

INFLUENCIA DE LA AUTOEFICACIA, AUTORREGULACIÓN Y LOCUS DE CONTROL SOBRE EL PESO CORPORAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD

INFLUENCE OF SELF-EFFICACY, SELF-REGULATION AND LOCUS OF CONTROL ON THE BODY WEIGHT OF HEALTH WORKERS.

Jesús Melchor Santos-Flores

Licenciado en Enfermería

Doctor en Educación

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

santos_meme_10@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9110-9575>

Alma Rosa Marroquín-Escamilla

Doctora en Medicina

Especialista en pediatría.

Secretaria de Salud de Nuevo León, Monterrey, México.

alma.marroquin@saludnl.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0001-6315-8997>

Pedro Enrique Trujillo-Hernández

Licenciado en Enfermería

Doctor en Ciencias de Enfermería.

Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”. Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, México.

enrique_trujillo1702@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8503-387X>

Milton Carlos Guevara-Valtier

Licenciado en Enfermería

Doctor en Educación

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

carlos_valtier7@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0806-3706>

Edgar Paolo Rodríguez Vidales

Doctor en Administración y Gestión de los Servicios de Salud.

Secretaria de Salud de Nuevo León, Monterrey, México.

edgar.rodriguez@saludnl.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0002-1626-6271>

Dafne Astrid Gómez Melasio

Licenciada en Enfermería

Doctora en Ciencias de Enfermería.

Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”. Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, México.

dafne.gomez@uadec.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-2608-1350>

Izamara Santos-Flores

Licenciada en Enfermería

Doctor en Educación

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

iza-mara@live.com.ar

<https://orcid.org/0000-0003-1665-7464>

Artículo recibido el 13 de febrero de 2024. Aceptado en versión corregida el 11 de julio de 2024.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el sobrepeso y la obesidad son consideradas enfermedades endocrino-metabólicas y, generan un aproximado de 41 millones de muertes al año, equivalente al 74% de todas las muertes en el mundo ^(1,4). En México, el 72,4% de la población adulta tiene este padecimiento. Los trabajadores de salud, pueden adquirir hábitos alimentarios no saludables que aumentan las probabilidades de desarrollar estas patologías; por esta causa, se han registrado prevalencias de sobrepeso y obesidad mayores al 50% en el sector salud.

METODOLOGÍA: Este es un trabajo con un diseño descriptivo-correlacional, donde se obtuvo una muestra de 164 trabajadores de la salud y, se aplicó el Instrumento Autoeficacia Percibida para el Control de Peso, el Instrumento de Autorregulación del Peso y, el Instrumento de Locus de Control de Peso. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences. Se utilizó estadística descriptiva, la prueba U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis, Chi-cuadrado de Pearson y el Coeficiente de Correlación de Spearman. **RESULTADOS.** El 75.6% correspondió al sexo femenino y 24.4% al sexo masculino. El 84,2% presentó sobrepeso y obesidad. Relación negativa con autoeficacia: actividad física cotidiana ($r = -0,202$, $p = 0,048$), y locus de control de peso: interno ($r = -0,221$, $p = 0,034$) y positiva con locus de control: poderosos ($r = 0,277$, $p = 0,011$). **CONCLUSIÓN.** Se concluye en la importancia de diseñar estrategias para disminuir el impacto de las variables que afectan el peso corporal (locus de control: poderosos) y aumentar los niveles de las variables protectoras.

Palabras clave: Obesidad, autoeficacia, personal de salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Overweight and obesity are metabolic diseases. This problem leads to 41 million deaths per year, equivalent to 74% of all deaths in the world. In Mexico, 72.4% of the adult population is considered overweight or obese, and unhealthy eating habits can increase the chances of developing this pathology. With respect to health workers, prevalences of overweight and obesity greater than 50% have been recorded. **MATERIAL AND METHODS.** Descriptive-correlational design. The sample was 164 health workers. The Perceived Self-Efficacy Inventory for Weight Control, the Weight Self-Regulation Inventory, and the Locus of Weight Control Inventory were administered. **RESULTS.** 75.6% of the subjects were female. 84.2% were overweight and obese. Negative relationships were noted with self-efficacy: daily physical activity ($r = -0.202$, $p = 0.048$), and with weight locus of control: internal ($r = -0.221$, $p = 0.034$). A positive relationship was observed with locus of control: powerful ($r = 0.277$, $p = 0.011$). **CONCLUSION.** It is important to design strategies to reduce the impact of variables that affect body weight, such as locus of control: powerful, and increase the levels of protective variables.

