



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TRABAJO DE INTEGRACION FINAL

**“Autoeficacia y Locus de Control en pacientes con sobrepeso u obesidad en
tratamiento de reducción de peso”**

Tutora

Analía Brizzio

Autor

López, Cristina

Buenos Aires, Argentina, Diciembre de 2013

Índice

2 -Introducción.....	4
3 Objetivos.....	6
3.1 Objetivo general:.....	6
3.2 Objetivos específicos:.....	6
4 Marco Teórico.....	7
4.1 Sobrepeso y obesidad.....	7
4.1.1 Definición y epidemiología.....	7
4.1.2 Etiología y desarrollo. Factores fisiológicos y ambientales.....	10
4.1.3 La obesidad como adicción.....	11
4.1.4 Otras teorías acerca de la obesidad.....	13
4.1.4.1 Teoría de la externalidad.....	13
4.1.4.2 Teoría restrictiva.....	14
4.1.4.3 Teoría Psicosomática.....	15
4.1.5 Tratamiento.....	17
4.1.5.1 Tratamientos típicos en la actualidad.....	17
4.1.5.2 Método.....	18
4.1.5.3 R se inscribe dentro de los tratamientos que combinan técnicas de modificación de la conducta y técnicas de cambio de los aspectos cognitivos con dietas de bajo contenido calórico, sin incluir fármacos. Por una parte incluye un cambio drástico en las conductas alimentarias a través de una dieta en la cual se controlan la cantidad y el contenido calórico de los alimentos. A través de este cambio se pretende lograr un cambio también en lo físico-químico, disminuyendo la sensación de hambre y la ansiedad de los pacientes.....	18
4.2 La Teoría Cognitiva Social y la perspectiva de la agencia humana.....	20
4.3 Locus de control.....	23
4.3.1 Locus de control y la teoría del aprendizaje social.....	23
4.3.2 Distinción entre expectativas de refuerzo y expectativas de eficacia.....	25
4.3.3 Locus de control. Diferencias según sexo.....	26
4.4 Autoeficacia.....	27
4.4.1 Conceptualizaciones y manifestaciones en la conducta.....	27
4.4.2 Fuentes de la autoeficacia.....	28
4.4.3 Procesos y mecanismos de regulación.....	30
4.4.4 Autoeficacia y diferencias de sexo.....	32
4.4.5 Autoeficacia y salud.....	33
4.5 Autoeficacia, Locus de control y los tratamientos de reducción de peso.....	33
5 Hipótesis:.....	35
6 Metodología.....	35
6.1 Tipo de estudio y diseño.....	35
6.2 Participantes.....	35
6.3 Instrumentos.....	36
6.4 Procedimiento:.....	37
7 Resultados.....	39
7.1 Objetivo 1: Describir la autoeficacia percibida y el locus de control en pacientes en tratamiento con sobrepeso y obesidad.....	39

7.2 Objetivo 2: Analizar la relación entre autoeficacia y pérdida de peso durante el primer mes de tratamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad.....	40
7.3 Objetivo 3: Analizar la relación entre locus de control y pérdida de peso al finalizar el primer mes de tratamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad.....	41
7.4 Objetivo 4: Determinar si existen diferencias en las variables autoeficacia y locus de control según sexo.....	42
7.5 Objetivo 5: Determinar si existe relación entre autoeficacia y locus de control con el índice de masa corporal (IMC) al inicio del tratamiento.....	42
8 Discusión.....	43
9 Conclusión.....	48
10 Referencias bibliográficas.....	53
11 Anexos.....	58

2 -Introducción

El presente Trabajo Final de Integración (TFI) se basa en la experiencia de residencia correspondiente a la Práctica Profesional V dentro de una institución especializada en el tratamiento de la obesidad y otros trastornos alimentarios. Su misión declarada es la lucha contra la obesidad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, aplicando el método desarrollado por el Dr. Ravenna, basado en los conceptos de corte, medida y distancia, y abordando la obesidad como una adicción de los pacientes a cierto tipo de alimentos.

El tratamiento tiene entre sus pilares el cambio radical de las conductas relacionadas con la ingesta, lo cual representa un gran esfuerzo para este tipo de pacientes, especialmente en los inicios del tratamiento y en la etapa de mantenimiento, una vez alcanzados los objetivos de descenso de peso. Este esfuerzo se relaciona con características de las personas en tratamiento que, en buena medida, estarían determinando las probabilidades de éxito y fracaso.

Considerando esto, surge el interés por analizar la relación existente entre el grado de sobrepeso/obesidad de los pacientes, y el descenso de peso logrado en el primer tiempo del tratamiento, con variables cognitivas tales como la *autoeficacia* y el *locus de control*. Ambos constructos refieren a creencias y expectativas, respectivamente, que tendrían un peso importante a la hora de evaluar la motivación y el compromiso con el tratamiento de los pacientes que se encuentran en tratamiento de reducción de peso.

Para ello se realizó un análisis cuantitativo en base a los datos correspondientes a una muestra de 30 pacientes que iniciaron este tratamiento, buscando evaluar el grado de relación entre ambos constructos y variables como el IMC al inicio del tratamiento y la pérdida de peso registrada durante el primer mes del mismo, con la finalidad de afirmar el conocimiento acerca de la importancia de las variables cognitivas en los tratamientos de reducción de peso y confirmar estudios realizados previamente en otros contextos con tratamientos similares.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que tanto la autoeficacia percibida

como la internalidad/externalidad del locus de control se encuentran relacionados con la eficacia en el logro de los objetivos del tratamiento, medida a través de la pérdida proporcional de peso de los pacientes durante el primer mes del mismo.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general:

Analizar la relación entre autoeficacia y locus de control y la pérdida de peso durante el primer mes de tratamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad.

3.2 Objetivos específicos:

1-Describir la autoeficacia percibida y el locus de control en pacientes en tratamiento con sobrepeso y obesidad

2-Analizar la relación entre autoeficacia y pérdida de peso durante el primer mes de tratamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad

3-Analizar la relación entre locus de control y pérdida de peso en pacientes en tratamiento con sobrepeso y obesidad

4-Determinar si existen diferencias en las variables autoeficacia y locus de control según sexo

5- Determinar si existe relación entre autoeficacia y locus de control con el índice de masa corporal (IMC) al inicio del tratamiento.

4 Marco Teórico

4.1 Sobrepeso y obesidad

4.1.1 Definición y epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (2012) define el sobrepeso y la obesidad en términos de una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede tener consecuencias negativas para la salud. En base a esta caracterización incluye ambos cuadros entre las enfermedades médicas compiladas en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992). Esta definición implica considerar a ambos fenómenos como enfermedades en términos médicos, caracterizadas por manifestaciones físicas-orgánicas y con consecuencias derivadas que también se presentan en el plano físico-orgánico.

En el campo de lo psicopatológico, la obesidad no es incluida entre los trastornos clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) elaborado por la American Psychiatric Association (APA, 2002). Esto implica que no existe un cuadro integrado de síntomas y características que distingan a la obesidad como un trastorno mental diferenciado. Aún así, es reconocido ampliamente que tanto el sobrepeso como la obesidad, pero especialmente esta última, se encuentran la mayoría de las veces asociados a trastornos de ansiedad, desórdenes afectivos y otros de diversa índole.

Independientemente de su caracterización psicopatológica la forma más comúnmente aceptada de diagnóstico del sobrepeso y la obesidad es aquella que recurre como indicador al Índice de Masa Corporal (IMC). El diagnóstico del sobrepeso y la obesidad depende entonces de la consideración del IMC, que expresa el peso en kilogramos de un individuo dividido por el cuadrado de su estatura medida en metros ($\text{Kg.} / \text{m}^2$). La propia OMC define el sobrepeso como la acumulación de grasa corporal hasta alcanzar un IMC igual o superior a 25 y de hasta 29. La obesidad por su parte se considera a partir de un IMC igual o superior a 30, identificándose distintos grados de presencia de la enfermedad de acuerdo al valor de este indicador (OMS, 2012).

La complejidad de su diagnóstico en términos psicopatológicos está relacionada con su etiología, que involucra múltiples factores diversos e interactuantes que se combinan en proporciones variables de una persona a otra. De entre ellos se han

considerado hasta el presente los relativos a la herencia genética, la influencia de hábitos como el sedentarismo y la ingesta excesiva de comida, y especialmente las disfunciones metabólicas, que en muchos casos explican en gran parte el exceso de grasa corporal acumulada. Los aspectos psicológicos y sociales han recibido menos atención que los anteriores, aunque existen estudios que analizan la relación entre la obesidad y distintos cuadros psicopatológicos (García & Méndez, 2001).

Dejando de lado los múltiples factores que intervienen en la explicación de las conductas que la originan, la causa directa del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías, que determina una acumulación de reservas de grasa corporal por encima de las que el cuerpo necesita o podría necesitar. Este desequilibrio se da como consecuencia de una ingesta excesiva de alimentos de alto valor calórico, simultáneamente con una escasa actividad física, que no alcanza para consumir más que un mínimo porcentaje de las calorías ingeridas (OMS, 2012).

Considerando la cuestión en términos sociales, el aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores tales como la modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, combinada con la tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización (García & Méndez, 2011; OMS, 2012).

Según un documento de la OMS (2012), la obesidad es el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo, y se estima que el número de habitantes del planeta con sobrepeso supera los 1,400 millones, mientras que algo más del 10% de la población mundial padece obesidad. Esto la convierte en una de las enfermedades que generan mayor preocupación a nivel mundial, tanto por su extensión geográfica y el crecimiento que ha registrado en las últimas décadas como por los riesgos que implica para la salud. En este sentido, puede decirse que la obesidad está asociada con un aumento de morbilidad e incluso de mortalidad debida a diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer (Must, Spadano, Coakley, Field, Colditz & Dietz, 1999; Malik, Willett & Hu, 2013).

Esta asociación entre obesidad y otras enfermedad presenta algunos casos notables. La relación entre obesidad y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), por ejemplo, es

tan fuerte que el riesgo de los obesos a desarrollar esta enfermedad es 93 veces mayor al que tienen las personas no obesas. La prevalencia de muerte súbita es 3 veces mayor en obesos, mientras la cardiopatía isquémica (CI) la enfermedad cerebrovascular (ECV) y la hipertensión arterial (HTA) son 2 veces más frecuentes en la población obesa que en la no obesa (Rodríguez Scull, 2004). El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 incluye la necesidad de superar la obesidad para lograr una verdadera recuperación (Day & Bailey, 2011).

Otras enfermedades y disfunciones físicas relacionadas con la obesidad son: apnea de sueño, que en casos graves puede llegar a producir daños cerebrales; hígado graso, que no sólo implica trastornos por el mal funcionamiento de este órgano, sino que puede desembocar en una cirrosis; disminución de la capacidad respiratoria, con consecuencias importantes para el metabolismo; y cálculos vesiculares (Ravenna, 2004).

Pero la obesidad no sólo expone a quien la padece a esta larga lista de enfermedades que se han mencionado en los párrafos anteriores, y que llevadas al extremo y en comorbilidad pueden llevar a la muerte, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, y otras.

Diversos estudios internacionales se han llevado a cabo para observar la comorbilidad entre obesidad y psicopatologías. En los Estados Unidos, en una encuesta epidemiológica con más de 140,000 personas se encontró que los obesos presentaban mayores niveles de trastornos de ansiedad, alcoholismo y trastornos del estado de ánimo (Petry, Barry, Pietrzak & Wagner, 2008; citado en Baile & González, 2011). En el mismo país, un estudio realizado con los datos de la encuesta nacional de salud mostraron que el sobrepeso y la obesidad estaban relacionados con episodios depresivos, fobias, trastornos de pánico y de personalidad antisocial (Pickering, Grant, Chou & Compton, 2007; citado en Baile & González, 2011).

Otros estudios llevados a cabo en Canadá, Francia, Suiza y España, muestran resultados similares, con importantes porcentajes de pacientes obesos presentando trastornos de ansiedad, depresión, fobia social, niveles elevados de estrés y dificultades para las relaciones sociales (Baile & González, 2011)..

Respecto de esto último, el modelo corporal de la sociedad actual y el nivel de exigencia para adecuarse a ese modelo que los medios de comunicación transmiten

implican una estigmatización del obeso. Esta estigmatización tiene sus consecuencias para la autoestima de los pacientes, y en muchos casos complican sus relaciones interpersonales, y afectan sus posibilidades de acceso a empleos bien remunerados.

4.1.2 Etiología y desarrollo. Factores fisiológicos y ambientales

Como sucede con muchas otras enfermedades, se ha establecido que la obesidad es el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales. El factor genético explica en realidad un pequeño porcentaje de la prevalencia de la enfermedad, en contra de lo que muchas veces indica el sentido común. Sobre esa base genética actúan otros factores que intervienen en la regulación del apetito y la sensación de saciedad, algunos de tipo neurofisiológico y hormonales, es decir biológicos, y otros psicológicos, y sociales, más claramente relacionados con el ambiente (Villalta Lozano & Soto González, 2010).

A nivel fisiológico se han descubierto muchas sustancias que intervienen inhibiendo o estimulando la ingesta de alimentos. Las más importantes son la leptina, entre las hormonas, la grehлина, la insulina y el neuropéptido Y. A través de la acción de estas sustancias y de mensajeros químicos como la dopamina y la serotonina, el sistema nervioso central en conjunción con el sistema endócrino regulan las conductas de ingesta (Villalta Lozano & Soto González, 2010). La insulina es uno de los principales transmisores de la señal de que existen ya reservas de grasa suficientes en el cuerpo. Esto serviría como mecanismo regulador a largo plazo, pero no de la conducta de ingesta en forma directa. La leptina y la grehлина también actúan en el corto plazo cuando son segregadas a nivel gástrico. La grehлина, por ejemplo, estimula también la producción del neuropéptido Y, por lo cual podría intervenir en el momento mismo de la ingesta (Sorlí Guerola, 2008).

Por otra parte existe un conjunto de factores ambientales y sociales que inducen la obesidad, algunos de los cuales se han mencionado anteriormente al caracterizar a esta enfermedad. Entre ellos se encuentran el estilo de vida urbano moderno, con sus pautas de comportamiento alimentario que, muy típicamente, conducen a ingestas calóricas excesivas e hipergrasas debido al crecimiento del tamaño de las raciones y la accesibilidad de los alimentos. Al mismo tiempo el ritmo de vida, favorece el aumento de las comidas rápidas y del sedentarismo, lo que impacta en el equilibrio de calorías

netas ingresadas (Ravenna, 2004, Villalta Lozano & Soto González, 2010, OMS, 2012).

