 100 con una moda de 68.3, para este instrumento el valor mínimo fue de 0 y un máximo de 11, considerando todos los apartados mencionados. Los pacientes con obesidad presentaron un valor mínimo para la autoeficacia total de 49, un valor máximo de 93 y una media de 66.4, valores por debajo del grupo antes mencionado. Los factores externos que influyen en los hábitos alimenticios también fueron evaluados en este instrumento, siendo para los pacientes con sobrepeso un valor mínimo de 20, un máximo de 53 y una media de 37.4, contra el grupo de obesidad con un valor mínimo de 30, un máximo de 47 y una media de 37. Los ítems correspondientes a la actividad física programada para las pacientes con sobrepeso dieron como resultado mínimo 7, un máximo de 24 y una media de 16.5, mientras que en los pacientes con obesidad el valor mínimo fue 10, máximo de 24, media de 15.7.

La última categoría a evaluar fue la actividad física cotidiana, preguntas correspondientes con el tema resultaron para las pacientes con obesidad en un valor mínimo de 4, máximo de 23 y una media de 14.4, contra las pacientes con obesidad con un valor mínimo de 9, máximo de 22 y una media de 13.7.

### **Autorregulación de peso corporal**

El siguiente cuestionario a evaluarse fue el de la Autorregulación de peso corporal, el cual se subdivide en tres apartados: autorregulación total, hábitos alimenticios y actividad física. En una escala desde “nunca” hasta “siempre” se evaluó este instrumento, cuyo puntaje mínimo era 0 y máximo 87, comparando de igual manera el grupo de sobrepeso y obesidad. Para los pacientes con sobrepeso el puntaje mínimo de la autorregulación total fue de 18, un máximo de 68 y una media de 39.3, mientras que para el grupo de obesidad el mínimo se reportó en 19, el máximo en 69 y una media de 47.7. Los dos apartados, hábitos alimentarios para el grupo de sobrepeso reportó un puntaje mínimo de 13, un máximo de 39 y una media de 23.6 en comparación con el de obesidad que reportó un puntaje mínimo de 14, un máximo de 38 y una media

de 27.6 kg. Respecto a la actividad física se reportó para las pacientes con sobrepeso un puntaje mínimo de 5, un máximo de 29 y una media de 15.7, en comparación con el grupo de obesidad quienes reportan un puntaje mínimo de 5, un máximo de 31 y una media de 20.1.

### **Control de peso**

La escala para este instrumento iba desde “totalmente desacuerdo” (0) puntos hasta “totalmente de acuerdo” (3). Es un instrumento que ayuda a identificar los factores que influyen en el control de peso en un paciente teniendo 3 grandes categorías, factores internos (0 a 18 pts.), otros poderosos (0 a 15 pts.), azar (0 a 15 pts.).

Para el grupo de pacientes con sobrepeso los factores internos tuvieron un puntaje mínimo de 10, un máximo de 18 y una media de 13, en comparación con el grupo de obesidad donde, se obtuvo un puntaje mínimo de 10, un máximo de 14, y una media de 11.6.

Para la categoría de “otros poderosos” el puntaje mínimo fue de 6, el máximo de 13 y una media de 10.1, para el grupo de sobrepeso, mientras que para el de obesidad fue un mínimo de 4, un máximo de 11 y una media de 8.4.

Para el último factor “azar” el puntaje mínimo fue de 4, el máximo de 12 y una media de 7.2 para los pacientes con sobrepeso, y un mínimo de 5, un máximo de 11 y una media de 8.5 para los pacientes con obesidad.

### **Pérdida de peso total**

Durante dos meses se citó a cada paciente para el registro de la perdida ponderal al final se obtuvieron los resultados de la gráfica, los cuales fueron comparados entre los dos grupos de estudio. Para el grupo de las pacientes con sobrepeso la perdida ponderal mínima fue de 3.7 kg., la máxima de 8.6 kg, una moda de 5.5 kg y una media de 6.21 siendo estos valores mayores en comparación con el grupo de obesidad en el cual la perdida ponderal mínima fue de 3 kg., la máxima de 7.5 kg. Una moda de 5 kg. Y una media de 5.54 kg.

## **Análisis de resultados**

Los pacientes con obesidad presentan un aumento de ansiedad y efectos dismórficos de la percepción de sí mismos, una disminución de la calidad general de su vida

personal, profesional y emocional, así como alteraciones en el auto concepto, autoimagen y la autoeficacia (Cormillot & Zukerfeld, 1997).

