

Cómo citar: Matar-Khalil, S. R., Ortiz-Barrero, M. J. (2020). La autoeficacia en la salud y en el control del peso. *Desbordes*, 11(1), 114 – 137.

Matar-Khalil, S. R., Ortiz-Barrero, M. J. (2020). Self-efficacy to maintain a good health, and reduce weight. *Desbordes*, 11(1), 114 – 137.

Este trabajo se encuentra bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0.

This work is under the Creative Commons Attribution 4.0 license.

La autoeficacia en la salud y en el control de peso

Self-efficacy to maintain a good health, and reduce weight

Shadye Roció Matar Khalil¹, Melissa Judith Ortiz Barrero²

Resumen

El presente artículo muestra una revisión de los estudios publicados respecto a la autoeficacia en la salud y el control del peso durante los quince últimos años. Los problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad plantean serias dificultades en las dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociales en los individuos que los padecen y en el desarrollo de sus sociedades. Actualmente la teoría social cognoscitiva ofrece un marco amplio para abordar la obesidad; se destaca la autoeficacia como un mecanismo mediador ciertamente importante en el éxito de los tratamientos dirigidos a problemas de salud y a la reducción de peso. Se identificó que los instrumentos más utilizados para evaluar las expectativas de autoeficacia en relación con la ingesta alimentaria son la Eating Self-Efficacy Scale (ESES) y el Weight Efficacy Life-Style Questionnaire (WEL) (Cuestionario de Estilo de Vida eficaz para el control de peso). Se concluye, que la evaluación de la personalidad, y su correspondencia con la autoeficacia pueden ser útiles en el manejo de la obesidad, requiriendo de nuevas investigaciones que permitan desarrollar tratamientos eficaces para mejorar integralmente los aspectos físicos, emocionales y sociales del individuo, es decir desde una perspectiva biopsicosocial.

Palabras clave

Autoeficacia y salud, Obesidad, Sobrepeso, Escalas de autoeficacia y obesidad.

Key words

Self-efficacy and Health, Obesity, Overweight, Self-Efficacy and Obesity Scales.

Abstract

This article presents a review of studies published during the last fifteen years that are related to self-efficacy in maintaining a good health and reducing weight. Problems associated with overweight and obesity pose serious social, psychological, and physiological difficulties to both to the individuals who suffer from them and to the development of their societies. Cognitive social theory currently offers a broad framework for addressing obesity. Self-efficacy is certainly highlighted as an important mediating mechanism to the success of treatments aimed at health problems and weight reduction. It was identified that the most used instruments to assess expectations of self-efficacy in relation to dietary intake are the Eating Self-Efficacy Scale (ESES) and the Weight Efficacy Life-Style Questionnaire (WEL). It is concluded that the evaluation of personality, and its correspondence with self-efficacy, can be useful in the management of obesity, and that new research is required that allows developing effective treatments to comprehensively improve the physical, emotional and social aspects of the individual, in other words, from a comprehensive biopsychosocial perspective.

¹ Shadye Rocio Matar Khalil. Docente de psicología – UNAD. Correo electrónico: shadye.matar@unad.edu.co, sharomakha@gmail.com
² Melissa Judith Ortiz Barrero. Docente de psicología – UNAD. Correo electrónico: melissa.ortiz@unad.edu.co, meli.job@gmail.com

Introducción

En la actualidad, se encuentra la paradoja de la nutrición por familias con obesidad y desnutrición en forma concomitante. Así, la obesidad se considera un problema de salud pública, que se presenta tanto en países desarrollados como en los que están en desarrollo (Savino, 2011). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. Este índice proporciona la medida más útil del sobrepeso y de la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades (OMS, 2018).

La causa fundamental del sobrepeso y de la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, así como un descenso en la actividad física; esto a la vez es consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados con las nuevas tecnologías de la información, el desarrollo social y con la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, la educación y la agricultura (OM2, 2018).

Se ha demostrado que la salud y la enfermedad se encuentran influenciadas por los estilos de vida, es decir, por la forma en que las personas viven, se alimentan, trabajan, asumen determinados riesgos y se relacionan con las demás personas (Alcaraz et ál., 2011; Bandura, 2001). En este sentido la obesidad no es sólo un problema de salud; es también un factor que interviene en la funcionalidad emocional del sujeto, determinante para su interacción con los demás, la realización personal y el estado de ánimo; con consecuencias tanto físicas como psicológicas (Bravo et ál., 2011; Korbman, 2010).

Algunas investigaciones muestran que el sobrepeso y la obesidad se relacionan con diferentes enfermedades crónicas incapacitantes que deterioran el funcionamiento y la calidad de vida de las personas. También se relacionan con el desarrollo y perpetuación de ciertas alteraciones psicopatológicas y con tasas de prevalencia hasta de un 84% (Reyes y Muñoz, 2018). En estos casos, los trastornos depresivos y de ansiedad han sido las entidades más comúnmente encontradas de acuerdo con Bersh

(2006) “La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y la expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un elevado costo emocional” (p. 539).

Los hábitos inadecuados de alimentación, la falta de ejercicio físico y la evasión de las revisiones médicas son conductas que contribuyen a los problemas de salud (Bandura, 1999). Las investigaciones han identificado que la definición de metas y otros procesos de toma de decisiones establecen el escenario necesario para el cambio personal; es aquí donde el pensamiento autoreferente interviene en varios estadios de iniciación y mantenimiento de conductas saludables que inciden en las personas para ejercer cierto control conductual sobre la vitalidad y calidad de su salud, ya que los hábitos derivados del estilo de vida la pueden fortalecer o desmejorar (Bandura & Locke, 2003).

Según la teoría sociocognitiva, la motivación y la acción humana están reguladas en gran medida por las previsiones, como mecanismo anticipatorio de control que implica tres tipos de expectativas: expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por los sucesos ambientales, independientemente de la acción personal; expectativas de acción-resultado, en las que el resultado sigue a la acción personal; y por último, la autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para ejecutar los procesos de acción (Oliven & Urra, 2007). Por lo tanto, las creencias de eficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, así como sobre el esfuerzo invertido para alcanzar esta meta y la persistencia para continuar luchando a pesar de las barreras y reveses que podrían debilitar la motivación (Bandura, 1987; Bandura, 1982).

Además, autores como Izquierdo, et ál. (2008) refieren que un elemento importante para entender el concepto de autoeficacia es discernir entre poseer las habilidades necesarias para hacer algo y estar lo suficientemente seguro de nuestros recursos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes.

La autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social como uno de los soportes de la motivación y del aprendizaje; además, el concepto ha sido adaptado a la psicología aplicada y a la enfermería como un importante predictor de conductas de salud. Así, la autoeficacia sería un importante predictor potencial para la modificación de la conducta en la pérdida de peso corporal (Oliven & Urra, 2007).

Existe evidencia empírica a favor de la consideración de la autoeficacia como un mecanismo mediador, ciertamente importante, en el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción de peso (Bernier y Poser, 1984; Bernier y Avard, 1986; Glynn y Ruderman, 1986; Blair, Booth, Lewis y Wainwright, 1989; Brownell y Wadden, 1992; Clark, Cargill, Medeiros y Pera, 1996; Dennis y Goldberg, 1996, como se citó en Ruíz et ál., 2003; Ruíz et ál., 2002).

En adición, el estudio de los rasgos de personalidad ha permitido comprender mejor los comportamientos alimentarios en la obesidad. No obstante, aún son pocos los estudios realizados para comprender los constructos psicológicos subyacentes en términos de rasgos de la personalidad y su relación con la autoeficacia (Elfhag y Morey 2007; Peterson et ál., 2010).

En todo caso, a nivel internacional continúan siendo escasos los estudios centrados en el papel que puede desempeñar las expectativas de autoeficacia en los comportamientos de ingesta alimentaria; en el caso de Colombia, no se encuentran trabajos elaborados al respecto, ni se han realizado estudios en los que se utilicen los instrumentos más importantes para medir la autoeficacia en la obesidad.

Método

En el presente artículo de revisión, la información se localizó en diferentes bases de datos científicas y especializadas en temas de salud y psicología, teniendo como categorías de búsqueda la autoeficacia en la salud y la autoeficacia en el control de peso en los últimos quince años (2004 a 2019) a nivel nacional e internacional.

Análisis de la Información Relevante Encontrada

La Autoeficacia

Bandura (1999) definió a la autoeficacia como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (p.19); por ello, resulta razonable inferir que nada influye tanto en la vida diaria de cada ser humano como la opinión que este tenga de su eficacia personal (Bandura, 1987). La autoeficacia es una competencia personal que modula los procesos cognitivos, emocionales y conductuales para afrontar situaciones potencialmente estresantes (Girardi, 2018). Bandura también trabajó sobre los “autoprosos”; es decir, aquellos procesos de pen-

samiento que involucran las metas personales, la autoevaluación y las consideraciones acerca de las propias capacidades de desenvolvimiento del individuo (Cerrone & Lawrence, 2009; Cid et ál., 2010).

La autoeficacia es un juicio relativo al contexto de habilidad personal para organizar y llevar a cabo un curso de acción, a fin de alcanzar los niveles esperados de eficacia, mientras que el autocontrol se relaciona con las interacciones conductuales en las que la persona deja de emitir una respuesta que irá seguida de consecuencias negativas, pero que, a largo plazo, supondrá consecuencias positivas; es diferente poseer las destrezas autoregulatoras a ser capaz de aplicarlas persistentemente ante las dificultades, los estresores y las situaciones competitivas (Manrique et ál., 2005; Vinaccia et ál., 2005).

La motivación y la acción humana están reguladas por mecanismos anticipatorios de control, entre los cuales se destaca la autoeficacia percibida, la cual influye en la determinación de metas, en las conductas de perseverancia y capacidad de recuperación frente a situaciones adversas en el cumplimiento de dichas metas. En este orden de ideas, cuanto mayor sea la percepción de autoeficacia, mejor tiende a ser el desempeño del individuo (Vinaccia et ál., 2005; Sánchez et ál., 2008).

Cabe añadir que, las creencias, respecto a la capacidad personal, influyen de acuerdo con las metas que las personas eligen y al compromiso que adquieren con ellas (Oettingen, 1999). Como componente de previsión, las creencias de eficacia pueden motivar a las personas a predecir sucesos y a desarrollar vías para controlar aquellos que las afectan (Zimmerman, 1999; Zimmerman, 2005).

Para Bandura (1999 y 1987), las creencias de las personas en torno a la eficacia se desarrollan por cuatro procesos. El primero surge de las experiencias de dominio, en las que la superación de obstáculos mediante el esfuerzo perseverante aporta la prueba más auténtica de que se puede reunir todo lo necesario para alcanzar el éxito, incluso cuando no es fácil. El segundo modo de crear y fortalecer las creencias de eficacia tiene que ver con experiencias vicarias presentadas por modelos sociales; por ejemplo, cuando se observa a una persona similar que alcanza el éxito tras esfuerzos perseverantes, las creencias del observador en sí mismo aumentan.

En tercera instancia, la persuasión social puede fortalecer las creencias de las personas respecto de su capacidad para alcanzar el éxito. La autoeficacia persuasiva conduce a la persona a esforzarse todo lo necesario para alcanzar el éxito, fomentando el desarrollo de destrezas y la sensación de eficacia personal (Bandura & Locke, 2003). En el cuarto modo, los estados emocionales de las personas permiten juzgar

sus capacidades, e interpretar sus reacciones al estrés y tensión como señales de vulnerabilidad ante una escasa ejecución; por lo tanto, el estado de ánimo positivo fomenta la autoeficacia percibida y el estado de ánimo negativo la reduce (Rey et ál., 2000).

Por consiguiente, la intensidad de las reacciones emocionales o físicas son tan importantes como el modo en que se perciben e interpretan (Bandura & Locke, 2003). Esto significa que la información relevante para juzgar la eficacia personal, con independencia de cómo haya sido transmitida (activa, vicaria, persuasiva o afectivamente), no es instructiva, ya que va adquiriendo importancia mediante el procesamiento cognoscitivo, y a la vez, por otros factores personales, sociales y situacionales, los cuales influyen en la interpretación de las experiencias relevantes de eficacia.

Los resultados de diversas líneas de investigación han revelado que la percepción de la autoeficacia ejerce un considerable impacto en el desarrollo humano y la adaptación. Las personas con un alto sentido de autoeficacia aumentan su funcionamiento sociocognitivo en diferentes dominios, y afrontan las tareas difíciles percibiéndolas como modificables, y menos amenazantes (Flores, 2010; Bandura & Locke, 2003). De esta manera, el éxito en los objetivos propuestos no suele conseguirse hasta que se hayan elaborado y ensayado formas alternativas de conducta y estrategias que requieren un esfuerzo perseverante.