En muchos casos el rol de la familia en el surgimiento de las conductas que llevan a la obesidad es crítico. Los hábitos nutricionales se van formando desde la niñez, de acuerdo con las costumbres y prioridades que le transmiten los padres y lo que observa dentro de su familia. Cuando ante las primeras señales de ingesta excesiva y riesgo de sobrepeso las familias no evalúan esto como un problema, sino que considera que es un comportamiento saludable, muy probablemente se fijan hábitos y estilos de relación con la comida que predisponen al sobrepeso y la obesidad (Barceló Acosta & Borroto Díaz, 2001).

4.1.3 La obesidad como adicción

Si se considera a la obesidad como una adicción, podría decirse que la conjunción de estos factores es lo que contribuye a contruir personalidades con tendencia a desarrollar conductas de adicción con respecto a la comida, que llevan a la obesidad en el mediano o largo plazo.

Ravenna (2006) describe la personalidad adictiva como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo. La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

1. objeto droga: si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.

2. la persona: una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora, a la vez se deja invadir.

3. la familia: ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos y otros.

4. factores socioculturales: la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño. Esa dependencia hace que el obeso adapte su estilo de vida al mantenimiento de la

conducta adictiva la cual si se mantiene en el tiempo seguirá con la negación de los efectos agresivos minimizando, justificando y auto engañándose; es en esta etapa cuando se involucra el entorno.

En la conjunción de estos factores se da el origen y desarrollo de la obesidad como adicción, teniendo en cuenta que no se trata de una cuestión de todo o nada, sino que gradualmente se va desarrollando la compulsión, la dependencia y el deterioro físico y psíquico que caracteriza a las adicciones .

Puede ser motivo de discusión el carácter adictivo de la comida como tal, pero existe evidencia de que ciertos comportamientos motivados psicosocialmente pueden llevar al desarrollo de circuitos bioquímicos similares a los que se observan en la adicción a sustancias. De hecho existen indicios de que los circuitos neurales que regulan la conducta alimentaria son en parte compartidos con los que se ponen en juego en la adicción a las drogas (Rada, Avena & Hoebel, 2005).

Dentro del síndrome adictivo, las *adicciones de ingesta* se definen como una patología vincular, es decir que no se trata de la comida, la sustancia o la cosa en sí, sino de la relación que se establece con esa cosa. En el caso de la comida, que es algo naturalmente necesario, pueden existir muchos grados de adicción, más que los reconocibles en las adicciones a drogas . En las referencias anteriores a las consecuencias de la obesidad en materia de enfermedades, se trata generalmente de los grados más avanzados de enfermedad, es decir a las adicciones más fuertes. En el caso de que no se desarrolle la adicción hasta tal punto, pueden surgir sin embargo problemas psicológicos.

La base genética ya mencionada, entra a jugar aquí un papel importante: si una persona con predisposición genética a acumular como grasa los excesos de calorías ingeridas, ha desarrollado una adicción a la comida, aún cuando no haya llegado a un nivel grave, puede llegar con mayor rapidez a un grado de obesidad que represente un problema para su salud .

En una etapa final de la enfermedad las conductas son automáticas y están manejadas casi completamente por las emociones. Es aquí cuando puede decirse con propiedad que no es la comida lo adictivo, sino que la adicción reside en la relación particular que la persona tiene con ella.

4.1.4 Otras teorías acerca de la obesidad

4.1.4.1 Teoría de la externalidad

Schachter, Goldman y Gordon (1968, citado en Sánchez & Iruarrizaga, 2005) formularon la teoría de la externalidad. Esta teoría parte de una diferenciación de los estímulos en internos y externos, para postular que los sujetos con sobrepeso son particularmente insensibles a las señales fisiológicas internas como la motilidad gástrica, pero que, fundamentalmente, la ingesta excesiva de los sujetos obesos no se explicaría por estos factores internos, sino que estaría determinada en gran medida por estímulos o señales ambientales externos relacionados con la comida como el olor o el gusto. El deseo de comer, desde esta perspectiva, sería la respuesta a un estímulo visual u olfativo que llama la atención del obeso, a un punto que este no es capaz de resistir. En este caso, para evitar el aumento de ingesta en las personas con obesidad se recomendaba el control de estímulos y control ambiental, junto con entrenamiento en técnicas en control de la impulsividad en el marco de los tratamientos conductuales.

A partir de esta distinción entre señales internas y externas, y el acento puesto en las últimas, se generó una gran cantidad de investigación en los años siguientes que no lograron comprobar esta teoría. Por el contrario, se encontró evidencia en contra de los planteamientos de esta teoría, aportada por diversos estudios que demostraron que (Sánchez & Iruarrizaga, 2005):

a. La respuesta a las señales externas aparece en individuos de todas las categorías de peso, y que la ganancia de peso no estaba determinada de manera exclusiva por la tendencia a responder a ese tipo de señales.

b. La pérdida de peso no produce cambios en el grado de respuesta de los sujetos a las señales externas.

c. La sensibilidad a señales internas no es una característica única de los sujetos de peso normal.

d. Las señales internas y externas interactúan en la regulación de la ingesta. Si bien estímulos externos pueden influir directamente en el estado interno, produciendo un elevado nivel de activación, para que se llegue a producir un aumento de la ingesta y una ganancia de peso a corto plazo, es importante la percepción de las señales internas que en ciertos casos favorecen la importancia de los estímulos externos.

Estas ideas a su vez tuvieron fuertes implicaciones en el diseño de tratamientos conductuales de la obesidad con la inclusión de técnicas de control estimular. No obstante, una gran mayoría de estudios de revisión sobre aspectos de etiología o tratamiento de la obesidad, coinciden en que no hay suficientes pruebas que demuestren la existencia de tal estilo (Wooley, Wooley y Dyrenforth, 1979; Stunkard, 1984; Rothblum, 1990; Brownell y Wadden, 1991; Garner y Wooley, 1991; citados en Sanchez Carracedo & Saldaña, 1998). A pesar de ello, el estudio de los hábitos alimentarios continuó teniendo una importancia relativa.

Otro estudio, realizado por Rodin (1981, citado en Iglesias, 1988) demostró que las personas obesas y las de peso normal no presentan diferencias significativas en cuanto a su responsabilidad a estímulos internos y externos.

4.1.4.2 Teoría restrictiva

Herman y Polivy (1980, citado en Sánchez & Iruarrizaga, 2005) formularon la teoría de la restricción para explicar por qué los patrones de ingesta de los individuos obesos diferían de los de los sujetos con peso normal. Previamente y basándose en la idea de que la dieta es el factor clave en la regulación de la ingesta, crearon el constructo de “restricción” para referirse a los esfuerzos cognitivos que se realizan para luchar contra la urgencia de comer, sosteniendo la existencia de un continuo donde se identificarían dos polos opuestos, por un lado los individuos bajos en restricción que comerían libremente cuando les surgiera el deseo, y en el otro los sujetos altos en restricción que estarían constantemente preocupados por lo que comen y lucharían por seguir su dieta.

Complementariamente, desarrollaron la hipótesis de la desinhibición que propone que el autocontrol de las sujetos restrictivos puede resultar interferido por ciertos eventos que actuarían como desinhibidores. Estos podían ser cognitivos, emocionales o farmacológicos, incluyendo en esta última categoría el consumo de todas las sustancias desinhibidoras, incluso el alcohol (Sánchez & Iruarrizaga, 2005).

De esta manera esta teoría implica un cuestionamiento a los tratamientos basados en el control de la ingesta calórica a través de dietas restrictivas. Según sus autores, las personas restrictivas llegan a quedar atrapadas en un proceso continuo de dietas, atendiendo más a creencias rígidas acerca de lo que deben hacer que a las sensaciones reales de hambre o saciedad. Cuando se viola la restricción, estas personas

tienden a comer descontroladamente y darse atracones de comida (Herman & Mack, 1975,

Herman y Polivy (1984, citado en Amigo Vázquez & Fernández Rodríguez, 2013) ampliaron esta teoría con el modelo de los límites de la regulación de la ingesta. A través de un experimento mostraron la naturaleza psicológica del efecto desinhibitorio. A los participantes se les daba un batido y luego se les ofrecía comer distintos tipos de helados. A aquellos que se les decía que el batido era bajo en calorías, aunque en realidad no lo era, no se descontrolaban de la misma manera que los que suponían que ya habían violado la dieta. Resultados de este tipo permiten han permitido a los autores sostener que las dietas restrictivas no son adecuadas para la salud, ni para un estilo de vida normal, pues no normalizan la forma de alimentación.

4.1.4.3 Teoría Psicosomática

El interés suscitado por el papel que las emociones juegan en la ingesta de los sujetos obesos, fue puesto de manifiesto a partir de la publicación de la teoría psicosomática de la obesidad (Kaplan y Kaplan, 1957, Bruch, 1973; citado en Sánchez & Iruarrizaga, 2005). Esta teoría fue la primera en relacionar emociones e ingesta excesiva a partir de las observaciones clínicas de personas obesas, que hablaban de una ingesta excesiva cuando se encontraban ansiosos, deprimidos o solos.

De acuerdo con esta teoría, los sujetos obesos se caracterizarían por la falta de conocimiento de sus estímulos internos y por ser incapaces de distinguir entre hambre y ansiedad u otro tipo de activación emocional. En efecto, esta teoría señala además, que los estados emocionales negativos o displacenteros, producirían en estas personas un estado de ansiedad difusa, que los sujetos no logran atribuir a una fuente u origen claro, lo que les produciría displacer, como respuesta a este displacer encontrarían alivio en la ingesta, siendo las repetidas ingestas emocionales las que producirían la ganancia de peso y la obesidad.(Sánchez & Iruarrizaga, 2005).

En términos generales, el objeto de la clínica psicosomática son las enfermedades físicas en cuyo determinismo o en cuya evolución influyen factores psíquicos o conflictivos (Kreislner, Fain & Soulé, 1974, citado en Carrasco Dell'aquila, Gomez Castro, & Staforelli Mosca, 2009).

Desde una perspectiva que considera al cuerpo como una unidad de psique y

soma, y a partir de las construcciones teóricas del psicoanálisis, es posible plantearse el problema de la obesidad como la expresión de dificultades de autorregulación de estados afectivos inconscientes y preconscious, frente a los cuales la alimentación surgiría como una forma somática de lograr un estado interno de equilibrio emocional (Carrasco Dell'aquila, Gomez Castro, & Staforelli Mosca, 2009).

En esta concepción de psique-soma, el logro de la residencia de la psique en el cuerpo procede tanto de lo personal como de lo ambiental. Winnicott (1949, citado en Carrasco Dell'aquila, Gomez Castro, & Staforelli Mosca, 2009) se refiere al logro de la unidad psique-soma con el término "personalización". Esta unidad se logra en la infancia, y depende de la capacidad de la madre de sumar su participación emocional en la relación con el infante, además de la física y fisiológica.

Si la mayoría de las experiencias tempranas afectivas son sobre todo experiencias físicas, la capacidad del cuidador para sintonizar con los estados del niño le permitirá a éste reconocer sus estados emocionales. Lo que ocurre en la ausencia de un contexto facilitador intersubjetivo es que esta unidad no es lograda, y los afectos continúan siendo experimentados primariamente como estados corporales. Esto genera un trastocamiento de lo emocional, que no puede procesarse psíquicamente (Carrasco Dell'aquila, Gomez Castro, & Staforelli Mosca, 2009).

Siguiendo lo anterior, la dinámica familiar juega un papel trascendental en la génesis de la obesidad. Guzmán Saldaña, Del Castillo Arreola y Garcia Meraz (2010) presentan una serie de antecedentes acerca de la importancia de este aspecto en la etiología de la obesidad. Entre ellos Onnis (1990, citado en Guzmán Saldaña, Del Castillo Arreola & Garcia Meraz, 2010) sostiene que el sistema familiar de sujetos obesos, se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado que los de personas de peso normal. Por su parte, Minuchin (1988, citado en Guzmán Saldaña, Del Castillo Arreola y Garcia Meraz (2010) señaló que la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales es algo que siempre existe en una familia con miembros obesos.

Carrasco Dell'aquila et al. (2009) afirman que la comprensión de la obesidad desde una perspectiva psicósomática, requiera la consideración de la relación con el cuerpo (de unión o de escisión), que está en estrecha dependencia del contexto relacional e intersubjetivo, especialmente, de la relación que se establece entre el niño,

púber o adolescente con el sistema de cuidado que lo rodea. Destacando la importancia crucial de las experiencias tempranas del niño, para lograr que éste pueda transformarlas desde puras sensaciones corporales hasta alcanzar la forma de estados subjetivos, que puedan ser articulados verbalmente. Desde este punto de vista, para que una persona llegue a experimentar los afectos en la mente y no solamente en el cuerpo se debe dar un proceso en el que un contexto facilitador intersubjetivo permita que las emociones y los afectos no sean disruptivos, sino que por el contrario puedan ser integrados a la unidad psique-soma.

4.1.5 Tratamiento

4.1.5.1 Tratamientos típicos en la actualidad

El tratamiento del sobrepeso y la obesidad en la actualidad incluye típicamente planes de reducción de peso a través de un cambio en la dieta, con distintos componentes psicológicos de intervención según el enfoque, siendo los más comunes el conductual y el cognitivo conductual (García & Méndez, 2011).

También existen, ya sea como alternativa o complemento a los tratamientos con componentes psicológicos, otras formas de tratar la obesidad. Distintos tipos de cirugía (Balones intragástricos, gastroplastías, bypass gástrico) se presentan como alternativa para bajar de peso en aquellos casos de pacientes con obesidad mórbida (IMC > 40). Después de tales cirugías, los pacientes necesitan seguimiento médico durante el resto de la vida, y en la mayoría de los casos se les recomienda además un programa de control con dieta, la actividad física y actividades para desarrollar las destrezas necesarias para lidiar con la situación (National Institutes of Health [NIH], 2013).

Por otra parte se han desarrollado distintos medicamentos para tratar la obesidad. En un metaanálisis realizado con estudios acerca de la efectividad de tratamientos con medicamentos, Rucker, Padwa, Li, Curioni y Lau (2007) encontraron que la falta de adhesión al tratamiento de los pacientes suele ser el principal factor que limita la eficacia y la efectividad de los medicamentos contra la obesidad. Por otra parte encontraron también efectos secundarios en algunos de ellos, tales como el aumento en la presión arterial de los pacientes, y alteraciones en el estado emocional de los mismos.