Keywords: Obesity, self-efficacy, health personnel.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.2.533-547

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad (SP/OB) se consideran una enfermedad que ha afectado a todo el mundo. ⁽¹⁾ Sus causas son múltiples, entre ellas: alimentación no balanceada, sedentarismo y conductas de riesgo ⁽²⁾. Esta enfermedad es el quinto factor de riesgo de muerte a nivel global ⁽³⁾. La OMS reporta que a nivel mundial alrededor de 1,9 millones de adultos presentan sobrepeso y 650 millones padecen obesidad, representado el 62,5% de la población mundial adulta. Este problema de salud genera 41 millones de muertes al año, equivalente al 74% de todas las muertes en el mundo ^(1,4).

En México, los reportes emitidos sobre prevalencias de SP/OB representan al 72,4% de la población adulta ⁽⁵⁾. Estos datos siguen siendo alarmantes posicionándose dentro de los primeros

cinco países con mayor prevalencia en obesidad en el mundo ⁽⁶⁾.

En el sector de salud, el personal médico, de enfermería y otros, tienen altas probabilidades de desarrollar hábitos alimenticios no saludables, debido a largas jornadas de trabajo, turnos nocturnos, horarios irregulares para la alimentación, sedentarismo y otras conductas de riesgo ⁽⁷⁾. Por esta causa se han registrado prevalencias de SB/OB mayores al 50% en trabajadores de la salud ⁽⁸⁻¹¹⁾.

En este sentido, aun con la existencia de evidencia que explica la influencia del ambiente obesogénico, es necesario conocer el rol de las conductas en el proceso del control del peso corporal en trabajadores de la salud ⁽¹²⁾.

Con base a lo anterior y con la finalidad de conocer los factores

conductuales que desencadenan este problema, es importante abordarlo desde diferentes perspectivas, como la autoeficacia, la autorregulación y el locus de control de peso, los cuales son considerados factores de regulación del peso en cada persona ⁽¹²⁻¹⁵⁾.

En lo que se refiere a la obesidad y el sobrepeso, se define autoeficacia como la evaluación o creencia de la propia capacidad para responder a situaciones concretas, en el ámbito del peso corporal, para modificar el estilo de vida al controlar el peso. Por ejemplo: el control de resistirse a los alimentos con alto contenido de azúcares, grasas y carbohidratos ^(12,13).

La autorregulación del peso, es la capacidad de actuar tomando en cuenta criterios internos y autoevaluados de su propia conducta; ^(13,14,16) involucra los modos para la consecución y control de objetivos desde dos perspectivas: autorregulación del peso en los hábitos alimentarios y la autorregulación del peso en la actividad física ^(14,16). Con base a la literatura, las personas que carecen de autorregulación podrían tener más probabilidades de presentar SB/OB ⁽¹³⁾. Para alcanzar una autorregulación adecuada, el individuo debe ser capaz de auto-observar el comportamiento y las condiciones sociales, autoevaluando cada conducta y comparándola con las metas planteadas, derivadas de una motivación ^(14,17), cuando este proceso es alcanzado de manera eficaz, el resultado de pérdida de peso es mayor. La medición objetiva de la autorregulación de basa en la determinación de criterios internos y reacciones autoevaluadoras de comportamientos, por ejemplo, al planificar una rutina de ejercicios y

proponerse comer cantidades moderadas de alimentos.

El locus de control, es un concepto que deriva de la teoría del aprendizaje social de Rotter en 1954, donde lo establece como un factor que determina la conducta de una persona y el grado en que ésta percibe las consecuencias sobre su propio comportamiento ⁽¹⁵⁾. Este se describe como locus interno y externo; las personas con alto locus de control interno son más propensas a lograr un control en su entorno y tomar responsabilidades a comparación de los individuos con alto locus de control externo. Los individuos con SP/OB podrían presentar menor locus de control interno y un mayor locus de control externo, es decir, menor control interno en cuanto a la ingesta de alimentos y una ingesta excesiva a alimentos que no están en su control y contribuyen al aumento del peso ⁽¹⁸⁾.

De acuerdo con lo anterior, podría existir una relación entre el peso corporal y las variables de autoeficacia, autorregulación y locus de control en los trabajadores de la salud en uno de los países con mayor prevalencia de SP/OB. Por ello, se propone conocer la influencia de la autoeficacia, la autorregulación y el locus de control de peso corporal en el personal de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con diseño descriptivo-correlacional de corte transversal en los meses de enero y febrero del 2023 en hospitales de segundo nivel de dos estados al norte de México, el Hospital General de Sabinas Hidalgo y Hospital General Saltillo en los servicios de hospitalización.