Desde la perspectiva generalizada, la autoeficacia como variable positiva del self se halla entre las estructuras de la personalidad que pueden ejercer un efecto protector frente a la aparición de enfermedades o trastornos en la salud (Ríos, 2010). Por otra parte, los procesos activados por la eficacia capacitan a las personas para crear entornos benéficos y ejercitar el autocontrol (Bandura, 1999).

En resumen, las creencias de autoeficacia son el producto de un complejo proceso de autopersuasión, pues los logros humanos y el bienestar personal requieren de un sentido optimista de la propia eficacia. De este modo, la autoeficacia percibida interviene en las conductas de salud y en la generación de hábitos que la fortalecen, como se expondrá a continuación.

La autoeficacia y las conductas generales de salud

Dentro de los diferentes dominios en los que la autoeficacia ha sido evaluada, es posible mencionar los siguientes: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, consumo de tabaco, ejercicio físico, reducción de peso, y habilidad para recuperarse de problemas de salud o evitar potenciales riesgos a esta.

Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias benéficas en el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Sénécal et ál., 2000; Vinnacia, 2005).

Muchos de los efectos biológicos y psicológicos de la autoeficacia percibida surgen en el contexto del manejo de estresores agudos y crónicos (Moreno et ál., 2005). Cada vez más estudios confirman empíricamente el fortalecimiento físico en las personas, derivado del manejo satisfactorio de estresores (Rueda & Pérez, 2004). Los individuos que presentan una enfermedad no perciben claramente la relación entre su comportamiento y las consecuencias que este produce, lo que lleva al paciente a creer que nada de lo que haga puede mejorar su situación; por ello, el aspecto central, de acuerdo con la teoría de Bandura, es la iniciación y persistencia de una conducta concerniente a las habilidades, capacidades conductuales y posibilidades de ser capaz de enfrentar con éxito una situación, acorde con las demandas medioambientales y sus cambios (Vinnacia, 2005). Así pues, la autoeficacia es uno de los mejores predictores para llevar a cabo determinadas conductas de salud.

En este sentido, con relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la incidencia de estos. En adición, los estudios indican consistentemente que tienen más probabilidad de evaluar su salud como buena, hallarse menos enfermos, y recuperarse con más rapidez que las personas con baja autoeficacia (Vinnacia, 2005). Sin duda, la autoeficacia genera estrategias de afrontamiento positivas, ya que tiende a no evitar situaciones y a persistir en las tareas. Todo ello contribuye a mantener altos niveles de actividades saludables, lo que redundaría en una mejor calidad de vida de los pacientes (Contreras et ál., 2006; Vallejo et ál., 2009).

En un estudio realizado en la Clínica Bolivariana de Medellín, se reveló que cuando el paciente tiene altos niveles de autoeficacia disminuye el dolor experimentado, la desesperanza y la incapacidad funcional. En el caso de los pacientes con artritis reumatoide que poseen un alto nivel de autoeficacia confían en su habilidad para afrontar el dolor y los demás síntomas de la artritis, mientras que las personas con bajo nivel de autoeficacia tienen mayores sentimientos de incapacidad funcional, más quejas de dolor y mayor desesperanza aprendida. Lo anterior revela que una autoeficacia adecuada permite asumir de manera más favorable la enfermedad y adaptarse a los cambios en el estilo de vida que esta conlleva. Por tanto, las expectativas de autoeficacia se relacionan de forma negativa con las reacciones emocionales de ansiedad y depresión, mientras se asocian de forma positiva con la persistencia en la actividad (Vallejo et ál., 2009).

La aplicación de la teoría de la autoeficacia para la salud ha demostrado una amplia gama de resultados en diversos escenarios, y vislumbra otros potenciales. Por ejemplo, influye en el comportamiento de las personas por sus efectos, a saber, gasto de esfuerzo, respuestas a variadas situaciones de la vida, y persistencia frente a crisis relacionadas con la salud. Dicho de otro modo, la autoeficacia cumple un papel fundamental en la autorregulación de la conducta, como por ejemplo en el uso de sustancias psicoactivas, así como en el control del apetito, y cuidado de la salud sexual (O'Leary, 1992; Flores, 2010).

Actualmente, cuando se estudia la percepción de eficacia personal para el afrontamiento de situaciones críticas, se hace necesario conocer la percepción que la persona tiene de su enfermedad, en especial, la percepción que gira en torno a las dimensiones cognitivas (consecuencias de la enfermedad, duración de la enfermedad, control personal, efectividad del tratamiento, identidad) y emocionales (conciencia acerca de la enfermedad, emociones generadas por la enfermedad y comprensión de la enfermedad); lo anterior, relacionado con la autoeficacia (buena o mala) así como la percepción (positiva o negativa) de la enfermedad, tiene una relación directa con la capacidad del individuo para generar conductas que protegen su salud (Gaviria, 2009).

En respuesta a los anterior, el modelo biopsicosocial puede ser útil para comprender las diferentes enfermedades y la incapacidad, sirviendo como guía para la intervención. Tener en cuenta factores psicológicos y/o sociales en el tratamiento puede modificar potencialmente la experiencia de una enfermedad crónica; el enfoque personal y social son complementarios y no contrapuestos, pues los dos mejoran la calidad de vida. Es decir, cuanto menor influencia ejerzan sobre las condiciones de vida de las personas, mayor será el control que les conceden, y las barreras psicológicas creadas por las creencias de indefensión colectiva son más desmoralizantes y debilitadoras que los impedimentos externos (Bandura, 1999).

En conclusión, las enfermedades pueden tener un origen u otro, pero de los más relevantes son las conductas que ponen en riesgo la salud, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la malnutrición, la falta de ejercicio físico, las prácticas sexuales arriesgadas y el desconocimiento de las prácticas preventivas (Bandura, 1999).

La obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial con una prevalencia que va en aumento en el mundo entero (Bégin et ál., 2006; Kleifinger et ál., 2008), cuyas consecuencias para las personas que la sufren pueden ser tan graves que la International

Obesity Task Force la considera un problema mundial de salud pública. El incremento abrupto de la obesidad, que ha ocurrido en décadas recientes, se debe principalmente a cambios importantes en la alimentación de la población, deficientes hábitos de actividad física y otros factores de índole sociocultural. Por ello, la adopción de prácticas saludables sería la mejor estrategia para el control del peso y sus consecuencias, pero estas estrategias deben ser sustentadas desde teorías psicológicas (Lugli & Vivas, 2011).