El tratamiento con base psicológica más clásico para la obesidad es la combinación de dieta con ejercicio físico, a partir de un abordaje conductual de la

enfermedad. En este caso, resulta de crucial importancia para el éxito de las mismas la capacidad de los pacientes para cambiar sus hábitos de ingesta y sedentarismo, y sostener ese cambio en el tiempo de manera que se obtengan los resultados esperados. Los abordajes conductuales han sido los más estudiados, desde que los primeros intentos recurrieron a la teoría del aprendizaje para modificar conductas. Esta forma de abordaje resultaba simplificadora en tanto no incluía al resto de los factores que influyen en el desarrollo y evolución de la enfermedad. Evaluaciones realizadas en la década del 90 acerca de los resultados obtenidos por este tipo de tratamientos muestran que, aún cuando los tratamientos conductuales tradicionales pueden llevar a una reducción de peso considerable en las primeras semanas de tratamiento, estos cambios no se mantienen bien (Brownell & Waden, 1992; citado en Ogden, 2005).

Ante las fallas en los tratamientos conductuales tradicionales se fueron desarrollando propuestas cognitivo-conductuales multidimensionales, combinando los métodos tradicionales con reestructuración cognitiva, cambio de actitudes y prevención de las recaídas (Ogden, 2005).

En general, los enfoques más recientes comprenden que la obesidad es un fenómeno complejo con influencias de tipo genético, fisiológico, psicológico y sociales. Así es como a partir de la década del ochenta del siglo pasado comenzaron a emplearse tratamientos que combinan técnicas de modificación de la conducta y técnicas de cambio de los aspectos cognitivos con dietas de bajo contenido calórico, incluyendo en algunos casos también fármacos (Faith, Fontaine, Cheskin & Allison, 2000).

4.1.5.2 Método

4.1.5.3 R se inscribe dentro de los tratamientos que combinan técnicas de modificación de la conducta y técnicas de cambio de los aspectos cognitivos con dietas de bajo contenido calórico, sin incluir fármacos. Por una parte incluye un cambio drástico en las conductas alimentarias a través de una dieta en la cual se controlan la cantidad y el contenido calórico de los alimentos. A través de este cambio se pretende lograr un cambio también en lo físico-químico, disminuyendo la sensación de hambre y la ansiedad de los pacientes

La propuesta se define como “adelgazar para cambiar los hábitos, y no cambiar los hábitos para adelgazar” (2004, p.137). En este sentido, el éxito que representa para los pacientes que padecen de sobrepeso u obesidad el llegar a un peso saludable representa un estímulo que aumenta su compromiso con el tratamiento y sus esfuerzos para sostener en el tiempo los hábitos saludables.

Desde esta perspectiva, la fase de descenso de peso es la más importante, y durante ella no debe intentarse trabajar las cuestiones de la historia del paciente que pueden generarle angustia o temor a fracasar. Todos los esfuerzos deben estar concentrados en respetar las nuevas pautas y cumplir con los objetivos del tratamiento de reducción. Una vez logrado el descenso de peso, comenzará la etapa de mantenimiento donde es aconsejable tratar estas y otras cuestiones para evitar las recaídas, considerando que el paciente padece una adicción y debe mantenerse alejado de las situaciones potencialmente peligrosas .

Las claves del método en este sentido son el corte, la medida y la distancia .

El corte es con el exceso y la conducta compulsiva, pero también con el miedo, la desconfianza y la creencia en que no se puede cambiar. El primero de estos aspectos se trabaja a partir del seguimiento de una dieta estricta de control de calorías ingeridas, buscando controlar la ingesta compulsiva en la que cae el paciente. Esto, además, junto con los miedos y la falta de confianza se trabajan a través de la terapia en grupos que se reúnen en el centro. En esas reuniones los pacientes comparten sus experiencias, comunican sus temores y creencias negativas, para recibir el apoyo de los coordinadores y de sus propios compañeros, algunos de los cuales se encuentran en etapas más avanzadas del tratamiento, o tienen experiencias anteriores para compartir con el resto.

La medida implica de manera directa controlar la cantidad de comida, lo cual está implicado en la dieta que deben seguir los pacientes, pero también controlar las emociones, las conductas y las relaciones que llevan al paciente a la obesidad. El acompañamiento que realizan los especialistas del centro y el trabajo en los grupos son fundamentales para ayudar a los pacientes a lograr este control, destacándose además la importancia del cambio de las relaciones que mantienen al paciente en el terreno de la enfermedad, especialmente dentro de la familia y círculo próximo.

Por último, la distancia refiere directamente a la distancia con la comida y entre comidas, pero implica en un sentido más profundo dejar atrás la propia historia como obeso y las relaciones tóxicas que llevan por el camino de la ingesta compulsiva y la adicción. La distancia con la comida y entre comidas está prevista en la dieta que se les prescribe a los pacientes, y de acuerdo con el método, los resultados obtenidos por los pacientes a partir del ajuste con los lineamientos de la nueva conducta que implica la dieta, son el elemento motivador que les permitirá alejarse de su historia de obesidad.

Con respecto a las relaciones tóxicas, el centro alienta a los pacientes a evitarlas, al menos durante el tiempo que dura el tratamiento de reducción de peso, cuando las tentaciones pueden generar recaídas que comprometan los objetivos.

Considerando estos aspectos del tratamiento de reducción de peso que es objeto de este trabajo, surge la importancia que tiene para el éxito con respecto a ellos la motivación, el esfuerzo y la persistencia de los pacientes. En este sentido, algunos estudios (Linde, Rothman, Baldwin, & Jeffery, 2006; González & Lugli, 2012) señalan la importancia de considerar variables relacionadas con la autorregulación, tales como *autoeficacia* y *locus de control*, en su relación con esa capacidad de los pacientes para lograr los objetivos de un tratamiento de reducción de peso.

A continuación se desarrollarán estos conceptos, enmarcados dentro de lo que se denomina *perspectiva de la agencia humana*, que implica una concepción de los seres humanos como organismos transformadores de su entorno, a través de sus propias acciones, y no como meros objetos del condicionamiento de los estímulos externos. La agencia humana consistiría desde esta perspectiva, justamente en la capacidad para actuar eficazmente en la transformación de las propias condiciones de vida para llevarlas a un estado más acorde con el propio bienestar (Bandura, 2004).

4.2 La Teoría Cognitiva Social y la perspectiva de la agencia humana.

La Teoría Cognitiva Social iniciada por Bandura implica la explicación de la conducta de las personas desde la perspectiva de la agencia humana. Considerar a la persona humana como agente implica concebirla como un ente dotado de voluntad para influir sobre el propio funcionamiento y sobre el curso de los eventos que afectan su propia vida. Desde esta perspectiva, el individuo se autoorganiza, es proactivo, autoreflexivo y capaz de regular su actividad, pudiendo definírsele como productor de sus circunstancias de vida y no un simple producto de ellas (Bandura, 1998, 2004).

Esta concepción, y todos los desarrollos teóricos derivados de la Teoría Cognitiva Social, pueden considerarse como parte de la llamada revolución cognitiva en tanto implican un cuestionamiento del determinismo ambientalista propio del paradigma conductista, al poner en el centro de atención los procesos por los cuales las personas procesan la información que reciben del medio y actúan como sujetos

creadores y modificadores de sus condiciones de vida (Velazquez Fernández, 2012).

Según Bandura (2004), existen cuatro aspectos fundamentales a considerar con respecto a la agencia humana: la intencionalidad, la proyección en el futuro a través del pensamiento, la reactividad y la autoreflexión.

El primero de estos aspectos incluye no sólo el hecho innegable de que la gente tiene intenciones propias, sino que además hace planes en base a esas intenciones y desarrolla estrategias para llevar a cabo tales planes. La proyección en el futuro se relaciona con los planes que el individuo elabora, pero también con las metas que se propone, y las expectativas que tiene con respecto a los resultados y que le servirán como guía para la acción. La reactividad implica la capacidad para autoregularse monitoreando las propias acciones y reaccionando de acuerdo a la percepción que se tiene de ellas, reforzando o evitando determinadas acciones y situaciones. Finalmente, un aspecto de gran importancia para la perspectiva de la agencia humana, es la capacidad de autoreflexión, mediante la cual una persona es capaz de autoexaminarse para evaluar la eficacia de sus pensamientos y acciones e introducir modificaciones (Bandura, 2004).

Según el propio autor de esta teoría, todas las personas luchan por lograr cierto grado de control sobre los sucesos que afectan sus vidas. La percepción de poseer la capacidad para influir en los resultados de sus actividades hace que las personas tengan un comportamiento más predecible, al mismo tiempo que las predispone positivamente para la actividad. Por el contrario, la creencia en que es imposible influir en los resultados de manera favorable genera apatía o desesperación, que pueden desembocar en conductas peligrosas (Bandura, 1999).

La cuestión del control, y fundamentalmente de la percepción del control, resulta entonces de fundamental importancia para el análisis de la agencia humana en cualquier ámbito que se considere. La importancia que tiene este aspecto para la vida de las personas ha dado origen a distintas líneas de investigación acerca del control, que dieron como resultado diferentes conceptualizaciones. Como conclusiones generales de estas teorías puede decirse que la motivación, los estados afectivos y las propias acciones de una persona, se basan en mayor medida en las creencias que ellas mismas tienen acerca de sí mismos y del mundo que las rodea que en la información objetiva que pudieran obtener del medio (Adler, 1965; De Charms, 1978; Rotter, 1966; White, 1959, citado en

Bandura, 1999).

Un gran impulso al estudio de estas cuestiones lo dio el trabajo de Rotter (1966, citado en Schneewind, 1999), que introdujo la idea de *expectativas generalizadas de control de refuerzo interno versus externo*, como parte de su teoría del aprendizaje social de la personalidad. En la base de esta teoría se encuentra el supuesto de que la conducta de un individuo puede predecirse por las expectativas de refuerzo, la valoración de ese refuerzo, y la situación particular en la que se encuentra.

Las expectativas de control de refuerzo, concepto al que se refiere habitualmente como locus de control, designa a la percepción de un sujeto como más o menos controlador de los resultados de su acción. Según el modelo propuesto por el autor, esta percepción se puede analizar en términos de un continuo entre dos polos: uno de ellos, al que se denomina *Internalidad* y que corresponde a la creencia en que el resultado esperable de las acciones es consecuencia del propio control, y por otra parte el denominado *Externalidad*, que designa a la percepción de que las cosas suceden más allá de la propia capacidad de control (Kormanik & Roco, 2009).

A pesar del gran número de estudios a que dio lugar esta conceptualización, y de las modificaciones que algunos autores le introdujeron, la cuestión de la percepción de las propias competencias en relación con los resultados de la acción quedó fuera del alcance del constructo, en tanto no es lo mismo considerar que el resultado de una acción depende del propio desempeño, que la evaluación acerca de si se poseen, y en qué medida, las habilidades necesarias para un desempeño exitoso (Kormanik & Rocco, 2009).

Fue la aparición del trabajo de Bandura (1977) acerca de las creencias de autoeficacia, que ya desde el título propone la unificación de las teorías acerca del cambio conductual, lo que estableció la distinción conceptual entre expectativas de resultado y expectativas de eficacia personal. Las primeras son el resultado de las estimaciones que una persona hace acerca de que una conducta determinada llevará a cierto resultado, mientras que las expectativas de eficacia hacen referencia a la creencia en que la persona puede ejecutar satisfactoriamente la conducta requerida para producir un resultado. Desde un punto de vista biológico, la existencia de expectativas de resultados y expectativas de autoeficacia, funcionando simultáneamente y de manera autónoma aunque interrelacionadas, implica evolutivamente un nivel de funcionamiento

complejo, en base a representaciones cognitivas elaboradas acerca del *self* y del *no self* (Schneewind, 1999).

En síntesis, para comprender la conducta de los individuos, es necesario abordar el fenómeno desde la perspectiva de la agencia humana, y elaborar una teoría que permita conocer cómo se originan las creencias de estos individuos acerca de sí mismo y del mundo, en especial las creencias acerca de la eficacia personal, cuáles son sus estructuras y funciones, y cuáles son los procesos mediante los cuales estas creencias actúan mostrando sus efectos en el comportamiento y en la capacidad para actuar sobre el medio (Bandura, 1999).

Consecuentemente con esta concepción de la agencia humana, buena parte de los esfuerzos realizados por los investigadores se han concentrado en la medición de esta percepción de control y en los aspectos psicosociales asociados a ella. La teoría de la autoeficacia y las concepciones acerca del locus de control implican dos formas de abordar la cuestión para explicar los procesos de agencia tanto a nivel individual como colectivo (Bandura, 1997).

4.3 Locus de control.

4.3.1 Locus de control y la teoría del aprendizaje social

Locus de control es un constructo derivado de la teoría del aprendizaje social de Rotter (1954), introducido por el autor a fines de los '50, que ha merecido mucha atención en el campo de las ciencias del comportamiento. La premisa básica de la teoría del aprendizaje social respecto de este constructo, sostiene que las acciones de las personas pueden predecirse basándose en las expectativas individuales respecto del origen causal de los refuerzos de la conducta, el valor atribuido a los mismos y las situaciones contextuales. Los refuerzos son aquellos estímulos que aumentan la probabilidad de que una conducta se repita, y pueden ser positivos, como los premios, o negativos, como la amenaza de un castigo (Rotter, 1966, citado en Kormanik & Rocco, 2009).

En este contexto, locus de control se define como una predisposición en la percepción de las causas de los refuerzos. En cuanto a esta percepción se distingue entre una predisposición a atribuir un lugar interno, denominada internalidad, que resulta de

la percepción de que los refuerzos se deben al propio comportamiento o a rasgos de la propia personalidad. Por otra parte, existe una predisposición, denominada externalidad, a adjudicar el origen de los refuerzos a factores externos tales como la suerte, la casualidad, el destino, o cuestiones más concretas, pero que se encuentran más allá del control personal (Visdomine Lozano & Luciano, 2006).

La importancia de este constructo para la agencia humana, radica en que por regla general, la internalidad se asocia con una percepción de control personal sobre los refuerzos, mientras que por el contrario, la externalidad lo hace con una percepción de falta de control (Wallston, 1997).