La población de interés estuvo conformada por 286 trabajadores de entre 23 y 62 años que laboran en hospitales de segundo nivel de atención. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el paquete estadístico nQuary Advisor® versión V7.0, se estimó a partir de un Modelo de Regresión Lineal Múltiple con 5 variables independientes con un nivel de significancia de .05, una potencia del .90 y un Coeficiente de Determinación R² de .08. Se obtuvo una muestra de 154 participantes.

Considerando otros trabajos relacionados, ^(12,15) la obtención de datos de las variables de estudio se estableció en 3 grupos: el grupo con obesidad (n = 64; 39,1 %), el grupo de sobrepeso (n = 74; 45,1 %) y el grupo de normopeso (n = 26; 15,8 %). De acuerdo con los criterios de selección, se incluyeron trabajadores de la salud como médicos, enfermeros, nutricionistas, químicos, trabajadores sociales y personal con actividades administrativas en las áreas hospitalarias.

El procedimiento de recolección de datos consistió en la aprobación por los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la institución de salud en la cual se llevó a cabo el estudio. Una vez autorizado, se solicitó a la institución de salud los registros del personal que laboran en los diferentes turnos y áreas con el fin de ubicar y elaborar una lista que permita situar la cantidad de trabajadores en los turnos y áreas correspondientes. Una vez elaborada la lista se aplicó el proceso de muestreo aleatorio estratificado, se realizó un grupo mediante la aplicación móvil Whatsapp® para mantener contacto y explicar el consentimiento informado y los

instrumentos de medición a aplicar. Al personal de salud que aceptó participar en el estudio se les proporcionó una fecha y hora para realizar las mediciones y aplicación de los instrumentos a través de encuestas diseñadas en Google Forms con el fin de agilizar su llenado. Terminados los procedimientos se agradeció al personal de salud por su participación.

Las mediciones fueron de tipo antropométricas (medición de peso y talla) con el fin de calcular el índice de masa corporal (IMC). El IMC se obtuvo al dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado (kg/m²) mediante una báscula marca SECA 750 previamente calibrada; realizó la medición de peso y mediante un estadímetro portátil marca SECA 213 la toma de estatura. Para su categorización se utilizaron los criterios de la OMS: bajo peso (IMC < 18,5 kg/m²), peso normal (IMC entre 18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25-29,9 kg/m²), obesidad (IMC > 30 kg/m²) ⁽¹⁹⁾.

Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos para registrar la edad (años), sexo (masculino y femenino), escolaridad (años de estudio), peso (kg) y estatura (cm) y tres instrumentos para medir las variables principales del estudio.

Para medir la autoeficacia percibida para el control de peso se utilizó el Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (IAPCP) ⁽²⁰⁾, el cual está conformado por 37 ítems redactados en afirmaciones que se refieren a conductas relacionadas con el control de peso, en donde el evaluado determina qué tan capaz se considera para realizar dichas conductas dentro de una escala de cuatro puntos que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo.

El inventario está dividido en tres factores que examinan diferentes áreas para ejercer el control del peso: "estilo de alimentación y externalidad", "actividad física programada" y "actividad física cotidiana".

El factor "estilo de alimentación y externalidad" está conformado por 20 ítems (31, 7, 17, 5, 22, 8, 10, 15, 24, 20, 33, 35, 27, 18, 26, 13, 11, 29, 1 y 3) basados en diferentes posibilidades de comportamiento de los sujetos para atender su alimentación en situaciones fuera de casa. La puntuación mínima para este factor sería 20 y la máxima 80. El factor "actividad física programada" incluye nueve ítems (34, 16, 21, 25, 2, 37, 30, 6 y 12), los cuales se refieren a la posibilidad de mantener conductas rutinarias de ejercicio. La puntuación mínima para este factor sería 9 y la máxima 36.

El factor "actividad física cotidiana" consta de ocho ítems (23, 28, 32, 4, 14, 9, 19 y 36) que examinan la capacidad de los sujetos para preferir conductas de salud favorables que requieren esfuerzo físico sin llegar a ser ejercicios necesariamente. La puntuación mínima para este factor sería 8 y la máxima 32. Integrando los tres factores se obtiene una exploración completa acerca de la creencia en los sujetos de poder controlar su peso por medio de la actividad física y una adecuada alimentación.

Para la medición del nivel de autoeficacia para el control del peso por factores se hace una sumatoria por ítem y se obtienen los cuartiles de las puntuaciones totales tomando en cuenta las puntuaciones mínimas y máximas de cada factor. Los cuartiles ubican el intervalo en el que se encuentra la

puntuación total de cada participante y que determina si el nivel resulta bajo, medio o alto para cada factor correspondiente ⁽²¹⁾.