La obesidad es un estado adaptativo que, según su grado y especialmente su duración, puede transformarse en una enfermedad (Montero, 2002). En la mayoría de pacientes que desarrollan obesidad es difícil establecer una única causa, ya que la obesidad se debe a la interacción entre genes y ambiente que se asocian a problemas endocrinos de desarrollo físico e intelectual (Rubio et ál., 2004). Por lo tanto, podría decirse que la obesidad se relaciona con la inadaptación de los genes humanos en un ambiente que se ha vuelto tóxico (Bégin et ál., 2016).

Asimismo, es bien sabido que la obesidad aumenta sustancialmente no sólo el riesgo de diabetes y de enfermedad cardiovascular, sino también ciertos tipos de cáncer, enfermedades biliares, morbilidad y mortalidad, así como otras enfermedades altamente prevalentes (Korbman, 2010; Daza, 2002; Stice et ál., 2009). Por todos estos efectos, se ha establecido como la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, después del tabaco (Rubio et ál., 2004). Así, la obesidad afecta a un gran porcentaje de la población de países desarrollados, de todas las edades, sexos y condiciones sociales (Korbman, 2010; Montero, 2002).

En el caso de Colombia, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, existe exceso de peso, incluyendo sobrepeso y obesidad, en el 46% de la población adulta. Para afrontar este problema, se sancionó la ley contra la obesidad (Ley 1355 de 2009) la cual declara esta enfermedad como un problema de salud pública. El objetivo de esta ley es ampliar la cobertura sanitaria mediante su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud (POS), e iniciar la prevención en la población estimulando una alimentación balanceada y saludable (Savino, 2011).

Posteriormente la OMS, indica que el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y

la obesidad (OMS, 2018; Lugli, 2011). Dado que este problema también tiene su raíz en factores sociales, culturales, de comportamiento, y no solo fisiológicos, metabólicos y hereditarios (Daza, 2002), los constructos psicológicos, como la autoeficacia empiezan a tomar interés en torno a este tema

Son de particular importancia factores psicológicos como la ansiedad, la depresión y los trastornos de la alimentación, en especial el trastorno por atracones. Actualmente se reconoce que varios factores conductuales y de estilo de vida son determinantes tanto de causas del problema como del éxito del tratamiento para la obesidad (Bersh, 2006; López et ál., 2007).

Aspectos Psicológicos de la Obesidad

Durante varios años se ha mantenido la teoría de que los obesos son personas que tienen problemas de personalidad que buscan aliviar mediante la conducta de comer. Asimismo, es importante destacar que se encuentran más investigaciones referentes a las consecuencias de la obesidad que a sus antecedentes (Vázquez y Lopés, 2001). Al respecto, Sutin et ál. (2011) indican que la obesidad es difícil de definir desde el punto de vista psicológico. Aún no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias, en tanto, es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal.

Desde esta perspectiva, la obesidad es vista como un síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad, convirtiéndose en un tema de gran debate en los profesionales de la salud mental (médicos, psiquiatras y psicólogos) (Sutin et ál., 2011).

Por otra parte, se ha encontrado que las respuestas individuales a los tratamientos de obesidad son muy heterogéneas, presentándose un alto grado de variabilidad en el cambio de peso después de la aplicación de terapias de comportamiento o de los procedimientos quirúrgicos requeridos (Bravo et ál., 2011; Panfilis et ál., 2008).

Bravo et ál. (2011) indican que la génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores y así mismo agrega que los hábitos alimenticios familiares son un fuerte detonador de la obesidad. De igual forma,

Bersh (2006) destaca que muchas personas refieren que comen más cuando se sienten angustiadas, deprimidas, cansadas o solas, es decir que la sobreingesta podría ser un tipo de respuesta desadaptativa a la tensión.

Algunas investigaciones (Clark y King, 2009; Matsuo et ál., 2010) indican que ciertos rasgos de la personalidad están involucrados como factores importantes en la regulación del peso. En particular, la actitud de confiar en otros y ser sensible a las señales sociales (dependencia de la recompensa) predice a corto plazo el compromiso con el tratamiento.

Asimismo, los estudios de neuroimagen han identificado regiones que aparecen para codificar recompensa subjetiva del consumo de alimentos. El consumo de alimentos sabrosos, en relación con el consumo de alimentos difíciles de digerir o alimentos sin sabor, se traduce en una mayor activación de la corteza orbitofrontal lateral derecha, el opérculo frontal y la ínsula. Además, el consumo de alimentos apetecibles en los obesos da lugar a la liberación de dopamina en el núcleo estriado, lo que indica deficiencias en los receptores de dicho neurotransmisor (Stice et ál., 2009).

En esta línea de ideas, existen tres dimensiones psicológicas asociados a la ingesta: el comer emocional (tendencia a comer en respuesta a emociones negativas); el acto de comer (inducido por señales externas de los alimentos como la vista, el olfato y el sabor): y la restricción alimentaria (determinación consciente para restringir la ingesta de calorías y controlar el peso). Al analizar en la obesidad los rasgos de la personalidad y el control de la conducta alimentaria, en estas tres dimensiones se encuentran correlaciones positivas entre el comer emocional y los rasgos de neuroticismo, y en particular, la impulsividad y la depresión. Así, el comer inducido por factores externos se asocia con la impulsividad, mientras que la alimentación restringida se relaciona con una elevada responsabilidad y menor neuroticismo. Esto implica que los intentos de controlar la ingesta de alimentos y el peso corporal se manifiesta en la restricción alimentaria y se asocian con una mayor seguridad de la persona y también un estilo de personalidad más extrovertido y con emociones más estables (Elfhag y Morey, 2007).

Así, la impulsividad y una baja autodisciplina indican un autocontrol deficiente, por lo tanto, en los pacientes del comer emocional y del comer externo, es preciso implementar tratamientos personalizados para controlar los impulsos y promover la restricción alimentaria que es esencial para la disminución del peso corporal en los obesos. El sobrepeso y la obesidad se relacionan con diferentes enfermedades crónicas, incapacitantes que deterioran el funcionamiento y la calidad de vida de los individuos.