Buena parte de las investigaciones que siguieron al trabajo inicial de Rotter estuvieron orientadas a la cuestión de la medición de la internalidad/externalidad del locus de control y a la relación entre este constructo y las diferencias individuales en cuanto a conductas relacionadas con la salud, que ya acumulaban gran cantidad de estudios a fines de los '70 (Wallston & Wallston, 1978).

En principio el constructo fue concebido como unidimensional, y se desarrolló una escala para medir la ubicación de un sujeto en el continuo entre ambos polos. A pesar de considerar que pueden existir variaciones en esta tendencia entre diferentes entornos y situaciones, el Locus de Control es considerado como una característica relativamente estable, y por lo tanto identificable con lo que se denomina rasgos de personalidad (Wallston, 1997).

Otras investigaciones han cuestionado la realidad de este continuo, postulando que internalidad y externalidad son características independientes, y no simplemente dos polos alternativos (Levenson, 1981, citado en Wallston, 1997). Posteriormente el propio Levenson desarrolló la idea de multidimensionalidad del constructo, dividiendo la externalidad en dos dimensiones: una que consiste en considerar que otros poderosos son quienes tienen el control sobre los refuerzos, y la otra que lo atribuye a la fatalidad (citado en Wallston, 1997).

Wallston (1992) modificó la teoría del aprendizaje social, redefiniendo el rol del locus de control. Para este autor, el de autoeficacia es el constructo más importante en términos de expectativas, mientras que el locus de control cumple una función de mediador. Esto implica, por ejemplo, que una persona interesada en su salud que tiene la creencia de que su estado de salud no está bajo su control (locus de control externo), no

se comprometerá en conductas orientadas a la prevención o al mejoramiento de tal estado, aún cuando sus creencias de autoeficacia general sean relativamente altas. Por el contrario, dado un locus de control interno, las creencias de autoeficacia explican de manera clara, aunque no totalmente, las conductas saludables de los individuos.

Investigaciones acerca de la importancia del locus de control en muy diversos ámbitos de actividad han mostrado que las personas con mayor internalidad son por lo general mejores alumnos, menos dependientes, se manejan mejor frente a situaciones potencialmente estresantes y presentan menos ansiedad y un mejor ajuste social, que los que se caracterizan por su externalidad (Day, 1999; Rimmerman, 1991; Valle, González, Nuñez, Vieiro, Gómez & Rodríguez, 1999; citados en Oros, 2005).

A pesar de lo dicho en el párrafo anterior es necesario alertar que no siempre la internalidad es un factor positivo y la externalidad algo negativo. En principio habría que considerar estas tendencias en la atribución del control en relación con los resultados. La atribución del control a la dimensión interna puede resultar negativa si se la realiza con respecto a los fracasos, mientras que la externalidad puede resultar negativa en el caso de los éxitos. Las distintas modalidades que pueden agregarse al constructo original han dado lugar a diferentes modelos y escalas, en diferentes líneas de desarrollo que no han concluido aún. La cuestión a destacar es que las investigaciones deberían considerar distintas modalidades para poder elaborar perfiles de creencias de control, que expresen un balance entre las tendencias principales y las distintas modalidades más que establecer simplemente si una persona es interna o externa (Oros, 2005).

4.3.2 Distinción entre expectativas de refuerzo y expectativas de eficacia

La necesidad de realizar un análisis más completos de las creencias de control, ha llevado a algunos investigadores a su asociación con otros constructos, que reflejan valoraciones de los resultados, creencias en la capacidad de control social y las mencionadas creencias de autoeficacia, que son objeto de este trabajo. A continuación se reseña la distinción establecida por Bandura (1999) entre las expectativas con respecto a los refuerzos de la conducta y las expectativas acerca de la propia eficacia para realizar una tarea.

La complementariedad entre los dos constructos considerados requiere la delimitación de cada uno de ellos. La primera y fundamental diferencia radica en que el

locus de control refiere a creencias más generales acerca de cuál es el lugar en que reside el control acerca de los refuerzos de las conductas, independientemente de la consideración de la propia conducta del sujeto, mientras que la autoeficacia refiere a la creencia en las propias competencias y capacidad para abordar comportamientos determinados de manera exitosa (Bandura, 1999).

Con respecto a los comportamientos relacionados con la salud, pueden darse distintas combinaciones al analizar ambos constructos en relación. Por ejemplo, una persona puede sentir que el control de los refuerzos es externo al mismo tiempo que se considera capaz de desarrollar conductas catalogadas como saludables, tal como se mencionó en el apartado anterior. Otro caso sería el de alguien que percibe que el control está en sus manos, pero cuya autoeficacia percibida es baja para asumir ese control. Finalmente, la combinación virtuosa entre ambos constructos con miras a cumplir con los requerimientos de un tratamiento o simplemente para desarrollar conductas preventivas sería la de quien posee una marcada internalidad en cuanto al locus de control y simultáneamente tiene altas sus creencias de autoeficacia.

4.3.3 Locus de control. Diferencias según sexo

Son muchos los estudios acerca de las diferencias según sexo en cuanto al locus de control. En algunos se ha encontrado que los hombres puntúan más alto en locus de control interno y las mujeres en locus de control externo, mientras que en otros se ha encontrado la tendencia opuesta, existiendo también estudios que no se han encontrado diferencias significativas por sexo. Feingold (1994) ha realizado un meta-análisis de las diferencias según sexo en distintas variables de personalidad, llegando a concluir que no hay diferencias sexuales notables en locus de control (citado en Matud, Bethencourt, López & Ibañez, 2007).

Al realizar la adaptación a la Argentina de la escala de Locus de control de Rotter se analizaron las diferencias según sexo, encontrándose una mayor tendencia a la externalidad en las mujeres que resultó estadísticamente significativa. Esto implicaría que las mujeres tienden a percibir que las consecuencias de sus conductas dependes de factores ajenos a su control, como la suerte, el destino u otros poderosos (Brenlla & Vázquez, 2010).

4.4 Autoeficacia.

4.4.1 Conceptualizaciones y manifestaciones en la conducta

En una revisión de la historia de las investigaciones acerca de la autoeficacia se señala que muchas de ellas han permitido afirmar con fundamento que la modificación de la conducta requiere no sólo de conocimientos y habilidades, sino también, y fundamentalmente, de creencias más o menos firmes en la propia capacidad de agencia, esto es la percepción de que se posee la capacidad para realizar ese cambio y mejorar la situación personal (Karoly, 1993; Kuhl, 1984; Markus & Nurius, 1986; Mischel, Cantor, & Feldman, 1996, citados en Cervone, 2000).

De acuerdo con Bandura (1999), introductor del concepto de autoeficacia, ningún otro concepto resulta más importante para explicar la agencia humana que este. La autoeficacia percibida alude a las creencias en las propias capacidades para organizar y llevar a cabo acciones capaces de llevar a las situaciones vitales a resultados favorables. Según el autor, estas creencias influyen sobre el modo de pensar de las personas, y a través de éste y del impacto de las mismas creencias en el plano emocional y de la motivación, moldean también las conductas.

En los últimos años, muchos estudios han demostrado que las personas con niveles altos de autoeficacia, tienen una mejor adaptación a diversas situaciones vitales (Carrasco, & Del Barrio, 2002; Chacón, 2006; Lavelle, 2006; citado en Velázquez Fernández, 2012). También se han realizado estudios acerca de la influencia de la autoeficacia en el éxito académico (Chemers, Hu, & Garcia, 2001; Lent, Brown, & Larkin, 1984; Wood & Locke, 1987; citados en Lindley & Borgen, 2002) y en el comportamiento vocacional (Lent, Brown, & Hackett, 1994; Lent & Hackett, 1987; citados en Lindley & Borgen, 2002).

En un registro más cercano al de este trabajo, distintos investigadores han concluido que las creencias de autoeficacia son un factor importante para predecir los hábitos nutricionales (Jenkins Reid, 1999; Liou, 2004; Liou & Contento, 2001, citados en Su-Hui Chen, 2007). Asimismo existen numerosos estudios que sugieren la importancia de la autoeficacia como mecanismo mediador en el éxito de los tratamientos de reducción de peso (Bernier & Poser, 1984; Bernier & Avard, 1986; Glynn & Ruderman, 1986; Blair, Booth, Lewis & Wainwright, 1989; Brownell & Wadden, 1992; Clark, Cargill, Medeiros & Pera, 1996; Dennis & Goldberg, 1996;

citados en Ruiz, Berrocal, López & Rivas, 2003). En estudios más específicos, los resultados muestran que la autoeficacia guarda clara relación con el número de abandonos tempranos en tratamientos dirigidos a la modificación de la ingesta excesiva (Mitchell & Stuart, 1984; Bernier & Avar, 1986, citados en Ruiz, Berrocal, López & Rivas, 2003).

Estos antecedentes, y otros no mencionados, nos muestran que la importancia de la autoeficacia en el desempeño individual y la agencia puede estudiarse en una gran variedad de situaciones y ámbitos. Esto se corresponde con la definición original de Bandura (1977) que la caracteriza como un sistema de creencias dinámico y multifacético que varía según las situaciones y las actividades que se consideren. Sin embargo, existe evidencia para sostener que las creencias de autoeficacia constituyen una disposición general (Gist & Mitchell, 1992; Judge, Thoresen, Pucik, & Welbourne, 1999; Lennings, 1994; Sherer & Adams, 1983; Sherer et al., 1982; Tipton & Worthington, 1984; citado en Lindley & Borgen, 2002). Esto implica que, si bien la autoeficacia varía de una situación a otra, existe una tendencia relativamente estable en algunos individuos a percibir una mayor autoeficacia que otros en distintas tareas y comportamientos. Esto se relacionaría con las creencias de un individuo en su capacidad para controlar situaciones novedosas (Gist, 1987; citado en Lindley & Borgen, 2002).

4.4.2 Fuentes de la autoeficacia

Las creencias de una persona con respecto a su eficacia pueden desarrollarse a partir de cuatro formas de influencia:

En primer lugar, la forma más eficaz para originar una fuerte creencia en la propia eficacia en una persona son las experiencias de dominio. Los éxitos crean una fuerte creencia en la eficacia personal, mientras que los fracasos debilitan esta creencia, sobre todo si estos fracasos acontecen antes de que tal creencia se afiance en el individuo (Bandura, 1997, 1999). La eficacia de esta fuente tiene como contracara algunos efectos negativos sobre las creencias de autoeficacia. Si una persona obtiene éxitos con relativa facilidad en un ámbito determinado, puede desarrollar expectativas de resultados inmediatos y logrados sin esfuerzos, lo cual puede potenciar el efecto desmotivador de los eventuales fracasos. En este sentido, puede decirse que es deseable cierta dificultad en el logro de la meta deseada, ya que ella ayuda al individuo a

perseverar para convertir los fracasos en éxitos, poniendo en juego sus capacidades y conocimientos individuales (Bandura, 1999).

La segunda fuente mencionada por Bandura (1997) la constituyen las experiencias vicarias. Este concepto designa la experiencia que alcanza una persona acerca de una tarea determinada mediante la observación de la actuación y los logros de otros. El impacto que estas experiencias tienen sobre las creencias de autoeficacia tiene una relación directa con el grado de similitud percibida por el individuo entre el modelo en cuestión y él mismo. La interacción entre estos factores puede complicar la evaluación de la influencia relativa del modelado en las creencias de autoeficacia. En el caso de que la persona se considere a sí mismo como similar a aquella que toma como modelo, las experiencias de éxito o fracaso del modelo tendrán una fuerza mayor sobre las propias creencias de eficacia, mientras que si la percepción no es de similaridad, sino que el individuo en cuestión se considera a sí mismo con mayores capacidades que el modelo, los fracasos de éste no tendrán el mismo efecto negativo (Brown & Inouye, 1978; citado en Pajares, 1997).

Otra de las fuentes de las creencias de autoeficacia es la persuasión verbal o social. En este caso se trata del efecto que tiene el mensaje de otros acerca de la capacidad que una persona tiene para dominar determinadas actividades. Si este mensaje llega, es decir, si alguien persuade a la persona de que posee tales capacidades, el resultado será un aumento de las creencias en la propia eficacia, con la consiguiente movilización de recursos, para la realización de un esfuerzo en tal sentido y su sostenimiento en el tiempo (Schunk, 1989, citado en Bandura, 1999). En general es más difícil aumentar las creencias de autoeficacia que debilitarlas por estos medios. Esto se debe a la interacción entre las distintas fuentes; si a través de la persuasión se transmiten creencias demasiado altas con respecto a las reales capacidades personales, los fracasos resultantes harán que se desvanezca el efecto positivo de la persuasión (Bandura, 1997).

Finalmente tenemos la activación fisiológica como fuente de autoeficacia. Esta se relaciona con las bases anatómicas y fisiológicas de las emociones. La activación fisiológica que se produce, por ejemplo, en la respuesta de estrés es interpretada generalmente por las personas como un signo de debilidad, y es en este sentido que afectan negativamente a las creencias de autoeficacia. La forma de aumentar las creencias de autoeficacia a través de esta fuente se basa en favorecer el estado físico, reduciendo las respuestas de estrés y las tendencias a respuestas emocionales negativas,

por ejemplo eliminando las falsas interpretaciones de los estados orgánicos, ya que la intensidad en términos absolutos de las reacciones emocionales o físicas no es tan importante como las interpretaciones personales que los individuos realizan de ellas (Bandura, 1999).

Como confirmación de la eficacia de las fuentes mencionadas para aumentar las creencias de autoeficacia y los beneficios asociados a tal incremento, una investigación realizada en Francia encontró que todas las fuentes mencionadas por Bandura resultaron buenas predictoras de la autoeficacia percibida en las materias Matemática y Francés, como así también de la autoeficacia con respecto al aprendizaje autorregulado, en este caso con la única excepción de las experiencias vicarias en el caso de Francés. Además las percepciones fueron congruentes con los resultados obtenidos en matemática, mientras que en Francés las mujeres superaron a los varones en resultados aunque mostraron una menor autoeficacia percibida (Gwénaëlle, Usher & Bressoux, 2011).

4.4.3 Procesos y mecanismos de regulación

Las creencias de autoeficacia cumplen un rol clave en la explicación de las estructuras causales de la agencia humana ya que no solamente influyen de manera directa sobre el desempeño, sino que además tienen una influencia nada despreciable en otros factores determinantes. En primer lugar puede decirse que la autoeficacia afecta la motivación a través de su impacto en la fijación de metas y en las expectativas con respecto a ellas. Esto se debe a que en buena parte las personas eligen qué desafíos afrontar, cuánto esfuerzo invertir en ellos y durante cuánto tiempo perseverar en su logro, en base al grado en que crean en su propia autoeficacia, además de que su interpretación de los contratiempos y fracasos dependerá de tal creencia (Bandura, 2004).