Se han reportado índices de consistencia interna (coeficiente alpha de Cronbach) para cada uno de los factores de 0,88 para el factor "Estilo de alimentación y externalidad", 0,91 para el factor "Actividad física programada" y 0,88 para el factor "Actividad física cotidiana". Los resultados sugieren unos niveles de fiabilidad satisfactorios ⁽²¹⁾.

Para la medición de la autorregulación del peso se utilizó el Inventario de Autorregulación del Peso (IAP), ⁽²²⁾ el cual evalúa el autorreporte de las habilidades de autorregulación, aplicada al control del peso en dos áreas: hábitos alimentarios y actividad física. A mayor puntaje, mayor autorregulación en el proceso de control de peso. Los autores reportan propiedades psicométricas satisfactorias. El primer factor, denominado autorregulación de los hábitos alimentarios (16 ítems, 19, 11, 09, 13, 16, 23, 24, 07, 15, 08, 27, 22, 04, 26, 03 y 29), con un alfa de Cronbach de 0.91; y el segundo, comprendido como la autorregulación de la actividad física (13 ítems, 20, 25, 10, 06, 28, 21, 12, 14, 17, 02, 05, 01 y 18), con un alfa de Cronbach de 0,93.

Con respuesta tipo Likert de cuatro puntos, cuyas alternativas de respuestas son "nunca", "pocas veces", "muchas veces" y "siempre", puntuadas con 0, 1, 2 y 3 puntos, respectivamente. El puntaje total del instrumento se obtiene de la suma de los valores brutos de cada una de las respuestas, donde entre mayor es el puntaje, mayor es la autorregulación para controlar el peso. Se calculan los siguientes estadísticos descriptivos para

cada ítem: frecuencia de respuestas, media, desviación estándar y asimetría⁽²²⁾.

El locus de control del peso se midió a partir del Inventario de Locus de Control de Peso (ILCP),⁽²³⁾ el cual mide las creencias de control respecto al peso en tres dimensiones: interno, azar y otros poderosos de la escala de locus de control. A mayor puntaje, mayor locus de control del aspecto medido en cada dimensión evaluada en el instrumento. Cuenta con 16 ítems en total, respuesta tipo Likert de cuatro puntos, cuyas opciones de respuestas son “totalmente en desacuerdo”, “bastante en desacuerdo”, “bastante de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”, puntuadas con 0, 1, 2 y 3, respectivamente.

El puntaje total por dimensiones se obtiene de la suma de los valores brutos de cada una de las respuestas a los ítems que la componen, donde a un mayor puntaje corresponde un mayor locus de control interno, otros poderosos o azar, según sea el caso. El primer factor, denominado interno (6 ítems, 16, 11, 09, 05, 02, 13) con un alfa de Cronbach de 0,69; el segundo, otros poderosos (5 ítems, 03, 06, 14, 08, 01) con un alfa de Cronbach de 0,68; y el tercero, definido como azar (5 ítems, 15, 04, 12, 10, 07) un alfa de Cronbach de 0,62.

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico IBM SPSS. Se utilizó estadística descriptiva, la prueba U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado de Pearson con el fin de examinar las diferencias entre la autorregulación, autoeficacia y locus de control en el índice de masa corporal así

mismo el Coeficiente de Correlación de Spearman. Para la estimación de los efectos sobre variables dependientes se utilizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación de las instituciones de salud, se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México y a la declaración de Helsinki (Secretaría de Salud, 2014).

RESULTADOS

El 76% (n= 124) correspondió al sexo femenino, el 24 % las edades comprendidas fueron entre 23 y 62 años la media de edad fue de 37,7 (*DE* = 11.26). El 84% (n= 64) presentó sobrepeso (n= 74) y obesidad (n= 64), la media de IMC fue de 26,62 kg/m² (*DE* = 4,83, IC95% 19,53 – 42,54).

En cuanto a la autoeficacia: estilo de alimentación y externalidades, actividad física programada y actividad física diaria se encontraron medias menores en el grupo de obesidad (*M* = 57,44, *M* = 24,93 y *M* = 21.89) vs normopeso (*M* = 58,45, *M* = 25,82 y *M* = 23,45), así mismo para la autorregulación: hábitos alimentarios y actividad física se encontraron medias menores en el grupo de obesidad (*M* = 23,04 y *M* = 16,41) vs normopeso (*M* = 25,82, *M* = 19,18). De acuerdo con el locus de control se encontraron medias más altas en el grupo de normopeso, sobrepeso y obesidad para el factor “interno” (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de autoeficacia, autorregulación y locus de control del peso.