Además, se relacionan con el desarrollo y perpetuación de alteraciones psicopatológicas con tasas de prevalencia hasta de un 84%. Particularmente trastornos depresivos y de ansiedad (Elfhag y Morey, 2007; Peterson et ál., 2010).

Al mismo tiempo, la asociación entre la obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud, es probablemente la consecuencia más relevante de la obesidad desde el punto de vista psicosocial (Bégin et ál., 2006); ya que socialmente la obesidad está asociada con la discriminación, particularmente de las mujeres en términos de búsqueda de empleo y en la relación de pareja; además, psicológicamente, se asocia con la disminución del sentido del bienestar, especialmente en lo que respecta a la salud, la movilidad y el acceso a lugares públicos.

El papel de la salud mental en el estudio y manejo de la obesidad no es sencillo, es de destacar que, según las investigaciones, el trastorno de la alimentación que acompaña frecuentemente a la obesidad es el trastorno por atracón; y el interés en esta alteración de conducta alimentaria ha venido en aumento, ya que los pacientes obesos que presentan este trastorno de la alimentación tienen mayor grado de impulsividad y mayor comorbilidad psicopatológica que los obesos sin atracón. Una de estas comorbilidades es la depresión, muy probablemente relacionada con los sentimientos de pérdida de control y poca autoestima (García et ál., 2009; Gempeler, 2005).

También es importante mencionar que en personas obesas se presenta una mayor prevalencia de eventos traumáticos, como: abuso sexual infantil, maltrato o negligencia de los padres. Tales eventos pueden repercutir en los patrones de alimentación y en las estrategias de afrontamiento que se han relacionado con la obesidad en algunos individuos (Reyesj y Muñoz, 2008). La investigación de Sutin, et ál. (2011) sugieren que el peso corporal puede influir en el desarrollo de la personalidad en la edad adulta, y a que se ha asociado con cambios en una variedad de estados psicológicos; por ejemplo, estados depresivos en las personas que suben de peso y mejor estado de ánimo y calidad de vida en las que bajan de peso. Por ende, las ganancias y pérdidas de peso parecen tener impacto en la percepción de sí mismo y de la imagen corporal, pero se desconoce si estos hechos también tendrían un efecto significativo sobre los rasgos de la personalidad, por ello, es necesario adelantar investigaciones al respecto en el contexto colombiano, particularmente durante la adolescencia y la adultez temprana.

Los anteriores hallazgos mencionados sugieren que la evaluación de la personalidad puede ser útil en la comprensión de la obesidad, y además se requiere nuevas investigaciones para reunir información sobre el papel de múltiples variables como la

autoeficacia en el tratamiento exitoso de la obesidad, igualmente, estos tratamientos deben buscar mejorar integralmente los aspectos físicos, emocionales y sociales del individuo (perspectiva biopsicosocial).

Control del peso y autoeficacia

La persona que desea bajar de peso debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimentaria, así como cumplir con una rutina de ejercicios de forma regular, lo que implica una participación activa en la modificación de su conducta, ya que los resultados dependen en gran medida del control logrado para obtener un cambio permanente en su estilo de vida (Roman et ál., 2017). Hoy en día no se pone en duda la necesidad de incluir el entrenamiento en estas habilidades en los programas para el control del peso, con el objetivo de asegurar que se aumente la probabilidad de ocurrencia de conductas saludables, tales como una ingesta alimentaria adecuada y la práctica regular de ejercicios (Lugli et ál., 2009).

Los estudios sobre tratamientos para la obesidad reportan altas tasas de deserción, escasos resultados a largo plazo, y a pesar de tratamientos largos e intensivos parece que la mayoría de las personas vuelven a recuperar el peso perdido. Por ello, es necesario fundamentar un modelo teórico para ayudar a conocer con antelación los mecanismos de mediación y lograr mejorar el tratamiento de la obesidad. En respuesta, la teoría de la autoeficacia de Bandura es un integrador cognoscitivo de aprendizaje social que ha demostrado ser útil en una variedad de contextos de tratamientos en salud (Mathew et ál., 1991; Papiés y Hamstra, 2010).

La autoeficacia es un importante predictor de la adopción y mantenimiento de comportamientos para el control de peso durante el tratamiento, y aumenta la confianza en la capacidad para controlar la conducta alimentaria y para el mantenimiento del peso perdido a largo plazo (Ames et ál., 2012). Se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema a través de un enfoque que considere ciertas variables cognitivas (creencias), afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y ambientales (costumbres, hábitos familiares y otros). De hecho, se hace necesario un abordaje idiosincrásico y específico de cada paciente; surgiendo así, por lo tanto, la necesidad de realizar una evaluación completa de la personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso (Bravo et ál., 2011).

Aun cuando se ha señalado la relevancia de estas habilidades para el control del peso, no se encuentran suficientes estudios orientados a determinar si realmente las personas obesas poseen o no las destrezas cognoscitivas y conductuales adecuadas relacionadas para su control, y es donde surge la necesidad de disponer de instrumentos para su evaluación.

Escalas de Autoeficacia y Obesidad

Como se evidencia a continuación, los hallazgos en diferentes investigaciones sugieren que la autoeficacia es un importante predictor para la adopción y el mantenimiento de comportamientos para el control cuando se ha perdido peso, después de una dieta baja en calorías, el ejercicio o como el efecto de la cirugía para la pérdida de peso (Ames et ál., 2012). Es así, que Izquierdo et ál. (2008) diseñó la “Escala de autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés” (AEAE), entendiendo la autoeficacia como el conjunto de creencias en los recursos personales para manejar las situaciones demandantes y estresantes de una forma eficaz y competente.

En las revisiones de investigadores como Ruíz et ál. (2003) y Campos y Pérez (2007) se han arrojado resultados coincidentes que permiten afirmar que la autoeficacia parece guardar evidente relación con el número de abandonos en tratamientos dirigidos a la modificación de la ingesta excesiva, el número de intentos para reducir peso, el mantenimiento de las ganancias terapéuticas y con la estabilidad del peso en amplios períodos de tiempo. Además, otros estudios encuentran en la autoeficacia como la principal variable a tratar en el logro de una mayor pérdida de peso y la asocian como predictor de la intención de consumir alimentos bajos en calorías, como lo son, las frutas y las verduras (Ruíz et ál., 2003; Lugli, 2011; Roman et ál., 2007; Menéndez y Orts, 2018).