Las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano mediante cuatro tipos de procesos fundamentales: los cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos. Estos diferentes procesos operan habitualmente de forma conjunta y no aislada, en la regulación continua del funcionamiento humano (Bandura, 1999).

Los efectos de las creencias de autoeficacia sobre los procesos cognitivos se manifiestan de muchas formas diferentes. Se mencionó al describir la perspectiva de la agencia humana que uno de los aspectos que la definen es la capacidad de proyectarse en el futuro. En este sentido, la autoeficacia influye sobre la definición de objetivos,

mientras mayores sean las creencias de este tipo en una persona, más retos serán los objetivos que se proponga (Locke & Lathan, 1990 citado en Bandura, 1999).

Además, la organización de la acción comienza en el pensamiento, y es allí donde se consideran los escenarios posibles. Las personas con una alta autoeficacia imaginarán con más frecuencia escenarios de éxito, lo que resultará en un estímulo para planificar acciones para lograrlo, mientras que las personas con una baja autoeficacia percibida tenderán a considerar escenarios de fracaso, con una influencia negativa en la planificación (Bandura, 1999, 2004).

La motivación se relaciona con el pensamiento anticipatorio al que refiere el párrafo anterior. Existen diferentes formas de mecanismos motivadores cognitivos, entre ellos encontramos *las atribuciones causales, las expectativas de resultados y las metas cognitivas* (Bandura, 1999). Las creencias de autoeficacia influyen sobre todos estos mecanismos. Sobre las atribuciones causales porque las personas que se consideran a sí mismas eficaces tienden a atribuir sus fracasos a falta de esfuerzo o a las condiciones particularmente adversas, mientras que las que tienen una baja autoeficacia lo hacen a su falta de capacidad (Mc Auley, Whright & Duncan, 1991).

También las creencias de autoeficacia gobiernan en parte las expectativas de resultados. Numerosos estudios han mostrado que la capacidad de predicción del valor de las expectativas con respecto al desempeño en distintas actividades se observa con mayor claridad si se incluye en el modelo la influencia de la autoeficacia percibida (Dzewaltowski, Noble & Shaw, 1990; Swartzter, 1992, citados en Bandura, 1999).

Las metas, el otro mecanismo motivador, fomentan y mantienen la motivación en la medida en que resultan claras y representan un desafío para la persona (Locke & Lathan, 1990 citado en Bandura, 1999). A su vez, ellas tendrán estas características en la medida que la persona crea que tiene la capacidad para encararlas.

En síntesis, las creencias de autoeficacia contribuyen a la motivación a través de la fijación de metas, la influencia sobre variables como el esfuerzo invertido y la perseverancia, además de determinar en buena parte la interpretación de los fracasos, potencialmente desmotivadores (Bandura, 1997, 1999).

Los procesos afectivos son de gran importancia para un desempeño exitoso en cualquier ámbito. Las manifestaciones de ansiedad o estrés pueden tener consecuencias

negativas para este desempeño, y una alta autoeficacia percibida es un elemento clave para reducir este tipo de manifestaciones. De hecho existen estudios que muestran que niveles bajos de autoeficacia se relacionan con presencia de síntomas de ansiedad y depresión (Bandura, 1999).

Finalmente, resta considerar los procesos de selección, y su relación con el constructo analizado. A través de los procesos considerados en los párrafos anteriores, la autoeficacia actúa potenciando los pensamientos de éxito, estimulando la motivación y evitando los sentimientos de ansiedad y estrés. Todo esto aumenta la capacidad para actuar efectivamente en la modificación de las condiciones del entorno y favorecen un mejor desempeño. Pero, a través de su influencia en los procesos de selección, las creencias de autoeficacia también determinan los entornos y las actividades en las cuales una persona participará. En este sentido, alguien con bajas creencias de eficacia evitará todas aquellas actividades para las cuales no se siente capacitado, privándose de esta manera de los beneficios que ciertos entornos brindan para el desarrollo de las capacidades y para el aprendizaje (Bandura, 1999, 2004).

4.4.4 Autoeficacia y diferencias de sexo

En diversos estudios se han analizado las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la autoeficacia percibida. En muchos de ellos se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, aunque estas diferencias varían notablemente de acuerdo con los contextos y las tareas. Entre los niños, por ejemplo, los varones tienden a presentar una mayor autoeficacia percibida que las niñas cuando se trata de tareas relacionadas con las matemáticas y las ciencias, o con el uso de computadoras y herramientas, mientras que las niñas reportan mayor autoeficacia que los varones en tareas como leer o escribir (Pajares, 1996; Pajares & Valianti, 2001; Drundell & Hagg, 2002; Vechiri & Chronaki, 2008, citados en Rocha Sánchez & Ramírez de Garay, 2011).

Estas diferencias entre hombres y mujeres son atribuidas a los estereotipos de género, las expectativas de los padres y las creencias de los propios padres acerca de que las mujeres son menos aptas que los varones para ciertas tareas (Bandura, 1997, Eccles, 1989; citados en Rocha Sánchez & Ramírez de Garay, 2011).

En el análisis psicométrico de la adaptación argentina de la escala que se utilizó en este trabajo no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de

autoeficacia entre hombres y mujeres (Brenlla, Aranguren, & Vázquez, 2010).

4.4.5 Autoeficacia y salud

Hay dos niveles en los cuales las creencias de autoeficacia son capaces de afectar la salud. El primero y más básico es aquel que tiene que ver con las habilidades para afrontar el estrés; allí las creencias en la propia capacidad de afrontamiento afectan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad. No son los factores estresantes en sí mismos los que afectan la salud de las personas, sino la percepción de que son una amenaza que no se puede superar lo que afecta la salud a través de los efectos en el sistema inmunológico y de regulación corporal. Pero el nivel más importante desde la perspectiva de este trabajo es el que se relaciona con los hábitos de las personas que, o bien resultan saludables, o son capaces de generar enfermedades tanto como de acelerar o agravar su desarrollo (Bandura, 1999, 2004).

La propuesta de Bandura en términos teóricos ha dado lugar a gran cantidad de investigaciones acerca del papel que tiene la autoeficacia en ambos aspectos de la salud. Algunas de ellas se han focalizado en el comportamiento saludable y el funcionamiento físico en el ámbito del deporte, la psicología en general y la medicina (Garrido, 1993; Guillén Rojas, 2007; Holden, 1991; Maddux, Brawley & Boykin, 1995; citados en Brenlla, Aranguren, & Vázquez, 2010).

Cervone (2000) sostiene que las investigaciones realizadas manipulando experimentalmente las creencias de autoeficacia permiten asegurar que la autoeficacia percibida es un mecanismo fundamental para explicar los cambios en el comportamiento. Esto resulta de fundamental importancia para este trabajo en tanto, según se ha considerado en el apartado correspondiente, el tratamiento de reducción de peso exige un cambio drástico en las conductas de los pacientes para lograr sus objetivos.

4.5 Autoeficacia, Locus de control y los tratamientos de reducción de peso

En el caso de los tratamientos de reducción de peso, los éxitos iniciales suelen resultar un estímulo para los pacientes obesos, aumentando su creencia en la propia capacidad para lograr las metas de los mismos. Sin embargo, y teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, es de fundamental importancia que esas metas sean realistas y

adecuadas para que no se den efectos negativos por el éxito demasiado fácil o, por el contrario, porque la dificultad que estas implican resulte en una disminución de las creencias en la propia eficacia.

En una revisión de los estudios realizados hasta ese momento acerca de la relación entre autoeficacia y el cambio de conductas relacionadas con la salud tales como dejar de fumar, bajar de peso y abandonar el abuso de alcohol, Strecher, McEvoy DeVellis, Becker y Rosenstock (1986) ya sostenían que los resultados mostraban una fuerte relación entre la autoeficacia percibida y los cambios en la conducta de salud y su mantenimiento (citado en Pettman et al., 2008).

En el caso particular de los tratamientos de reducción de peso, la modificación de las conductas de ingesta, así como de otras conductas relacionadas con hábitos perjudiciales es un factor crítico en la determinación del éxito o fracaso del tratamiento (Linde, Rothman, Baldwin, & Jeffery, 2006).

Pero la autoregulación efectiva de conductas saludables no se alcanza mediante un simple acto de voluntad. Considerarlo así puede llevar a una situación estresante al paciente, condenando al tratamiento al fracaso (Linde, Rothman, Baldwin, & Jeffery, 2006; Lugli Rivero, 2011). Por el contrario, un cambio efectivo en las conductas relacionadas con la salud requiere el desarrollo de destrezas autoreguladoras, lo cual depende en gran medida de la autoeficacia percibida, a la vez que esas destrezas alimentan el sentido de eficacia de las personas al influir en su propia motivación y conducta (Bandura, 1999).

Linde, Rothman, Baldwin, y Jeffery (2006) analizan la relación entre autoeficacia y la reducción de peso y conductas de control de peso en una muestra de 349 mujeres en tratamiento de reducción de peso. Los resultados muestran que la autoeficacia es un buen predictor de las conductas de control de peso y de la reducción durante el tratamiento, aunque no lo es en el seguimiento posterior al tratamiento activo. Las conductas de regulación de peso, de acuerdo a lo esperado, aparecen como variables mediadoras de la influencia de las creencias de autoeficacia sobre la pérdida de peso. Es decir que estas creencias influyen sobre las conductas y éstas son las que permiten alcanzar el objetivo de reducción de peso.

Lugli Rivero (2011) realizó un estudio con 243 pacientes obesos en tratamiento de reducción de peso, considerando como variables predictoras a la autoeficacia

percibida y el locus de control. El resultado de la investigación mostró que aquellas personas con mayor percepción de autoeficacia que al mismo tiempo tenían creencias de que su peso dependía de sus acciones fueron las que lograron una mejor autoregulación del peso.

Posteriormente, González y Lugli Rivero (2012) realizaron un estudio con 75 pacientes obesos que concurrían a cinco centros de tratamiento diferentes de la ciudad de Caracas, encontrando una relación similar a la del estudio anterior entre la percepción de autoeficacia y locus de control con los resultados del tratamiento.

Todos estos antecedentes sostienen la relevancia de considerar estos constructos en relación con el éxito obtenido por los pacientes con sobrepeso y obesidad que se encuentran en la etapa de reducción de peso del tratamiento implementado por Ravenna.

5 Hipótesis:

- 1- Los pacientes con mayor autoeficacia presentan una mayor disminución de peso durante el primer mes de tratamiento.
- 2- Los pacientes con un locus de control más externo presentan una menor disminución de peso durante el primer mes de tratamiento.
- 3- Existen diferencias según sexo en cuando al locus de control y autoeficacia percibida entre los pacientes que inician el tratamiento de reducción de peso.
- 4- Los pacientes con mayor autoeficacia presentan un menor IMC al inicio del tratamiento.
- 5- Los pacientes con locus de control más externo presentan un mayor IMC al inicio del tratamiento.

6 Metodología

6.1 Tipo de estudio y diseño

El estudio realizado es de tipo descriptivo correlacional, y se llevó a cabo con un diseño no experimental, longitudinal.

6.2 Participantes

El presente trabajo se realizó con una muestra no probabilística, por

conveniencia, seleccionada dentro del grupo de descenso de peso compuesto por adultos de ambos sexos. El criterio de inclusión fundamental para la conformación fue que estuvieran iniciando el tratamiento para el descenso de peso. Esta muestra en particular está formada por 30 sujetos de ambos sexos: 50% de hombres y 50% mujeres. Con respecto a las edades, van de los 20 a los 62 años, con un promedio de 43,5 años y un desvío típico de 11 años, lo que indica que la muestra es muy variable en sus edades. Todos los sujetos son de clase media o media alta.

6.3 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación de los constructos psicológicos se describen a continuación, y pueden verse en los Anexos.

Escala de Autoeficacia General (Jerusalem & Schwarzer, 1992; adaptación para la Argentina de Brenlla, Aranguren, Rossaro & Vázquez, 2010). Este instrumento consta de diez ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones: “nunca”, “pocas veces”, “a veces” o “siempre”, a las cuales se les otorga una puntuación de 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Las puntuaciones de los sujetos podían oscilar de 10 a 40, puntajes más altos indican una mayor creencia de auto-eficacia. Para la adaptación argentina se han realizado análisis de la estructura factorial comprobándose que emergen dos factores que explican el 44% de la variación, aunque uno solo de ellos explica el 33% de la misma.

En cuanto a la confiabilidad, la consistencia interna es buena ($r=0,76$), mientras que para el análisis de validez se realizaron correlaciones con estrategias de afrontamiento del estrés obteniéndose resultados moderados en cuanto al efecto, pero significativos estadísticamente: $r=0,46$ con estrategias de planeamiento ($p<0,001$) y $r=0,40$ con estrategias de actividad ($p<0,001$). También se realizó un análisis de correlación con la otra variable cognitiva de este estudio, locus de control, obteniéndose un $r=-0,29$ ($p<0,001$).

Escala de Locus de control [LOC] (Rotter, 1966; adaptación para la Argentina de Brenlla & Vázquez, 2010). Este instrumento proporciona una medida del LOC percibido en distintas situaciones de la vida cotidiana. La misma consta de 29 ítems, 23 dirigidos a evaluar expectativas generalizadas de control sobre los refuerzos y 6 ítems distractores dirigidos a hacer más ambiguo el propósito de la prueba. Cada ítem se compone de dos frases, una relativa a expectativas de control externo y otra relativa a

las expectativas de control interno. En cada ítem, el sujeto debe optar por una de estas frases, y luego se extrae una puntuación total a partir de la suma de los ítems contestados en la dirección externa. A mayor puntuación en la escala, se interpreta un mayor control externo. Así pues, la puntuación obtenida se refiere al externalismo de la persona.

Para el análisis de confiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,65. En cuanto a la validez, se realizó un análisis factorial para determinar la validez de constructo, llegando a dejar 5 factores que explican el 38,6% de la variación. Para analizar validez convergente y discriminante, se realizaron correlaciones con un cuestionario de afrontamiento y con la Escala de Autoeficacia General (EAG). Para las distintas dimensiones del afrontamiento se obtuvieron valores de r entre 0,37 y 0,45, con nivel de significación $p < 0,001$. Con la EAG se obtuvo una correlación negativa ($r = -0,30$) con un nivel de significación bilateral de 0,000.