Autoeficacia		M	DE	Rango observado
Muestra total	F1: estilo de alimentación y externalidades	58,21	11,60	33-80
	F2: actividad física programa	25,47	5,78	13-36
	F3: actividad física diaria	23,21	5,22	10-32
Obesidad n = 64	F1: estilo de alimentación y externalidades	57,44	11,08	33-80
	F2: actividad física programa	24,93	5,72	13-36
	F3: actividad física diaria	21,89	4,96	10-32
Sobrepeso n = 74	F1: estilo de alimentación y externalidades	58,81	11,68	33-80
	F2: actividad física programa	25,84	5,56	16-36
	F3: actividad física diaria	24,29	4,30	16-32
Normopeso n = 26	F1: estilo de alimentación y externalidades	58,45	13,57	35-79
	F2: actividad física programa	25,82	6,98	15-36
	F3: actividad física diaria	23,45	7,59	10-32
Autorregulación		M	DE	Rango observado
Muestra total	F1: hábitos alimentarios	37,89	9,35	6-48
	F2: actividad física	30,94	10,09	0-39
Obesidad n = 64	F1: hábitos alimentarios	23,04	9,48	7-48
	F2: actividad física	16,41	9,16	2-39
Sobrepeso n = 74	F1: hábitos alimentarios	24,71	10,90	6-48
	F2: actividad física	18,84	10,57	1-39
Normopeso n = 26	F1: hábitos alimentarios	25,82	6,94	13-38
	F2: actividad física	19,18	11,32	0-36
Locus de Control del Peso		M	DE	Rango observado
Muestra total	F1: LC interno	18,49	4,44	0-18
	F2: LC otros poderosos	13,57	4,09	0-15
	F3: LC azar	9,43	3,44	0-15
Obesidad n = 64	F1: LC interno	13,63	3,91	4-18
	F2: LC otros poderosos	9,70	3,76	0-15
	F3: LC azar	4,56	3,49	0-12
Sobrepeso n = 74	F1: LC interno	11,48	4,76	0-18
	F2: LC otros poderosos	8,03	3,89	1-15
	F3: LC azar	4,32	3,45	0-15
Normopeso n = 26	F1: LC interno	12,55	4,46	3-18
	F2: LC otros poderosos	7,36	5,10	0-15
	F3: LC azar	4,45	3,62	0-15

Nota: n = 164, M = media, DE = desviación estándar.

En la Tabla 2 se presentan las correlaciones observadas entre cada una de las variables de estudio con el IMC se encontró relación negativa y significativa con la autoeficacia: actividad física cotidiana ($r = -0,202$, $p = 0,048$), de igual forma relación negativa y significativa con locus de control de peso: interno ($r = -0,221$, $p = 0,034$).

Así mismo, la autoeficacia (estilo de alimentación y externalidades) se relacionó positiva y significativamente con la autorregulación de hábitos alimentarios y actividad física ($p < 0,05$) y con el locus de control de peso: interno y

al azar ($p < 0,05$). La única variable que se relacionó de manera positiva y significativa con el IMC fue el locus de control: poderosos ($r = 0,277$, $p = 0,011$).

En la Tabla 3 se muestran los resultados de la prueba de Modelo de Regresión Lineal Múltiple con el método “Backward” de las variables autoeficacia, autorregulación y locus de control y como variable dependiente el IMC. Los resultados de los Coeficientes de Regresión Lineal Múltiple muestran un último modelo con significancia estadística, $F(2, 146) = 5,87$, $p = 0,004$, IC 95% [26,69; 38,49].

Tabla 2. Coeficiente de correlación de Spearman de las variables de estudio estudio y de los inventarios Autoeficacia Percibida para el Control de Peso, el Inventario de Autorregulación del Peso, Inventario de Locus de Control de Peso

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 IMC	1								
2 Estilo de Alimentación y externalidades	-0,052	1							
3 Actividad física programada	-0,087	0,712***	1						
4 Actividad física cotidiana	-0,202*	0,771***	0,716***	1					
5 Hábitos alimentarios	-0,124	0,530***	0,464***	0,307**	1				
6 Actividad física	-0,166	0,423***	0,685***	0,455***	0,685***	1			
7 Interno	-0,221*	0,215*	0,100	0,116	0,209*	-0,044	1		
8 Poderoso	0,277**	0,177	0,107	0,136	0,153	-0,041	0,787***	1	
9 Azar	-0,044	0,240*	0,324**	0,307**	-0,008	0,190	-0,013	0,159	1

Nota: $n = 164$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabla 3. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables autoeficacia, autorregulación y locus de control sobre el IMC.