En investigaciones sobre la autoeficacia para la pérdida de peso en mujeres afroamericanas, concluyeron la importancia de considerar este constructo en la aplicación de programas de intervención para bajar de peso. También, se estableció que las estrategias para hacer frente a comportamientos específicos de reducción de grasa, tienen el potencial de ser más eficaces cuando se adaptan a las características específicas individuales, tales como origen racial, y las tareas específicas de dominio de la autoeficacia (Martin et ál., 2004.). Estos hallazgos apoyan la postulación de Bandura en cuanto a que las metas personales mejoran el rendimiento y son coherentes con su propuesta de autocontrol del sistema, ya que la regulación individual de la conducta va dirigida a objetivos.

Otras investigaciones como la de Luszczynska et al. (2005) evaluaron la influencia de las cogniciones sociales en la determinación de comportamientos saludables referentes a la nutrición y a la actividad física en adolescentes de diferentes culturas (USA, Hungría, Turquía y Polonia). Los resultados mostraron que las conductas de autoeficacia, comparación social, y la percepción de pares predijeron los comportamientos que promueven la salud en los cuatro países, aunque se encontraron algunas diferencias en relación con el género. Los efectos de la variable autoeficacia, fueron similares en todos los países de estudio. Se concluyó, que las formas en que las personas piensan, así cómo se comportan, deben ser estudiadas con mayor frecuencia a la luz de la cultura y los factores del medio socioambiental (Schwarzer y fuchs 1999; Sniehotta et al., 2005).

Para entender mejor por qué y cómo las personas se comprometen en poner en práctica conductas saludables y abstenerse de hábitos de riesgo, se han desarrollado diversos modelos de comportamiento de salud conforme a los cuales las intenciones de comportamiento son vistos como un ingrediente clave en muchos de estos modelos (Stadle et ál., 2010; Schwarzer y fuchs 1999; Sniehotta et al., 2005). En particular, para que las acciones dirigidas al control del peso corporal sean efectivas, el individuo debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimentaria y mantener así un adecuado gasto calórico mediante la práctica regular de ejercicio físico (Roman et ál., 2007), lo cual dependerá en gran medida del tipo de creencias personales respecto al peso que se tenga. Por ello, se hace necesario contar con una medida válida y confiable que permita conocer las creencias relacionadas con el control del peso para su inclusión en los tratamientos psicológicos de la obesidad (Matsuo, 2009).

Ahora bien, la revisión de la literatura muestra que los instrumentos más utilizados para medir el constructo de autoeficacia son las escalas de autoinforme. Dentro de éstas, se distinguen dos grupos: a) Aquellas escalas que miden un sentido de eficacia específico. En relación con este tipo de medición, Bandura (1997 y 2001) plantea que es importante que las escalas se ajusten al dominio particular de funcionamiento objeto de interés. El otro grupo b) son aquellas escalas que miden un sentido general de autoeficacia. Dentro de éstas se puede destacar la Escala Generalizada de Autoeficacia. Esta escala ha sido traducida a veinticinco idiomas y utilizada en diversas culturas, en población adulta y adolescente desde los doce años (Suarez, 2000; Luszczynska et ál., 2005).

En el caso de México, Gómez et al. (2017) adaptaron y evaluaron un instrumento para medir la autoeficacia en niños con el fin de prevenir la obesidad, midiendo tres

componentes: la actividad física, la alimentación nutritiva y el control de la alimentación en situaciones emocionales, este último no había sido evaluado en otros instrumentos en niños. Estudios como éste exponen la necesidad de continuar investigaciones para aumentar el conocimiento sobre los dominios de la autoeficacia para la prevención de la obesidad y la necesidad de abordar la autoeficacia sobre otras conductas en salud. Los instrumentos más utilizados para evaluar las expectativas de autoeficacia en relación con la ingesta alimentaria son la Eating Self-Efficacy Scale (ESES) de Glynn y Ruderma realizada en el año 1986 y el Weight Efficacy Life-Style Questionnaire (WEL) (Cuestionario de Estilo de Vida Eficaz para el control de peso) de Clark, Abrams, Niaura, Eaton y Rossi en el año 1991. La escala ESES consta de 25 ítems dirigidos a medir dos hipotéticas dimensiones de la autoeficacia en situaciones relacionadas con el control de la ingesta: Afecto Negativo y Circunstancias Socialmente Aceptables. El instrumento se responde de acuerdo con una escala de siete puntos que oscila entre 1 (ninguna dificultad para controlar la alimentación) y 7 (máxima dificultad para controlar la alimentación). Y la versión castellana del cuestionario WEL que mide la percepción de autoeficacia en relación con la conducta alimentaria a través de tres dimensiones situacionales: Emociones Negativas, Presión Social y Malestar Físico. El instrumento está conformado por 12 ítems. Los sujetos deben puntuar su grado de confianza para resistir con éxito el deseo de comer en una escala de 10 puntos que oscila entre 0 (ninguna confianza) y 9 (mucha confianza) (Ames et al., 2012).

Asimismo, las relaciones encontradas entre la ESES y el WEL, y sus correspondientes factores, evidencian que los estados emocionales negativos juegan un papel importante en la explicación de los patrones de sobreingesta que se observan en individuos obesos y estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios previos (Ruíz et ál., 2002; Clark y King, 2009). Sin embargo, los hábitos de actividad física no han sido tomados en consideración ni en la ESES ni en el WEL. Por tanto, en futuras investigaciones ha de considerarse la inclusión de este tipo de variables en aquellos instrumentos dirigidos a evaluar la autoeficacia en el ámbito del control del peso (Ruíz, et ál., 2003; Ruíz et ál., 2002).

Para terminar, vale la pena destacar la investigación realizada por Lanceros et ál. (2015) quienes evaluaron si el inventario de autoeficacia percibida para el control de peso en población universitaria mexicana era reproducible y sensible arrojando resultados positivos; sugiriendo su uso para contribuir a su validación en diferentes grupos poblacionales y continuar con el análisis de la autoeficacia respecto a la modificación de los hábitos alimenticio y los patrones de actividad física.

Conclusiones

El concepto de autoeficacia fue propuesto por Bandura, el cual puede ejercer un efecto protector frente a la aparición de enfermedades o trastornos en la salud; ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como: el manejo de enfermedades crónicas, el uso de drogas, la actividad sexual, el fumar, el realizar ejercicio, el bajar de peso. También se relaciona con la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la misma.