Además se incluyeron ítems para registrar variables demográficas y de tratamiento: sexo, edad, clase social, peso inicial, estatura, IMC al iniciar el tratamiento y peso después de un mes de tratamiento.

6.4 Procedimiento:

En primer lugar se realizó la aplicación de los instrumentos de medición a los sujetos de la muestra. Los mismos son autoadministrables, por lo cual se les entregó a cada uno de los sujetos copias de ambos instrumentos acompañados de la hoja de datos demográficos, y de un consentimiento informado para que expresaran su voluntad de participar del estudio, garantizándoseles que los datos obtenidos se utilizarían sólo con fines de análisis estadísticos y que los mismos serían mantenidos como confidenciales en lo que respecta a la identidad de las personas. Posteriormente se verificó que hubieran sido completados en su totalidad, y que no existieran errores tales como dobles imputaciones, o marcas confusas. Al cumplirse el mes de tratamiento se relevó adicionalmente el peso de los pacientes al momento para completar los datos. Posteriormente se construyó una base de datos con el software Excel y se realizaron los análisis estadísticos correspondientes: en primer lugar medidas descriptivas (tendencia central y dispersión) y porcentajes para las variables que describen la muestra y para cada uno de los constructos. También se realizaron análisis de correlación para los objetivos que implican relación entre las variables medidas y pruebas de diferencia de

medias (t de student) para las diferencias en los puntajes obtenidos con ambos instrumentos por sexo del paciente.

7 Resultados

En este apartado se procederá a informar los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de los datos obtenidos con los instrumentos de medición aplicados. Los mismos se organizan por objetivo para mayor claridad.

7.1 Objetivo 1: Describir la autoeficacia percibida y el locus de control en pacientes en tratamiento con sobrepeso y obesidad

Para cumplir con este primer objetivo, de carácter descriptivo, se procedió a calcular estadísticos descriptivos para los constructos psicológicos analizados. Se señalan además las diferencias por sexo, aunque la significación de ellas planteadas en la hipótesis 3 se analizará por medio de pruebas de diferencias de medias (prueba t) en el apartado correspondiente al objetivo 4.

Tabla 1.

Medidas descriptivas para autoeficacia percibida y locus de control

Dimensión	Media	Mín.	Máx.	D.E.	C.V.
Autoeficacia	33,13	23	38	4,5	13,5%
Locus de control	8,30	0	19	5,18	62,42%

Analizando la media aritmética de la muestra para la escala de autoeficacia percibida se observa que el nivel en la muestra es relativamente alto, con un promedio general de 33,13 puntos sobre un puntaje máximo posible de 40, siendo el mínimo de 10. Los puntajes del grupo son homogéneos, con un puntaje mínimo observado de 23 y un máximo de 38, muy cercano al puntaje máximo posible. Las medidas de dispersión muestran esta relativa homogeneidad (D.E.=4,5 puntos; Coeficiente de Variación (CV)=13,5%).

Comparando los promedios de los puntajes obtenidos por sexo, las mujeres muestran una diferencia a favor insignificante (Media Mujeres=33,20; D.E. Mujeres=4,13 vs. Media Varones=33,07; D.E. Varones= 4,95). Esto sugiere que no existen diferencias en la autoeficacia percibida por los sujetos de la muestra según su sexo. Además los puntajes obtenidos por ambos grupos son homogéneos, levemente más heterogéneos en los hombres (CV Mujeres=12,43% vs. CV Hombres= 14,97%).

Para responder al objetivo 4 se realizarán la prueba t correspondiente para determinar la significación de esta diferencia.

En cuanto al locus de control, el grupo en general mostró una tendencia a la internalidad con un promedio de 8,30, siendo el punto de corte recomendado por los autores de la adaptación de 13 puntos, considerando externalidad por encima del mismo. Los puntajes obtenidos son, sin embargo, muy variables, yendo de los 0 puntos (un sólo caso), que indica máximo grado de internalidad, hasta un máximo de 19 puntos que entra dentro de lo que se define como externalidad del locus de control. Los coeficientes de variación muestran que los puntajes son muy heterogéneos (62,42%). Los sujetos que superaron el punto de corte, y por lo tanto pueden clasificarse dentro de la categoría externalidad son 6, y representan el 20% de la muestra.

En el caso de esta variable las diferencias de promedios entre hombres y mujeres son mínimas, sobre todo considerando la gran heterogeneidad de puntajes (Media Mujeres= 8,87, D.E. Mujeres=4,60 vs. Media Hombres= 7,73, D.E.= 5,81). La diferencia entre los promedios de ambos grupos es de apenas un punto, mientras que las diferencias promedio dentro de cada grupo están por encima de los 4 y 5 puntos.

7.2 Objetivo 2: Analizar la relación entre autoeficacia y pérdida de peso durante el primer mes de tratamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad

Para cumplir con este objetivo y el siguiente se realizaron análisis de correlación entre los puntajes obtenidos para cada uno de los constructos psicológicos y la reducción proporcional de peso de los pacientes al finalizar su primer mes de tratamiento. Para el cálculo de esta última se les preguntó al inicio cuál era su peso al comenzar con el tratamiento y al cumplir el primer mes se les volvió a preguntar por su peso. Para cada uno de los pacientes se calculó la proporción del peso inicial representada por la reducción de peso observada. Todos los pacientes mostraron una reducción de peso de al menos el 5% de su peso inicial, con la única excepción de una mujer que redujo el 4,5% de su peso inicial. Estos resultados implican un nivel más que aceptable de cumplimiento con los objetivos del tratamiento. Algunos pacientes lograron reducciones entre el 10 y el 14% de su peso inicial, lo que está por encima de lo comúnmente esperado. A continuación se exhiben los resultados.

Tabla 2.

Coefficientes de correlación para autoeficacia percibida y locus de control con pérdida de peso en el primer mes.

Variable de agencia	Pérdida de peso
Autoeficacia percibida	$r = 0,43^*$
Locus de Control	$r = -0,38^*$

* $p < 0,05$

El análisis de correlación entre los puntajes obtenidos en la escala de autoeficacia percibida y el descenso de peso logrado durante el primer mes de tratamiento (como proporción del peso inicial) muestra una moderada asociación positiva entre las variables. Esto sugiere que puntajes mayores en autoeficacia se asocian con mayor reducción de peso. La relación es estadísticamente significativa ($r=0,43$, $p<0,05$).

Por otra parte, y como complemento de este análisis, se calculó el coeficiente de correlación entre los puntajes obtenidos en autoeficacia y la reducción proporcional de peso en el grupo de pacientes que presentaron puntajes superiores a 13 en la escala de locus de control (externalidad) y la relación observada no resulta estadísticamente significativa ($r=0,13$, $p=0,79$).

7.3 Objetivo 3: Analizar la relación entre locus de control y pérdida de peso al finalizar el primer mes de tratamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad

El resultado obtenido para el análisis de correlación considerando los puntajes en locus de control es opuesto al anterior en cuanto al sentido de la asociación. En este caso mayores puntajes en locus de control, que indicarían mayor externalidad, se asocian con menor reducción proporcional de peso durante el primer mes de tratamiento. Al igual que en el caso de autoeficacia la asociación es estadísticamente significativa ($r= -0,38$, $p<0,05$). Esto expresa que los pacientes que tienden a percibir un control interno sobre los refuerzos de sus acciones muestran una mayor reducción de peso al finalizar el primer mes de tratamiento.

7.4 Objetivo 4: Determinar si existen diferencias en las variables autoeficacia y locus de control según sexo

Para verificar si existen diferencias en los constructos analizados según el sexo del paciente se realizaron pruebas de comparación de medias para muestras independientes. Como se vio en el análisis descriptivo de los constructos en la muestra, hay una diferencia muy leve en los puntajes de locus de control, con las mujeres exhibiendo un punto más en promedio. Esta diferencia no es estadísticamente significativa de acuerdo con la prueba realizada, y tampoco resulta significativa la diferencia hallada en autoeficacia que es más reducida, ya que no llega a un punto.

Tabla 3.

Diferencias de medias por sexo para autoeficacia percibida y locus de control

	Media Mujeres	Media Varones	D.E. Mujeres	D.E. Varones	GL	t	p
Autoeficacia percibida	33,2	33,07	4,13	4,95	13	0,08	0,9367
Locus de control	8,87	7,73	4,6	5,81	13	0,59	0,56

7.5 Objetivo 5: Determinar si existe relación entre autoeficacia y locus de control con el índice de masa corporal (IMC) al inicio del tratamiento.

Para cumplir con este objetivo se realizaron análisis de correlación a partir del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson entre los puntajes correspondientes a los dos constructos principales y el IMC de los pacientes al comenzar el tratamiento. Los resultados muestran una asociación baja en el locus de control y muy baja en el caso de autoeficacia. En el locus de control la asociación es positiva, es decir que aquellos pacientes con mayor externalidad son los que poseen un mayor IMC, mientras que para la autoeficacia percibida la asociación es negativa, los pacientes con mayor autoeficacia percibida muestran IMC relativamente más bajos. Sin embargo ambos resultados no son estadísticamente significativos ($p=0,54$ para autoeficacia y $p=0,10$ para locus de control).

Tabla 4.

Coefficientes de correlación entre autoeficacia percibida, locus de control e IMC al inicio del tratamiento

Variable de agencia	IMC
Autoeficacia percibida	$r = -0,11^{ns}$
Locus de Control	$r = 0,30^{ns}$

ns= no significativo.

8 Discusión

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso analizados tiene una alta autoeficacia percibida, lo que resultaría un buen indicador con respecto al resultado del tratamiento. De acuerdo con lo visto en el marco teórico creencias más firmes en la propia capacidad para realizar una tarea influyen positivamente en la motivación y en el sostenimiento del esfuerzo que representa un tratamiento como el que están realizando los sujetos de la muestra (Bandura, 1999). En el caso particular de los tratamientos de reducción de peso como el que propone el , la modificación de las conductas de ingesta es fundamental para cumplir con la dieta prescrita, y según estudios citados en el marco teórico es un factor crítico en la determinación del éxito o fracaso del tratamiento (Linde, Rothman, Baldwin, & Jeffery, 20006; Lugli Rivero, 2011).

Por otra parte, la tendencia a una alta autoeficacia percibida observada en el grupo podría estar asociada con el momento en el que se encuentran, es decir comenzando un tratamiento de reducción de peso. Esto implica una decisión con respecto a cambiar conductas de larga data, que están muy incorporadas para modificar una relación de adicción con la comida que los mantiene en la enfermedad, y para que las personas tomen una decisión de este tipo es importante que se perciban a si mismos como capaces de afrontar sus temores y dudas y sostener el esfuerzo que este cambio implica. Bandura (1999) destaca especialmente la importancia que las creencias de autoeficacia tienen con respecto a la toma de decisiones, a través de mecanismos como la proyección a futuro y la planificación de la conducta.

Coincidentemente con el nivel de autoeficacia percibida, los sujetos de la muestra presentan una tendencia a la internalidad en su locus de control. Este resultado sugiere que perciben que el control sobre los resultados que actúan como refuerzos de sus acciones está en sus manos. Esta percepción se asocia, según la teoría, con una

mayor predisposición a desarrollar conductas tendientes a influir sobre los resultados en aquellas cuestiones que afectan el propio bienestar (Wallston, 1992). En este caso en particular la internalidad en el locus de control permitiría suponer que los pacientes estarán dispuestos a realizar un esfuerzo para alcanzar los objetivos establecidos para su plan de descenso de peso, al valorar en mayor medida las capacidades de su acción que las influencias externas.

Además, ambos constructos guardan en la muestra analizada una relación acorde con lo esperado: aquellos pacientes que presentan mayor internalidad en locus de control son también los que evidencian un mayor grado de autoeficacia percibida. Aun cuando la teoría señala que no necesariamente la internalidad en el locus de control implica una mayor autoeficacia percibida, las creencias de control están asociadas con las expectativas acerca de los resultados, tanto para la línea teórica iniciada por Rotter, como en la conceptualización de la teoría cognitiva social de Bandura (Bandura, 2004).

Puede decirse entonces, que los resultados con respecto al grado de internalidad del locus de control de los sujetos de la muestra resultan coherentes con el hecho de que estos pacientes han decidido comenzar un tratamiento de reducción de peso y han logrado cumplir el primer mes alcanzando en general los objetivos propuestos, y en algunos casos superándolos.

Los resultados del análisis de correlación permiten corroborar la hipótesis de este trabajo para la relación entre autoeficacia y pérdida de peso. En primer lugar, el sentido de la asociación encontrada es el esperado por la hipótesis (mayor autoeficacia, mayor pérdida de peso), y además la relación observada es moderada y resulta significativa estadísticamente. Esto coincide con los antecedentes enumerados en el marco teórico (Linde, Rothman, Baldwin, & Jeffery, 2006; Lugli Rivero, 2011; Pettman et al., 2008). El nivel de significación de la asociación observada sugiere que puede generalizarse el resultado a la población, que en este caso sería pacientes con sobrepeso y/u obesidad que han iniciado un tratamiento de reducción de peso.

Puede suponerse que el alto grado de autoeficacia percibida por los pacientes ha resultado importante para mantener elevada la motivación intrínseca y para sostener el esfuerzo durante este primer mes de tratamiento, siguiendo lo establecido por la teoría acerca de este constructo. Por otra parte, al no haberse encontrado una asociación significativa entre autoeficacia y el IMC de los pacientes al inicio del tratamiento, puede

suponerse que las diferencias en este último no tuvieron un efecto considerable en el éxito del tratamiento en este primer tramo. De acuerdo con lo observado, los pacientes con mayor autoeficacia percibida tuvieron los mayores descensos proporcionales de peso, tanto entre los que tenían una alto IMC como entre aquellos que sólo estaban unos puntos por encima del límite de sobrepeso.

La importancia de las creencias de autoeficacia para los tratamientos en general, y para los tratamientos de reducción de peso en particular ha sido mencionada oportunamente en el marco teórico y al desarrollar el objetivo 1. Uno de los factores sobre los cuales inciden las creencias de autoeficacia son las expectativas de resultado. De acuerdo con lo visto, las personas con una alta autoeficacia percibida tienden a esperar resultados exitosos, y en el caso en que éstos no se den o tarden en aparecer, las personas con esta característica no se desanimarán porque tenderán a considerar que esto se debe a una falta de esfuerzo o a circunstancias no relacionadas directamente con su propia capacidad. Esto, en principio, les permitirá continuar adelante con la confianza de que los resultados esperados llegarán tarde o temprano.