Factores	Coeficientes estandarizados		no estandarizados		t	p	IC 95% para β	
	β	E.E	β				LI	LS
(Constante)	31,261	3,618			8,641	0,000	24,024	38,498
Autoeficacia (estilos alimenticios y externalidades)	0,157	0,109	0,341		1,442	0,154	-0,061	0,374
Autoeficacia (actividad física programada)	0,126	0,216	0,137		0,582	0,563	-0,306	0,558
Autoeficacia (actividad física cotidiana)	-0,563	0,235	-0,551		-2,395	0,020	-1,033	-0,093
Autorregulación (hábitos alimenticios)	-0,203	0,123	-0,371		-1,650	0,104	-0,449	0,043
Autorregulación (actividad física)	0,083	0,129	0,157		0,644	0,522	-0,175	0,342
Locus de control (interno)	-0,175	0,243	-0,146		-0,719	0,475	-0,662	0,312
Locus de control (poderosos)	0,630	0,270	0,484		2,332	0,023	0,090	1,171
Locus de control (azar)	-0,159	0,211	-0,103		-0,755	0,453	-0,582	0,263
Modelo 1	$R^2 = 10,7\%$		Error Estándar = 5,03		$F = 2,02$	$p = ,059$		
Constante	32,596	2,956			11,027	0,001	26,695	38,498
Autoeficacia (actividad física cotidiana)	-0,273	0,116	-0,268		-2,355	0,022	-0,505	-0,042
Locus de control (poderoso)	0,394	0,148	0,302		2,659	0,010	0,098	0,689
Modelo 7	$R^2 = 12,5\%$		Error Estándar = 4,98		$F = 5,87$	$p = ,004$		

Nota: n = 164, β = beta, EE= Error estándar, p= Probabilidad, R^2 = Coeficiente de determinación, t= t de Student

DISCUSIÓN

El 84,2 % de la muestra presento SB/OB, esto es preocupante, dado que 8 de cada 10 trabajadores de la salud presenta SB/OB en esta muestra, aunque por el momento el 63,9 % no presenta ninguna enfermedad diagnosticada, a futuro podría desarrollar enfermedad como la diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, entre otras. En un estudio similar de Diaz y col.⁽²⁴⁾ se obtuvo que el 44,6 % de los profesionales de salud presentaron SB/OB, sin embargo, también se encontró que el 80,2 % realiza actividad física y el 47,9 % tiene buenos hábitos alimenticios.

Un IMC mayor se relacionó negativamente con un locus de control interno, así mismo, con la autoeficacia: actividad física cotidiana, es decir, estas variables sirven como protectoras para la reducción del peso corporal, caso contrario en el locus de control: poderosos, siendo la única variable que se relacionó positivamente con un IMC más alto. La autoeficacia y el locus de control son dos creencias que influyen en la autorregulación del peso corporal de las personas con SB/OB, se estima que las personas que presentan un locus de control interno suelen ajustar su conducta y hábitos, así como mejorar su percepción de bienestar relacionado con la actividad física cotidiana y buenos hábitos de alimentación⁽²⁵⁾.

Sin embargo, al presentar un IMC mayor los participantes tenían un mayor locus control poderoso (externo), es decir a mayor IMC mayor es el locus de control de peso: poderoso (implica la tendencia de las personas de asumir el control de los

sucesos como resultado de la manipulación de otras personas ajenas a él que poseen el control necesario para hacerlo), lo que quiere decir que otras personas o circunstancias interfieren para que el individuo cumpla sus objetivos, en este caso bajar de peso.

Las personas con SB/OB tienen un locus externo: poderosos sobre la ingesta de alimentos, esto se traduce a que las personas con mayor locus control externo, consumen alimentos en exceso que están fuera de su control, contribuyen a su obesidad⁽²⁶⁾. El locus de control, que se refiere a la percepción que una persona tiene sobre el control de su vida y sus resultados, Méndez y colaboradores⁽²⁷⁾ mostraron que un locus de control interno está positivamente asociado con el manejo del peso. Los individuos con un locus de control interno tienden a responsabilizarse más de sus acciones y decisiones en relación con su peso, lo cual es beneficioso para la adopción de hábitos saludables.