La autoeficacia llevará a afrontar de forma más favorable los estresores y permitirá, a su vez, percibir un mejor estado de salud, e incluso llevar a cabo conductas más saludables que protejan frente a una posible enfermedad como las relacionadas con el sobrepeso y la obesidad.

La obesidad ha pasado de ser un problema estético a una enfermedad crónica, comórbida y es una de las principales causas de crisis de salud, por tanto, es considerada como un problema de salud pública con un alto costo. La presente revisión de la literatura sobre la autoeficacia en la obesidad y su relación con la salud, junto a las escalas aplicadas para dicho propósito, destacan la importancia académica e investigativa para continuar avanzando sobre los estudios de la obesidad dentro de una perspectiva biopsicosocial, que permitan el diseño y ejecución de investigaciones integrales sobre la autoeficacia en la obesidad y en el control del peso para el contexto colombiano.

Es necesario incluir constructos psicológicos tanto en actividades de prevención como intervención dirigidas al control del peso, dado que los estudios presentan la autoeficacia como un importante predictor en la adopción y el mantenimiento de comportamientos para el control del peso perdido después de una dieta baja en calorías, actividad física y por cirugía para la pérdida de peso.

Finalmente, podría sugerirse que las investigaciones futuras en Colombia se dirijan a evaluar la utilidad de escalas como el WEL y la ESES para la predicción tanto del cambio inmediato como del mantenimiento a largo plazo y para la comprensión de los problemas de compromiso al tratamiento de control del peso. Además, es relevante evaluar los trastornos comórbidos del estado de ánimo que puedan incidir en la obesidad.

Referencias

- Alcaraz, G., Lora, E. y Berrio, M. (2011). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 11–15. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100003>
- Ames, G., Heckman, M., Grothe, K. y Clark, M. (2012). Eating self-efficacy: Development of a short-form WEL. *Eating behaviors*, 13(4), 375–378. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.03.013>
- Bandura A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En Bandura, A. (Ed), Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual. (pp. 19-55). *Desclée De Brouwer*.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, (37), 122–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales*. Madrid: Martínez Roca.
- Bandura, A. (2001). Guía Para la construcción de escalas de Autoeficacia. Consultado el 20 de junio de 2018. <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>
- Bandura, A. y Locke, E. (2003). Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>
- Bégin, C., Pierre, M., Provencher, V. y Lemieux, S. (2006). Traitement de l'obésité: soutenir l'individu dans l'appropriation de sa démarche. *Canadian Psychology*, 47(4), 31–332. <https://doi.org/10.1037/cp2006021>
- Bersh, S. (2006). La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 537-546.
- Bravo, A., Espinosa, T., Mancilla, L. y Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 26(1), 115–123.
- Campos, S. y Pérez, J. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución de peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3), 127–131. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182007000300004>

- Cerrone, D. y Lawrence, A. (2009). Personalidad. Teoría e investigación. Manual Moderno.
- Chang, M., Brown, R. y Baumann, L. (2008). Self-efficacy and Dietary Fat Reduction Behaviors in Obese African-American and White Mothers. *Obesity Journal*, 16(5), 992–1001. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.20>
- Cid, H. P., Orellana, A. y Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica de Chile*, 138, 551–557. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>
- Clark, M. y King, T. (2009). Eating self-efficacy and weight cycling: a prospective clinical study. *Eating Behaviors*, 1(1), 47–52. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(00\)00009-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(00)00009-X)
- Contreras, F., Espinosa, J. y Esguerra, G. (2008). Calidad de vida autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revista de Psicología y Salud*, 18(2), 165–179.
- Daza, H. (2002). La obesidad: Un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 33(2), 72-80.
- Elfhag, K. y Morey, L. (2007). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9(3), 285–293. <https://doi.org/10.1016/j.eat-beh.2007.10.003>
- Flores, A., Gonzáles, A., Rangel, C. y Valencia, A. (2010). Validación del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos. *Revista de Psicología y Salud*, 20(1), 23–30.
- García, E., De la Lata, M., Kaufer, M., Tusié, M., León, R., Vázquez, V., Barquera, S., Caballero, A. y Orozco, L. (2009). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Segunda parte. *Salud Mental*, 32, 79–87.
- Gaviria, A., Richard, C. y Valderrama, M. (2009). Percepción de la enfermedad, ansiedad, depresión, autoeficacia y adhesión al tratamiento en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo II [tesis de pregrado, Universidad CES, Medellín].

- Gempeler, J. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25(2), 242–250.
- Girardi, P., Pardo, R., Rivas, A., Trueba, D., Mur, J. y Paez, N. (2018). Autoeficacia: Una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. Universidad del Salvador - Argentina. Consultado el 12 de mayo de 2019. http://www.scielo.org/bo/pdf/rap/v16n2/v16n2_a04.pdf
- Gómez, G., Platas, S. y Pineda, G. (2019). Programa de autoeficacia hacia hábitos saludables para prevención de la obesidad en escolares Mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 44–50. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.1.6>
- Gómez, G., Platas, S., Pineda, G., Gúzman, R. y León, R. (2017). Validation of a instrument of self-efficacy for the prevention of obesity in school children. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.004>
- Izquierdo, D., Godoy, J., López, I., García, C., Martínez, A., Gutiérrez, S. y Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20(1), 155–165.
- Kleifinger, S., Robles, J., Vásquez, J., Murillo, A., Silva, J., Esparza, R., y Etchegaray, A. (2008). Manga gástrica, manejo moderno del sobrepeso y la obesidad. *Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 10(1), 23–26.
- Korbman, R. (2010). Obesidad en adultos: Aspectos médicos, sociales y psicológicos. *Anales Médicos*, 55(3), 142–146.
- Lanceros, O., Salazar, E. y López, A. (2015). Validation and Standardization of the Weight Control Perceived Self-Efficacy Inventory in a Mexican College Population. *Aquichan*, 15(1), 44–51. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.5>
- López, M., Martínez, J., Remesar, X., Tebar, J. y Vidal, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española Obesidad*, 5(3), 135-175.
- Lugli, Z., Arzolar, M. y Vivas E. (2009). Construcción y validación del Inventario de Autoregulación del Peso. Validación preliminar. *Revista Psicología y Salud*, 19(2), 281–287.