Considerando que el Método propone que es necesario postergar el tratamiento de los factores causantes en última instancia de la enfermedad hasta después de comenzar a ver los resultados de la dieta en el peso corporal de los pacientes, puede postularse que una alta autoeficacia percibida ha sido un factor crucial para que los pacientes realicen el esfuerzo que implica la dieta con confianza en los resultados futuros aún sin tener muestras concretas de la efectividad del programa.

También se corrobora la hipótesis que relaciona el locus de control de los sujetos con la reducción proporcional de peso verificada durante el primer mes de tratamiento. La asociación negativa entre las variables concuerda con la teoría, en tanto aquellos pacientes con mayor internalidad en cuanto al locus de control, es decir aquellos que tienden a percibir que el control de los resultados está en sus manos, son también los que logran una mayor reducción proporcional de peso durante este primer mes de tratamiento (Wallston & Wallston, 1978; Oros, 2005).

En el caso del Método descrito, se enfatiza la importancia que tiene para el éxito del tratamiento que los pacientes asuman su responsabilidad con respecto a la enfermedad que los aqueja. Asumir la responsabilidad, implica abandonar las creencias fatalistas, en el sentido de entregarse a la enfermedad como algo inevitable, ya sea por

considerarlo hereditario, o propio de la idiosincracia familiar, o porque es algo incorporado a la autopercepción al punto de considerar que “se es gordo y no hay nada que hacer con eso” . Para un cambio radical en este tipo de creencias, un mayor grado de internalidad en el locus de control constituye, al menos, un punto de partida necesario. Si el paciente tiende a considerar que su estado es algo que depende de factores ajenos a su voluntad (ya sean genéticos, biológicos, culturales o simplemente el destino) es poco probable que asuman su responsabilidad y encaren con decisión los cambios necesario para dejar de ser obesos (Wallston, 1992).

También puede considerarse la importancia del locus de control para la relación analizada en el objetivo 2, que es postulada por la teoría al afirmar que la creencia en el control sobre los resultados a través de las propias acciones es fundamental para que se verifique el efecto de la autoeficacia. De hecho, como se informa en los resultados de este objetivo, la relación entre autoeficacia percibida y reducción proporcional de peso baja notablemente entre los sujetos con un locus de control externo. Esto concuerda con la reformulación de la teoría introducida por Wallston (1992) que afirma que aquellas personas que perciben que el control sobre los refuerzos no está en sus manos, sino que depende de factores externos o personas poderosas, no tenderán a poner en juego sus recursos personales aún cuando puedan percibir que poseen capacidad suficiente para realizar una tarea. En este caso los sujetos con un locus de control externo, no presentan la misma asociación entre sus creencias de autoeficacia y la reducción de peso lograda en el primer mes que aquellos pacientes que sí consideran que los refuerzos dependen de sus propias acciones.

La teoría afirma que las diferencias en el continuo de internalidad/externalidad entre hombres y mujeres se explican por factores sociales y culturales, entre los cuales el más importante es la vigencia de los estereotipos de género (Bandura, 1997, Eccles, 1989; citados en Rocha Sánchez & Ramírez de Garay, 2011). Además, la mayoría de los estudios que verifican diferencias entre los sexos, detectando en los hombres una tendencia a mayor autoeficacia percibida, analizan la autoeficacia en el contexto de la elección vocacional, el desempeño académico, o el éxito en tareas tradicionalmente consideradas masculinas, según se vio en el marco teórico.

En este trabajo se pretendió poner a prueba las diferencias según sexo en una población particular, para la cual no se encontraron antecedentes. Analizando los resultados obtenidos a la luz de la teoría, puede atribuirse la ausencia de diferencias

significativas en la autoeficacia percibida entre los hombres y mujeres de la muestra a que en este caso, en el contexto de un tratamiento de reducción de peso, las diferencias debidas a los estereotipos de género no son tan importantes como en la elección vocacional o en las expectativas de éxito en la carrera profesional. También puede hipotetizarse que, por las características del grupo analizado ya mencionadas (una tendencia casi general a altas creencias de autoeficacia en el marco del inicio de un tratamiento de reducción de peso) las diferencias por sexo no resultan importantes, como sí podría ocurrir si se analizaran casos con mayores diferencias individuales en el constructo. Estudios futuros con pacientes con sobrepeso y obesidad que incluya a aquellos que no están en tratamiento podrían ayudar a determinar si las diferencias por sexo en la autoeficacia percibida se dan en la población más general de quienes padecen esta enfermedad.

En cuanto al locus de control la no existencia de diferencias significativas entre ambos grupos de sexo concuerdan con la revisión de los estudios antecedentes realizada por Feingold (1994) y mencionada en el marco teórico, pero no con los resultados del análisis que los autores de la adaptación argentina del instrumento de medición realizaron al validar la misma. En estos últimos se hallaron diferencias significativas por sexo, con las mujeres mostrando una mayor tendencia a la externalidad en el locus de control que los hombres.

Considerando que existe aún una controversia no resuelta acerca de las diferencias por sexo en este constructo, y en otros relacionados con la personalidad, los resultados del presente trabajo sugieren la necesidad de realizar otros estudios acerca de esta diferencia analizando muestras de mayor tamaño. De repetirse los resultados observados en este trabajo podría considerarse que las diferencias encontradas en población general no se dan en los pacientes que inician un tratamiento por sobrepeso u obesidad, quizás porque en este caso los factores que explican el mayor grado de externalidad de las mujeres no son tan influyentes, de manera similar a lo que se postula para el caso de las diferencias en cuanto a la autoeficacia percibida.

Ninguno de los constructos analizados muestra una asociación significativa con el Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes al momento de iniciar el tratamiento. La existencia de una relación de este tipo hubiera indicado algún grado de vinculación entre la autoeficacia percibida por los sujetos y grado de internalidad o externalidad en el locus de control con el padecimiento de estas enfermedades. Una asociación inversa

entre la autoeficacia percibida y el IMC, como la que postula la hipótesis de trabajo, indicaría que aquellas personas con menor autoeficacia percibida son aquellas que presentan mayores IMC, lo que implicaría que tienden a presentar mayor grado de obesidad. La asociación directa entre locus de control e IMC postulada por la hipótesis de trabajo, indicaría que quienes tienden a percibir que el control de los refuerzos es externo, y no depende de las propias acciones son los que presentan mayor IMC. Ninguna de las dos hipótesis se ha corroborado, lo que plantea nuevos interrogantes a futuro.

Considerando la explicación de las enfermedades estudiadas asumida desde el marco teórico, en términos de una relación adictiva con la comida, producto a su vez de múltiples factores tanto de índole genético, fisiológico, como psicológico y ambiental (Ravenna, 2006, 2011), los resultados observados en el presente trabajo pueden interpretarse como un indicio de que las características individuales que reflejan ambos constructos cognitivos no están relacionadas con el desarrollo de la adicción a la comida.

En general, la explicación de la etiología de la enfermedad no considera qué características individuales como las creencias de autoeficacia o el locus de control juegan algún papel en la misma. Sin embargo, menciona que, en el marco de la relación adictiva con la comida, el obeso desarrolla una compulsión a comer como una forma de descarga ante las sensaciones de fracaso o de angustia. Esta descripción sugirió la hipótesis de este trabajo acerca de una relación entre una baja autoeficacia percibida y la percepción de un control externo sobre los resultados de las propias acciones con un mayor IMC como indicador de sobrepeso y obesidad. Esta hipótesis no se pudo corroborar en este trabajo al no resultar significativa la relación, y el grado, entre bajo y muy bajo, de asociación observado podría sugerir que tales relaciones entre autoeficacia e IMC y locus de control e IMC no se verifican en la población de pacientes con sobrepeso y obesidad.

9 Conclusión

Los objetivos principales del presente trabajo se han cumplido satisfactoriamente. Se ha corroborado la asociación entre autoeficacia percibida y locus de control, como variables cognitivas enmarcadas en la teoría de la agencia humana, y el éxito en el inicio de un tratamiento de reducción de peso medido a través de la

reducción proporcional del mismo alcanzada durante el primer mes de tratamiento.

Las relaciones observadas permiten confirmar la importancia que la teoría le otorga a este tipo de variables en el cambio de conductas relacionadas con la salud, y más específicamente con los cambios necesarios en el marco de un tratamiento.

En el caso del locus de control, esta importancia radica en la influencia que tienen sobre las acciones de las personas sus expectativas con respecto a los resultados que actúan como refuerzos de sus conductas. De acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo se confirma que aquellas personas que tienden a percibir que el control de estos refuerzos dependen de sus acciones o de sus características personales en mayor medida que de factores externos ajenos a su voluntad, son las que muestran mayor propensión a afrontar acciones que modifiquen sus condiciones de vida.

En la muestra analizada se verifica esta relación, predominando además un locus de control interno. Esto último coincide con las circunstancias en las cuales encontramos a los sujetos: llevando adelante un tratamiento de reducción de peso.

Con respecto a la autoeficacia percibida, se corrobora que mayores niveles de la misma están asociados con un mejor resultado del tratamiento, pudiendo deducirse que esta variable cumple un papel importante en el éxito del mismo a través de los distintos mecanismos que postula la teoría. Los más importantes para el caso de un tratamiento de reducción de peso que, como sucede con el Método descrito, propone que es fundamental concentrarse en los cambios en la conducta de ingesta que supone la dieta prescrita son la motivación y la perseverancia. No se evaluaron variables relacionadas con la valoración y expectativas de los pacientes con respecto a los resultados, pero puede suponerse que el grado de autoeficacia percibida afecta también a estas variables de acuerdo con lo visto oportunamente en el marco teórico.

Por otra parte, no se corroboraron las hipótesis de trabajo acerca de las diferencias entre sexos para los constructos analizados, ni la hipótesis que postulaba una relación entre los constructos y el IMC de los pacientes. En el primer caso los resultados de este trabajo se agregan a aquellos que alimentan la discusión acerca de las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a estas y otras variables incluidas dentro de la personalidad. La importancia de los factores culturales y del entorno social para explicar tales diferencias constituyen un fenómeno interesante para evaluar en futuras investigaciones, considerando la posibilidad de que los estereotipos de género resultante

de tales factores tengan efectos diferentes en distintos ámbitos de la vida. Los antecedentes analizados aseguran en su mayoría que las diferencias de sexo son significativas en los casos de elección de carrera y expectativas de éxito en actividades marcadas por sesgos sexistas. En el caso de los pacientes con sobrepeso y obesidad, queda por establecer en futuros estudios si esas diferencias resultan importantes para la autoeficacia percibida y el grado de internalidad/externalidad en el locus de control.

La ausencia de una relación significativa entre los constructos y el IMC sugiere la consideración del papel de los constructos cognitivos en el origen de la enfermedad. Si los resultados obtenidos en el presente estudio pueden considerarse buenos indicios de la ausencia de relación entre ellos y el grado de obesidad desarrollado por los pacientes, esto indicaría que la autoeficacia percibida y el locus de control no juegan ningún papel en la etiología de la enfermedad. La explicación de esta como un fenómeno complejo resultante de la combinación de factores individuales (genéticos, fisiológicos, psicológicos) y ambientales (sociales, culturales, familiares) permite dejar afuera este tipo de constructos sin descartar la importancia que sí tienen otros factores psicológicos tales como la ansiedad, el estrés y la frustración.

Una limitación del presente trabajo podría ser el tamaño reducido de la muestra y el hecho de que todos los sujetos estén realizando el tratamiento en el mismo lugar. Resultaría interesante verificar la relación encontrada entre los constructos cognitivos y el éxito en el tratamiento en estudios futuros con mayor cantidad de casos y mayor variabilidad de situaciones.

También, considerando que durante el primer mes de tratamiento la mayoría de los pacientes que lo completan suelen experimentar una reducción de peso importante, podría realizarse otro estudio longitudinal, pero extendiendo la observación durante un periodo de tiempo mayor para comprobar si la relación entre los constructos y la reducción de peso se mantiene a lo largo de la evolución del tratamiento.

Una limitación metodológica que pudo afectar el resultado en el caso del objetivo que relaciona ambos constructos con el IMC es el que la mayoría de la muestra resultara relativamente homogénea en cuanto a su autoeficacia percibida e internalidad en el locus de control. Aunque la relación podría haberse observado de todos modos, es posible que en una muestra con mayor heterogeneidad apareciera la relación que aquí no se observa. Como se dijo anteriormente, una muestra que incluyera sujetos en

tratamiento y sin tratamiento podría mostrar una mayor heterogeneidad en los constructos.

De cualquier manera, la realización del presente TFI resultó de gran utilidad para poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la cursada, tanto en las materias de contenido teórico como en las metodológicas y estadística. Como experiencia de investigación fue un buen complemento para la formación en psicología, que permitió incorporar formas de trabajo metódico y afianzar algunos conocimientos.

La experiencia realizada en la práctica profesional, además de brindar los elementos necesarios para realizar el presente trabajo, fue importante para observar directamente el trabajo profesional en un ámbito que constituye un problema importante de salud en la actualidad. El trabajo que lleva adelante la institución brindó en este sentido la oportunidad para conocer el lugar que ocupa el grupo terapéutico en el tratamiento de adicciones, que es como se define allí a la obesidad. Como limitación de la experiencia en la institución puede mencionarse la falta de una guía para comprender con mayor claridad la forma en que se combinan las distintas formas de abordaje que implica el tratamiento y las bases teóricas que sustentan a los mismos, así como las razones que explican los niveles y prioridades que se asignan a cada una de ellas.

En términos generales, tanto la experiencia en la residencia realizada en la institución como el trabajo que representó la elaboración del presente TFI resultaron satisfactorias y aportaron a la integración de los contenidos incluidos en la formación profesional. Especialmente la confección del informe implicó poner en juego la integración necesaria entre la teoría y la práctica. A través de los resultados obtenidos se pudo experimentar la forma en que las relaciones propuestas por una teoría se ponen a prueba a través del análisis de datos empíricos, y cómo estos resultados permiten verificar tales relaciones o no, imponiendo en este último caso la necesidad de continuar investigando a partir de la inclusión de nuevas variables o introduciendo cambios metodológicos.

Al respecto, los resultados del presente trabajo sugieren dos líneas posibles de futuros problemas de investigación: una que surge a partir de las hipótesis confirmadas, para profundizar en la importancia que tienen los constructos analizados para lograr el éxito en tratamientos de reducción de peso, y también quizás en otros tratamientos que implican cambios en las conductas. La otra línea posible surge a partir de las hipótesis

que no se verificaron, y tiene que ver con la reformulación metodológica para terminar de descartar o volver a considerar las posibles diferencias entre los sexos para los constructos analizados y la posible relación entre ellos y el grado de obesidad de las personas.