La obesidad en los últimos tiempos se ha convertido en una epidemia, dejando de ser una alteración en el aspecto físico para convertirse en una enfermedad, es un grave síndrome que se ha relacionado incluso con el cáncer. Hoy en día se sabe la etiología de este gran mal: una vida sedentaria y una alimentación inadecuada, esto conlleva a la ganancia excesiva ponderal llevando al paciente a un estado de permanente de inflamación resultando en una alteración en la homeostasis del organismo.

A diferencia de enfermedades donde se desconoce la etiología, y por lo tanto el tratamiento adecuado, para la obesidad se conocen cada uno de sus elementos, las medidas adecuadas para su prevención y tratamiento oportuno y adecuado, sin embargo, aún no se logra crear esta conciencia de la adopción de hábitos saludables en cada paciente con sobrepeso y obesidad. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la autoeficacia y el papel que juega durante la intervención de un programa dirigido hacia la pérdida de peso y la adopción de hábitos saludables en pacientes femeninas con sobrepeso y obesidad.

Bandura (1977), propone en uno de sus escritos, "Principios de la Modificación de Conducta", una visión integrada y global del ser humano, explicando las distintas formas de cambiar conductas, lo que supone no sólo una visión integrada y global del ser humano, sino también de los trastornos psicológicos, y de los métodos para el cambio. Sitúa a la conducta como eje central, y afirma que cualquier tipo de terapia lo único que hace es producir cambios conductuales. Afirma que la única manera de conseguir el cambio es mediante procedimientos conductuales.

Postula el concepto de Autoeficacia que refleja las creencias personales de los sujetos en relación a su habilidad para manejar situaciones. Esta teoría cognitivo-conductual intenta integrar las variables cognitivas, interpretativas de las personas, pero afirmando que su consecución sólo es posible a través de procedimientos conductuales. Las creencias de autoeficacia sirven como mecanismos cognitivos para el cambio conductual, que reúne todos los requisitos para ello tanto metodológicos como teóricos. La

autoeficacia para Bandura es "La expectativa de eficacia es la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinados resultados" (Bandura, 1977).

La manera en que un individuo juzgue sus propias capacidades y sus autopercepciones de eficacia afectarán su motivación y su conducta, en este caso, los aspectos subjetivos relacionados con la obesidad tienden a influir en la autoeficacia percibida y a su vez esta tiende a influir en la existencia e inexistencia de conductas preventivas y de autocontrol en la pérdida de peso de estos pacientes. Este juicio cognitivo de los pacientes con obesidad es parecido al que tienen las pacientes con sobrepeso, acorde a los resultados de los diferentes instrumentos, por lo que al final del estudio fue este último grupo de pacientes quien logró una pérdida ponderal mayor (Schwartz & Gottman, 1976).

Existe una creencia de autoeficacia e ineficacia general, que forma parte del sistema de atribuciones de cada persona y que ésta influye en la expectativa de autoeficacia – ineficacia dirigida a objetivos específicos, para nuestro estudio la pérdida de peso (Hofstetter, Sallis, & Hovell, 1990). Este aspecto ha sido estudiado por Bandura (1997), quien propone, que la evaluación de las personas acerca de su eficacia en un dominio dado está basada en parte, en el juicio acerca de su capacidad general de auto regulación, por lo tanto, la autoeficacia general y la específica no son independientes.

Por lo que el nivel de autoeficacia está vinculado con los resultados finales en el tratamiento y seguimiento de pérdida de peso, ya que, si una persona es capaz de reconocer el juicio hacia la toma de decisiones y la adopción de hábitos alimenticios saludables, está logrará cambiar su alimentación, realizar actividad física de manera constante y mantendrá un peso adecuado sin necesidad de recurrir nuevamente a una "dieta". Los resultados indicaron también que una mayor autoeficacia se asocia con un menor conflicto para tomar la decisión de bajar de peso, esta diferencia fue mayormente positiva en el grupo de pacientes con sobrepeso que las pacientes con obesidad. Lo anterior daría cuenta de la influencia negativa de la baja autoeficacia en las mujeres, desmotivándolas en contemplar la posibilidad de realizar un cambio en su dieta y en adoptar una rutina de ejercicios físicos para bajar de peso.