- Lugli, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Revista Pensamiento Psicológico*, 9(17), 43–56.
- Lugli, Z. y Vivas, E. (2011). Construcción y validación del Inventario de Locus de Control del peso: resultados preliminares. *Revista Psicología Clínica y Salud*, 21(2), 165–172.
- Luszczynska, A., Gibbons, F., Piko, B. y Tekozel, M. (2005). Self-regulatory cognitions, social comparison, perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19(5), 577–59. <https://doi.org/10.1080/0887044042000205844>
- Manrique, E., Chia, N. y Valdez, J. (2005). Género, ansiedad social, autoeficacia general y autoeficacia en situaciones generales. *Revista de Psiquiatría y Salud mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 43–54.
- Martin, P., Dutton, G. y Brantley, J. (2004). Self-Efficacy as a Predictor of Weight Change in African-American Women. *Obesity Research*, 12(4), 646–651. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.74>
- Matsuo, T., Murotake, Y., Kim, J., Akiba, T., Shimojo, N., Kyu, M. y Tanaka, K. (2010). High general self-efficacy is associated with less weight loss under a supervised dietary modification program. *Obesity Research & Clinical Practice*, 4(2), 135–144. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2009.12.002>
- Matthew, C., Abrams, D. y Niaura, R. (1991). Self-Efficacy in Weight Management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 739–744. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.5.739>
- Menéndez, L. y Orts, M. (2018). Factores psicosociales y conductuales en la regulación de peso: autorregulación, autoeficacia y locus de control. *Enfermería Clínica*, 28(3), 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.02.005>
- Montero, J. (2002). Epidemiología de la obesidad en siete países de América Latina. *Formación Continuada en Nutrición y Obesidad*, 5(6), 325–330.
- Moreno, B., Garrosa, E. y Gálvez, M. (2005). Personalidad positiva y salud. Publicado en: Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jimenez, B. *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*, 42(1), 59–76.

- Oettingen, G. (1999). Perspectivas interculturales sobre autoeficacia. En Bandura, A. (Ed), *Auto-Eficacia: Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual*. (pp.131-155). Desclée De Brouwer.
- O'Leary, A. (1992). Self-Efficacy and Health: Behavioral and Stress-Physiological Mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 1(2), 229–245. <https://doi.org/10.1007/BF01173490>
- Oliveri, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Revista de Ciencia y Enfermería*, 9(1), 9–15.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Obesidad y Sobrepeso*. Centro de prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Panfilis, CH., Torre, M., Cero, S., Salvatore, P., Dall'Aglio, E., Marchesi, C., Cabrino, C. y Maggini, C. (2008). Personality and attrition from behavioral weight-loss treatment for obesity. *General Hospital Psychiatry*, 30(6), 515–520. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.06.003>
- Papies, E. y Hamstra, P. (2010). Goal Priming and Eating Behavior: Enhancing Self-Regulation by Environmental Cues. *Health Psychology*, 29(4), 384–388. <https://doi.org/10.1037/a0019877>
- Peterson, C., Thuras, P., Ackard, D., Mitchell, J., Berg, K., Sandager, N., Wonderlich, S., Pederson, M. y Crow, S. (2010). Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.003>
- Rey, M., Blasco, T., Borràs, F. (2000). Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre la autoeficacia. *Anales de Psicología*, 16(1), 23–31.
- Reyes, J. y Muñoz, R. (2008). Prevalencia y determinación de los factores de riesgo asociados con psicopatología en los candidatos a cirugía bariátrica en la Clínica Reina Sofía, Bogotá Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(3), 385–396.
- Ríos, M., Sánchez, J. y Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en los profesionales de Enfermería en cuidados intensivos y urgencias. *Revista Psicothema*, 22(4), 600–605.
- Roman, Y., Díaz, B. y Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Revista Clínica y Salud*, 18(1), 45–56.

- Rubio, M., Salas, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, B., Blay, V., Carraro, R., Formiguera, X., Foz, M., Pablos, P., García, P., Grier, J., Rueda, B. y Pérez, A. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(3), 205–219. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.9.num.3.2004.3980>
- Rueda, B. y Pérez, A. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(3), 205–219. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.9.num.3.2004.3980>
- Ruiz, V., Berrocal, C., López, A. y Rivas, T. (2002). Factor Analysis of the Spanish Version of the Weight Efficacy Life-Style Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 62(3), 539–555. <https://doi.org/10.1177/00164402062003010>
- Ruiz, V., Berrocal, C., López, A. y Rivas, T. (2003). Autoeficacia en el control de la conducta de ingesta. Adaptación al castellano de la Eating Self-Efficacy Scale. *Revista Psicothema*. 15(1), 36–40.
- Sánchez, R., Díaz, R. y Becerra, C. (2008). Medición de la auto-eficacia en el uso de estrategias de regulación emocional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4), 15–27.
- Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Revista Colombiana Cirugía*. 26, 180–195.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de autoeficacia. En Bandura, A. (Ed), *Auto-Eficacia Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual*. Desclée De Brouwer.
- Senécal, C., Nouwen, A. y White, D. (2000). Motivation and Dietary Self-Care in Adults With Diabetes: Are Self-Efficacy and Autonomous Self-Regulation Complementary or Competing Constructs. *Health Psychology*, 19(5), 452–457. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.5.452>
- Sniehotka, F., Cholz, U. y Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 20(2), 143–160. <https://doi.org/10.1080/08870440512331317670>

- Stadler, D., Oettingen, G. y Gollwitzer, P. (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>
- Stice, E., Spoor, S. y Zald, H. (2009). Relation of obesity to consummatory and anticipatory food reward. *Physiology & Behavior*, 97(5), 551–560. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2009.03.020>
- Suarez, P., Pérez, A. y Bértudez, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos psicométricos de la adaptación española. *Psicothema*, 12(2), 509–513. <http://www.psicothema.com/english/psicothema.asp?id=615>
- Sutin, A., Ferrucci, L., Zonderman, A. y Terracciano, A. (2011). Personality and Obesity Across the Adult Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 579–592. <https://doi.org/10.1037/a0024286>
- Vallejo, M., Comeche, M., Ortega, J., Rodríguez, M. y Díaz, M. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2(2), 28–34.
- Vázquez, V. y López, J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 91–96.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo, L., Cadena, J. y Anaya, J. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 129–42.
- Zimmerman, B. (1999). Autoeficacia y desarrollo educativo. En Bandura, A. (Ed), *Auto-Eficacia: Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual*. Desclée De Brouwer.
- Zimmerman, B., Kitsantas, A. y Campillo, M. (2005). Evaluación de la Autoeficacia Regulatoria: Una Perspectiva Social Cognitiva. *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa*, 5, 1–21.