10 Referencias bibliográficas

- Amigo Vázquez, I. & Fernández Rodríguez, C. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 49-56.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM IV TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales*. Texto Revisado. Barcelona: Masson S.A.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman. New York,.
- Bandura, A. (1998). Personal and collective efficacy in human adaptation and change. En J.G. Adair, D. Belanger & K. L. Dion (Eds.). *Advances in psychological sciences. Vol. 1: Personal, social and cultural aspects*. Hove, UK: Psychology Press.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia individual y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.) *Autoeficacia. Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao:Desclée de Brower.
- Bandura, A. (2004). The growing primacy of perceived self-efficacy in human self-development, adaptation and change. En M. Salanova et al. *Nuevos horizontes en la investigación sobre autoeficacia*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, 35-51.
- Barceló Acosta, M. & Borroto Díaz, G. (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Revista cubana de Investigaciones Biomédicas*, 20, (4) [Versión online] Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000400009
- Begoña Iglesias, E. (1988). Estado actual del tratamiento conductual de la obesidad. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 42, (1), 93-102.
- Brenlla, M.E., Aranguren, M. Rossaro, M.F. & Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la escala de autoeficacia general. *Interdisciplinaria* 27, (1), 77-94.
- Brenlla, M.E. & Vázquez, N. (2010). *Análisis psicométrico de la adaptación argentina de la escala de locus de control de Rotter*. Buenos Aires: Universidad Católica

Argentina.

- Carrasco Dell'aquila, D., Gomez Castro, E. & Staforelli Mosca, A. (2009). Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. *Terapia Psicológica* [online], 27, (1), 143-149.
- Cervone, D. (2000). Thinking about self-efficacy. *Behavior modification* 24, (1), 30-56.
- Day, C. & Bailey, C. J. (2011). Obesity in the pathogenesis of type 2 diabetes. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease* 11, 55-61, doi:10.1177/1474651411407418
- Faith, M. S., Fontaine, K. R., Cheskin, L. J. & Allison, D.B. (2000). Behavioral Approaches to the Problems of Obesity. *Behavior Modification* 24, (4), 459-493.
- García J.A. & Méndez B.E. (2011). ¿Que sabe Ud. acerca de sobrepeso y obesidad?. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, Julio-Septiembre, 57-59.
- Gonzalez, M. & Lugli Rivero, Z. (2012). Control Personal de la Conducta y Adhesión Terapéutica en Balón Intragástrico Bioenterics. *Gen* 66,(4), 250-259. [online]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001635032012000400007&lng=es&nrm=iso>.
- Guzmán Saldaña, R. M., Del Castillo Arreola, A. & Garcia Meraz, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J.A. Morales González (comp.), *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (pp.201-218). Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Gwénaëlle, J.; Usher, E. L.; Bressoux, P. (2011). Sources of self-efficacy: An investigation of elementary school students in France. *Journal of Educational Psychology*, 103(3), 649-663. doi: [10.1037/a0024048](https://doi.org/10.1037/a0024048)
- Kormanik, M.B. & Rocco, T.S. (2009). Internal Versus External Control of Reinforcement: A Review of the Locus of Control Construct. *Human Resource Development Review* 8, (463) DOI: 10.1177/1534484309342080
- Linde, J. A.; Rothman, A. J.; Baldwin, A. S.; Jeffery, R. W. (2006). The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychology*, 25, (3), 282-291.
- Lindley, L.D. & Borgen, F.H. (2002). Generalized self-Efficacy, Holland Theme Self-

- Efficacy and Academic Performance. *Journal of Career Assessment* 10, 301-314.
- Lugli Rivero, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico* 9 (17), 43-56.
- Malik VS, Willett WC, Hu FB. (2013). Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nature Reviews. Endocrinology*, 9, 13-27.
doi:10.1038/nrendo.2012.199
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., López, M. & Ibañez, I. (2007). Relevancia del género y de las variables demográficas en locus de control y en factores motivacionales relativos al ámbito laboral. *Análisis y modificación de conducta*, 33(147), 51-66.
- Mc Auley, E., Whright, S. & Duncan, T. (1991). Self-Efficacy, perception of success, and intrinsic motivation for exercise. *Journal of applied social psychology* 21, (2), 139-155.
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E. H., Field, A. E., Colditz, G. & Dietz, W. H. (1999). The Disease Burden Associated With Overweight and Obesity. *Free Journal of the American Medical Association*, 282 (16), 1523-1529.
doi:10.1001/jama.282.16.1523.
- U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. (s.f.). *¿Cómo se tratan el sobrepeso y la obesidad?* Recuperado el 12 de octubre de 2013 en
<http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/obe/treatment.html>
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Ediciones Morata.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N°311. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Oros, L. B. (2005). Locus de control. Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de psicología* 14, (1), 89-97.
- Pajares, F. (1997). Current directios in Self-Efficacy research. En M. Maehr & P. R. Pintrich (Eds.). *Advances in motivation and achievement* 10, 1-49. Greenwich, CT: JAI Press.
- Pettman, T. L., Misan, G. M. H., Owen, K., Warren, K., Coates, A. M., Buckley J. D. & Howe, P. Self-management for obesity and cardio-metabolic fitness:Description

and evaluation of the lifestyle modification program of a randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 5, 53-68.

Rada, P., Avena, N. M. & Hoebel, B. G. (2005). “Adicción” al azúcar: ¿mito ó realidad? Revisión. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 3 (2), 2-12.

Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea. Entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.

Ravenna, M. (2006). *La terlaraña adictiva. ¿Quién come a quién?* Buenos Aires: Ediciones B.

Ravenna, M. (2011). *La medida que adelgaza. Del exceso tóxico a la porción saludable*. Buenos Aires: Zeta.

Rodriguez Scull, L.E. (2004). La obesidad y sus consecuencias clinicometabólicas. *Revista Cubana Endocrinología*, 15, (3).[online]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-2953.

Rucker D., Padwal R., Li, S.K., Curioni C. & Lau, D.C.W. (2007). Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *British Medical Journal*, 335, 1194–1199

Sánchez, M. & Iruarrizaga, I. (2005). Obesidad e ingesta emocional. *Boletín de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés(SEAS)*, 23, 11-20.

Sánchez Carracedo, D. & Saldaña, C. (1998). Evaluación de los hábitos alimentarios en adolescentes con diferentes índices de masa corporal. *Psicothema*, 10, (2), 281-299.

Schneewind, K.A. (1999). Impacto de los procesos familiares sobre las creencias de control. En En A. Bandura (Ed.) *Autoeficacia. Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao:Desclée de Brower.

Sorlí Guerola, J. V. (2008). *Obesidad y alteraciones metabólicas. Factores genéticos y ambientales en población mediterránea*. Valencia: Universitat de Valencia.

Strecher, V.J., McEvoy DeVellis, B., Becker, M.H. & Rosenstock, I.M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly* 13, (1), 73-91.

- Su-Hui Chen (2007). *The relationships among nutrition self-efficacy, health locus of control and nutritional status*. Michigan: ProQuest Information and Learning Company.
- Vasanti S. Malik, Walter C. Willett & Frank B. (2013). Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nature Reviews Endocrinology* 9, 13-27 | doi:10.1038/nrendo.2012.199
- Velásquez Fernández, A. (2012). Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. *Pequén* 2, (1), 148-160.
- Visdomine Lozano, J.C. & Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 6, (3), 729-751.
- Wallston, B. S. & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: A Review of the literature. *Health Education Monographs* 6, 107-117.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183-199.
- Wallston, K.A. (1997). Perceived control and health behavior. En A. Baum, C. McManus, S. Newman, J. Weinman, and R. West (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and medicine 1*. Cambridge, England: Cambridge University Press. [Versión online] Disponible en www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/C13a.pdf

11 Anexos

Instrumentos utilizados

Escala Rotter (Locus de Control)

A continuación le presentamos pares de frases que indican diferentes actitudes u opiniones ante la vida. Por favor elija de cada par UNA opción, la que mejor refleje su parecer, con una cruz [X]. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo responda con sinceridad. Recuerde, elija solo UNA de las opciones del par.

Item 1

- a. Los niños se meten en problemas porque sus padres los retan mucho.
- b. Hoy en día, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son demasiado permisivos con ellos.

Item 2

- a. La mayoría de las situaciones tristes que ocurren en la vida de las personas se deben, en parte, a la mala suerte.
- b. Las desgracias que sufren las personas son el resultado de los errores que cometen.

Item 3

- a. Una de las principales razones de que haya guerras es el hecho de que las personas no se interesan lo suficiente en la política.
- b. Siempre existirán las guerras, no importa cuán arduamente las personas traten de evitarlas.

Item 4

- a. A la larga, las personas obtienen el respeto que se merecen en este mundo.
- b. Desafortunadamente, muchas veces el valor de una persona no es reconocido, a pesar de lo mucho que haga.

Item 5

- a. La idea de que los maestros son injustos con los estudiantes es una tontería.
- b. La mayoría de los estudiantes no se da cuenta hasta qué punto las situaciones inesperadas influyen en sus calificaciones.

Item 6

- a. Sin apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz.
- b. Las personas capaces que no logran ser líderes es porque no han sabido aprovechar sus oportunidades.

Item 7

- a. No importa lo que hagas, siempre habrá alguien a quien no le caés bien.
- b. Las personas que no logran agradar a los demás es porque no saben relacionarse con los otros.

Item 8

- a. La personalidad está fuertemente determinada por la herencia.

b. Son nuestras experiencias de vida lo que determinan qué somos.

Item 9

a. A menudo he notado que lo que tiene que suceder, sucederá.

b.

Confiar en el destino nunca ha resultado para mí tan bueno como el decidirme por un determinado curso de acción.

Item 10

a. Para un estudiante bien preparado raramente existen los exámenes injustos.

b. Muchas veces las preguntas de los exámenes tienden a estar tan poco relacionadas con el trabajo en el curso, que estudiar resulta realmente inútil.

Item 11

a. Llegar a tener éxito es cuestión de trabajo duro, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.

b. Conseguir un buen trabajo depende, principalmente, de estar en el lugar correcto, en el momento oportuno.

Item 12

a. El ciudadano común puede tener influencia en las decisiones del gobierno.

b. Este mundo está manejado por unas pocas personas que se encuentran en el poder, y el hombre común no puede hacer mucho respecto de ello.

Item 13

a. Cuando hago planes, estoy casi seguro de poder realizarlos.

b. Hacer planes con mucha anticipación no siempre es bueno, porque muchas cosas parecen ser cuestión de buena o mala suerte.

Item 14

a. Hay ciertas personas que directamente no son buenas.

b. Todas las personas tienen algo bueno.

Item 15

a. En mi caso, obtener lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.

b. Muchas veces podríamos decidir qué hacer simplemente tirando una moneda.

Item 16

a. Frecuentemente, llegar a ser jefe depende de haber tenido la buena suerte de estar primero en el lugar correcto.

b. Lograr que las personas hagan lo correcto depende de su capacidad, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.

Item 17

a. En relación a los sucesos mundiales, la mayoría de nosotros somos las víctimas de fuerzas que no podemos ni entender ni controlar.

b. Participando activamente en la política y en las cuestiones sociales, las personas pueden controlar lo que sucede en el mundo.

Item 18

a. La mayoría de las personas no se dan cuenta hasta qué punto sus vidas están controladas por hechos accidentales.

b. En realidad, no existe algo llamado "suerte".

Item 19

a. Uno debería estar siempre dispuesto a admitir sus errores.

b. En general es mejor ocultar los propios errores.

Item 20

a. Es difícil saber si, realmente, le agradas o no a una persona.

b. La cantidad de amigos que tienes depende de cuán agradable eres.

Item 21

a. A la larga, lo malo que nos sucede se compensa con lo bueno que nos pasa.

b. La mayoría de las desgracias son el resultado de la falta de capacidad, la ignorancia, la haraganería o de las tres juntas.

Item 22

a. Si nos esforzamos lo suficiente, podemos eliminar la corrupción en la política.

b. Es difícil para la gente tener demasiado control sobre lo que hacen los políticos en su cargo.

Item 23

a. A veces me cuesta entender cómo los maestros llegan a las notas que ponen.

b. Existe una relación directa entre cuán duro estudio y las notas que obtengo.

Item 24

a. Un buen líder espera que las personas decidan por sí mismas lo que deben hacer.

b. Un buen líder indica claramente a todos cuáles son sus tareas.

Item 25

a. Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me suceden.

b. Me resulta imposible creer que el azar o la suerte tienen un papel importante en mi vida.

Item 26

a. Las personas que están solas es porque no intentan ser amigables.

b. No tiene mucho sentido tratar de agradar a la gente; si les gustás, les gustás.

Item 27

a. En la escuela secundaria se pone mucho énfasis en el deporte.

b. Los deportes en equipo son una excelente manera de moldear el carácter.

Item 28

a. Lo que me sucede, es el resultado de mis propias acciones.

b. A veces siento que no tengo suficiente control sobre el rumbo que está tomado mi vida.

Item 29

a. La mayoría de las veces no logro comprender por qué los políticos se comportan en la forma en que lo hacen.

b. A la larga, las personas son responsables de los malos gobiernos, tanto a nivel nacional como local.

Escala de Autoeficacia de Jerusalem y Schwarzer

A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Señale con una cruz la opción que corresponda a la frecuencia con la cual podría usted sostener lo que dice cada afirmación.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Siempre
1-Puedo resolver cosas difíciles si hago el esfuerzo necesario.				
2-Aunque alguien se me oponga, puedo encontrar los medios y la forma de obtener lo que quiero.				
3-Me resulta fácil enfocarme en los fines que persigo y lograr mis objetivos.				
4-Tengo confianza en que podría manejar eficazmente situaciones imprevistas.				
5-Gracias a mis capacidades y recursos, sé cómo manejar situaciones inesperadas.				
6-Puedo resolver la mayoría de mis dificultades si me esfuerzo lo suficiente.				
7-Puedo mantener la calma cuando me enfrente a dificultades porque confío en mis habilidades para afrontarlas.				
8-Cuando me enfrente a un problema, generalmente puedo encontrar varias soluciones alternativas.				
9-Si tengo problemas, generalmente se me ocurre una solución.				
10-Por lo general puedo manejar cualquier situación que se me presente.				