Al igual que otros estudios realizado en adultos, mostraron relación entre el IMC con el locus de control interno, poderoso y azar⁽²⁷⁻²⁹⁾. Las personas con obesidad muestran un menor control interno en relación con la ingesta de alimentos, posiblemente debido a una mayor influencia de factores externos en sus hábitos alimenticios. Esto sugiere que individuos con una mayor externalidad tienden a atribuir su consumo excesivo de alimentos a eventos externos sobre los cuales no tienen control, lo que puede contribuir a su condición de obesidad al no asumir responsabilidad directa sobre sus hábitos alimentarios⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIONES

Se encontraron en esta muestra, variables protectoras para reducción del peso corporal. Los participantes con autoeficacia: actividad física cotidiana presentaron un menor IMC, caso opuesto como variable negativa para el aumento del peso corporal los participantes con locus de control: poderosos presentaron un mayor IMC. Esto pudiera correlacionar el hecho de que los profesionales de la salud con un ámbito hospitalario deben desarrollar estrategias en sí mismos para promover conductas saludables y prevenir las conductas de riesgo. Sin embargo, para esto necesitaran del apoyo de otros profesionales de la salud encargados de la promoción de la salud en ámbitos de primer nivel.

Este estudio pudiera servir como base para el desarrollo de programas enfocados en el control del riesgo de obesidad a través de estrategias focalizadas en mejorar la autoeficacia, la autorregulación y el locus de control: interno, y disminuir aquellas que impactan en el aumento del IMC como lo es el locus de control: poderosos en el personal de salud, en los trabajadores del área de la salud para evitar y disminuir la prevalencia elevada de OB y SP.

Limitaciones

El estudio actual es transversal, por lo que no permite conclusiones sobre causalidad y efecto. La muestra actual se autoinforma como mexicana, por lo tanto, los resultados pueden no ser generalizables a otras poblaciones. Además, el bajo nivel del coeficiente de determinación de los modelos pudiera influir para que los resultados no puedan

ser utilizados en otras poblaciones, si bien la correlación no necesariamente implica causalidad si da luces sobre en qué poblaciones se puede indagar y que datos pueden utilizarse para tener conclusiones más fiables.

Recomendaciones

Con el fin de abordar los problemas de causalidad y controlar las variables incluidas en la literatura alimentaria y de actividad física, la investigación futura puede necesitar el uso de métodos más rigurosos para la medición del IMC e incluso el uso de la bioimpedancia eléctrica para la medición del porcentaje de grasa corporal. Para estudios en temas de estado nutricional se recomienda realizar investigaciones longitudinales, lo que podría ayudar a determinar la causalidad entre las variables. Los futuros estudios deberían tratar de replicar los hallazgos actuales, extendiendo la investigación a muestras de individuos más grandes y diversas así como a poblaciones más generales.

AGRADECIMIENTOS

En cuanto a la financiación, la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ⁽¹⁾ Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. (OMS). Organización Mundial de la Salud. 2021. [consultado 05 enero 2023]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news->

- room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
- (2) Santos-Flores JM, Cárdenas-Villarreal VM, Gutierrez-Valverde JM, Pacheco-Pérez LA, Paz-Morales MDLÁ, Guevara-Valtier MC. Sensibilidad a la recompensa, adicción a la comida y obesidad en madres e hijos. *Sanus*, 2021. 6. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942021000100304
- (3) Organización para la Cooperación y Desarrollo. (OCD). *Obesity Update*. 2017. [consultado 05 enero 2023]. Recuperado de: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- (4) Organización Mundial de la Salud. (OMS). *Enfermedades no transmisibles*. 2022. [consultado 15 enero 2023]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Datos%20y%20cifras,las%20muertes%20a%20nivel%20mundial>
- (5) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). *Tasa de obesidad (porcentaje). Estados Unidos Mexicanos*. 2021. [consultado 15 enero 2023].
- (6) World Obesity Atlas. (WOA). *Predictions for the prevalence of obesity and severe obesity in 2030 in men, women and children*. 2022. [consultado 18 enero 2023]. Recuperado de: <https://www.sochob.cl/web1/wp-content/uploads/2022/03/World-Obesity-Atlas-2022.pdf>
- (7) Cerecedo SAA, Bastián MD, Salazar EMDÁ, Acosta BL, Sánchez HF. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico entre profesionales de enfermería. *Rev Med UV*, 2019;18(2):53-65. Recuperado de: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol18_num2/articulos/Factores-AO.pdf
- (8) Del Pilar Cruz-Dominguez M, González-Márquez F, Ayala-López EA, Vera-Lastra OL, Vargas-Rendón GH, et al. Sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico e índice cintura/talla en el personal de salud. *Rev Med Inst Mex del Seguro Social*, 2015;53(S1):36-41. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62912>
- (9) Gómez-Avellaneda G, Tarqui-Mamani C. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario. *Duazary*, 2017;14(2):141-148. Recuperado de: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1972>
- (10) Tirado-Reyes R, Retamoza PL, Uriarte-Ontiveros S. Sobrepeso, obesidad y autoestima en trabajadores de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 2020;28(4):310-318. Recuperado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1344056/2020_28_310-318.pdf