## Conclusiones

Hubo cierta dificultad al conseguir el número mencionado de la muestra, ya que como se sabe, es difícil que una persona adulta acceda a realizar algún tipo de cambio en su conducta alimentaria. El seguimiento de cada paciente se logró con un compromiso personal ya que no fue posible el confirmar que seguían el plan recomendado confiando en su compromiso. Al final del estudio se logró conseguir una pérdida en ambos grupos de pacientes, teniendo un resultado positivo en su autoestima, estilo de vida y en su calidad de vida. Se le realizó historia clínica a cada paciente a fin de evaluar su estado de salud actual, así como, conocer los hábitos alimenticios y de actividad física de cada una. Se les solicitó estudios de laboratorio básicos lo que nos permitió diagnosticar en algunas pacientes, intolerancia a los carbohidratos, dislipidemia y en algunos casos anemia, datos que en su gran mayoría eran desconocidos por las participantes.

Respecto a los resultados de autoeficacia, autorregulación y control de peso, fueron satisfactorios lo que, en un principio, nos hizo plantear la hipótesis que la pérdida de peso para ambos grupos sería satisfactoria. Durante los siguientes meses se les siguió dando recomendaciones para el cambio de alimentación, siguiendo una medición antropométrica. Al final de este periodo el valor de la media en cuanto a pérdida de peso fue de 6.21 kg para el grupo de sobrepeso y 5.54 para las pacientes con obesidad. Con el conocimiento del nivel de autoeficacia y autorregulación del peso en cada paciente se pretende reconocer a las pacientes con un bajo nivel de estos a fin de intervenir de manera multidisciplinaria con el único propósito de llevar una mejor calidad de vida y disminuir la terrible epidemia de la Obesidad.

## Referencias

- Abuín, M. R. (2016). Terapia autógena: técnicas, fundamentos, aplicaciones en la salud y clínica y apoyo empírico. *Clínica y Salud*, 27(3), 133-145. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.004>
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., & Rivera-Dommarco, J. (2012). *Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*. Instituto Nacional de

- Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
- Cormillot, A., & Zukerfeld, R. (1997). *Obesidad*. Médica Panamericana.
- Hofstetter, C. R., Sallis, J. F., & Hovell, M. F. (1990). Some health dimensions of self-efficacy: analysis of theoretical specificity. *Social science & medicine* (1982), 31(9), 1051-1056. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90118-c](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90118-c)
- Lugli, Z., & Vivas, E. (2011). Construcción y validación del inventario de locus de control de peso: resultados preliminares. *Psicología y salud*, 21(2), 165-172. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/569/978>
- Lugli, Z., Arzolar, M., & Vivas, E. (2009). Construcción y validación del inventario de autoregulación del peso: Validación preliminar. *Psicología y salud*, 2(19), 281-287. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29111986013.pdf>
- Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S., & Sharma, A. M. (2008). Barriers to obesity treatment. *European journal of internal medicine*, 19(3), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2007.09.011>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030. Más personas activas para un mundo sano. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-mundial-sobre-actividad-fisica-2018-2030-mas-personas-activas-para-mundo>
- Riobó, P., Fernández-Bobadilla, B., Kozarczewski, M., & Fernández Moya, J. M. (2003). Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria*, 5(18), 233-237. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112003000500001&lng=es&tlang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000500001&lng=es&tlang=es)
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M. I., & Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del inventario de autoeficacia percibida para el control del peso. *Revista Clínica y Salud*, 1(18), 45-56. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000100004&lng=es&tlang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000100004&lng=es&tlang=es)
- Saldaña, C. & Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Editorial Martínez Roca.
- Schwartz, R., & Gottman, J. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(6), 910-920. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.44.6.910>
- Seagle, H. M., Strain, G. W., Makris, A., Reeves,

- R. S., & American Dietetic Association (2009). Position of the American Dietetic Association: weight management. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(2), 330–346. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.11.041>
- Secretaría de Salud, Gobierno de México. (2019). *Guía de Alimentos para la Población Mexicana*.
- <https://fisiologia.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2019/02/2-Valoraci%C3%B3n-nutricional-Anexos.pdf>
- Thirlaway, K., & Upton, D. (2009). *The psychology of lifestyle: Promoting healthy behaviour*. Routledge/Taylor & Francis Group. <https://psycnet.apa.org/record/2009-01336-000>



En equilibrio 2018 Archivo personal RSGR