- (11) Menéndez-González L, Orts-Cortés MI. Factores psicosociales y conductuales en la regulación del peso: autorregulación, autoeficacia y locus control. *Enferm Clín*, 2018;28(3):154-161. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862118300202>
- (12) Hernández RCL, Peremitré GG, Santos GM, Compeán YGT. Predictores de autoeficacia para el control de peso en estudiantes adolescentes. *Rev de Psicol Univ Aut Edo Méx*, 2022;11(22):188-207. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/136935>
- (13) Rodríguez DCN, Valtier MCG, Villarreal VMC, Morales MDLÁP, Valverde JMG. Autorregulación del peso, actividad física y hábitos de alimentación en adolescentes mexicanos de preparatoria. *NURE inv*, 2022;(120):5. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8584901>
- (14) Lugli Z, Vivas E. Construcción y validación del Inventario de Locus de Control de Peso: resultados preliminares. *Rev. Iberoam. de Psicol. y Salud.*, 2011;21(2):165-172. <https://doi.org/10.25009/pys.v21i2.569>
- (15) Visdómine-Lozano JC, Luciano C. Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2006;6(3):729-751. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760313.pdf>
- (16) Campos-Uscanga Y, Lagunes-Córdoba R, Morales-Romero J, Romo-González T. Diseño y validación de una escala para valorar la autorregulación de hábitos alimentarios en estudiantes universitarios mexicanos. *Arch Latinoam Nutr*, 2015;65(1):44-50. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/273960686>
- (17) Cioffi J. Factors that enable and inhibit transition from a weight management program: a qualitative study. *Health Educ Res*, 2002;17(1):19-26. <https://doi.org/10.1093/her/17.1.19>
- (18) Organización Mundial de la Salud. (OMS). 10 datos sobre la obesidad. 2009. [consultado 24 enero 2023]. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>
- (19) Saldaña RMEG, Peresmitré GG. Análisis discriminante del Inventario de Autoeficacia para Control de Peso en adolescentes mexicanos. *Rev. Iberoam. de Psicol. y Salud.*, 2011;21(2):157-164. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/568>
- (20) Román Y, Díaz B, Cárdenas M, Lugli Z. Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clin. salud*, 2007;18:45-56. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000100004&script=sci_arttext&tlng=en

- (21) Lugli Z, Arzolar M, Vivas E. Construcción y validación del Inventario de Autorregulación del Peso: validación preliminar. *Rev. Iberoam. de Psicol. y Salud.*, 2009;19(2):281-287. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/638>
- (22) Lugli RZ. Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensam. Psicol.*, 2011;9(17):43-56. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a05.pdf>
- (23) Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud DOF: 02/04/2014. SEGOB. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0
- (24) Diaz-Carrion E, Giampiere, Failoc-Rojas VE, Estilos de vida en profesionales de salud de un hospital en Chiclayo, Perú 2017. *Rev haban cienc méd.*, 2020 Oct; 2017;19(5): e2876. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600012&lng=es
- (25) Bersh S. La Obesidad: aspectos psicológicos y conductuales, *Rev Colomb Psiquiatr*: 2006 vol. 35(4), 537-546. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635407>
- (26) Navarro RDC. Modelo de conducta del control de riesgo de obesidad en adolescentes. Nuevo León; México, 2023 [Tesis doctoral]. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/24901/1/1080328744.pdf>
- (27) Menéndez-González L, Orts-Cortés MI. Psychosocial and behavioural factors in the regulation of weight: Self-regulation, self-efficacy and locus control. *Enferm Clin*: 2018; 28(3), 154–161. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.02.005>
- (28) Lugli Z. Control de la conducta en personas con diferentes índices de masa corporal. *Pensam. Psicol.* 2018; 16(1), 83–94. Recuperado de: <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi16-1.ccpd>
- (29) Leija AG, Peláez HV, Pérez CE, Pablo SR, Orea TA, Domínguez TB, González ID. Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Rev. Mex. de Trastor. Aliment.* 2019; 10(1), 85–94. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.451>