

Obesidad: Autoeficacia Percibida, Regulación Emocional y Estrés

Alfonso Jesus Cofre Lizama^{1,2,*} , Belén Jara Villanueva¹ , Daniel Palma Martínez¹ ,
Fredy Cea Leiva³ , & Enrique Riquelme Mella³ 

¹Universidad Santo Tomás, Temuco, Chile

²Universidad Mayor, Chile

³Universidad Católica de Temuco, Temuco, Chile

RESUMEN – La obesidad aumenta el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, disminuye la expectativa y calidad de vida. Esta investigación busca establecer un perfil psicológico para el tratamiento de la población objetivo, realizar evaluaciones sobre los niveles de autoeficacia percibida, dificultad de la regulación emocional y estrés. Participaron 86 personas adultas, 63 mujeres y 23 hombres pertenecientes a OBEMOB de la ciudad de Temuco. Los resultados señalan que el nivel de estrés, confianza en la resolución de problemas, capacidad de resolución de problemas y resolución de situaciones inesperadas, difiere según el tipo de obesidad ($p < 0,05$). Además, existe una relación negativa entre la autoeficacia general y la dificultad de la regulación emocional ($\rho = -0,419$) y una relación positiva entre el estrés y el IMC ($\rho = 0,380$).

PALABRAS CLAVES: tipos de obesidad, autoeficacia percibida, regulación emocional, estrés

Obesity: Perceived Self-Efficacy, Emotional Regulation and Stress

ABSTRACT – Obesity increases the risk of non-transmissible chronic illnesses decreasing the quality of life and life expectancy. This investigation aims to define a psychological profile for the treatment of the target population evaluating the levels of self-efficacy perceived, difficulty in emotional regulation and stress. Eighty-six adults participated, including 63 women and 23 men who pertained to OBEMOB in Temuco. The results indicate that the level of stress, trust in problem solving skills, as well as ability to solve problems and unexpected situations differs according to the type of obesity ($p < 0.05$). In addition, there is a negative relation between general self-efficacy and difficulty of emotional regulation ($\rho = -0.419$) while stress and BMI demonstrate a positive relation ($\rho = 0.380$).

KEYWORDS: types of obesity, self-efficacy perceived, emotional regulation, stress

Obesidade: Autoeficácia Percebida, Regulação Emocional e Estresse

RESUMO – A obesidade aumenta os riscos de doenças crônicas não-transmissíveis, diminuindo a qualidade e a expectativa de vida. Esta investigação busca delinear o perfil psicológico da população-alvo, avaliando os níveis percebidos de autoeficácia, dificuldade da regulação emocional e estresse. Participaram 86 pessoas adultas, 63 mulheres e 23 homens da cidade de Temuco. Os resultados mostraram que os níveis de estresse, confiança, habilidade para resolução de problemas e para lidar com situações inesperadas variam segundo o tipo de obesidade ($p < 0,05$). Ainda, existe uma relação negativa entre autoeficácia geral e dificuldade de regulação emocional ($\rho = -0.419$) e uma relação positiva entre estresse e IMC ($\rho = 0,380$).

PALAVRAS-CHAVES: tipos de obesidade, autoeficácia percebida, regulação emocional, estresse

* E-mail: acofrel@gmail.com

■ Submetido: 07/01/2017; Revisado: 22/01/2019; Aceito: 16/01/2020.

La obesidad se define como un trastorno metabólico crónico caracterizado por una acumulación excesiva de energía en forma de grasa en el organismo que lleva a un aumento de peso corporal con respecto al valor esperado (OMS, 2018).

La malnutrición por exceso de peso se categoriza en cinco tipos según el Índice de Masa Corporal (IMC), estos son: Exceso de Peso > 25, Sobrepeso: entre 25-29,9, Obesidad Grado I: entre 30-34,9, Obesidad Grado II: entre 35-39,9 y Obesidad Grado III:> 40 (Ministerio de Salud [MINSAL], 2010). Es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial que afecta aproximadamente a 500 millones de personas (OMS, 2018), siendo una de las enfermedades no transmisibles más graves y prevalentes en la actualidad (Kushner, 2014). Además, se han observado relaciones con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, problemas cardíacos, respiratorios, osteoarticulares, y algunos tipos de cáncer como el de colon, mamas, próstata, hígado, y esófago (Sánchez et al., 2014), lo que a su vez se asocia a un mayor estado de morbilidad y mortalidad (Karamouzis et al, 2011).

En Chile, el 25,1% la población presenta obesidad (MINSAL, 2010). Sus consecuencias son cada vez más evidentes y configuran un importante gasto en la salud pública (MINSAL, 2013). Lamentablemente, los tratamientos nutricionales, farmacológicos y psicológicos, en conjunto o por separado, obtienen bajos resultados por, entre otros factores, los bajos niveles de adherencia y/o deserción del tratamiento (González et al, 2007). Incluso si los programas de pérdida de peso son efectivos, mantener el peso alcanzado sigue siendo complejo (de la Iglesia et al, 2014).

La obesidad genera un efecto negativo en las personas gracias a las consecuencias psicosociales que esta enfermedad conlleva (Wardle et al., 2006); por otra parte, existen variables psicológicas que configuran un importante predictor en los resultados terapéuticos (Tippens et al, 2014), el reconocimiento de estas variables ha ido fundamental para mejorar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos (Lorence, 2008).

Variables Psicológicas Asociadas a la Obesidad y su Tratamiento

La regulación emocional es un conjunto de procesos extrínsecos e intrínsecos encargados de monitorear, evaluar y modificar las respuestas emocionales, especialmente su intensidad y características en el tiempo; es decir es toda acción destinada a modificar la intensidad o la duración de un estado emocional (Guzmán-González et al., 2014).

Quienes poseen una mayor capacidad de regular sus emociones (tanto positivas como negativas) demuestran estar menos propensas a desarrollar trastornos psicológicos (Company et al., 2012); por su parte, la dificultad para regular las emociones se asocia a una mayor incidencia en el espectro ansioso y depresivo (Guzmán-González et al., 2014). De acuerdo con Silva (2008), las personas obesas tienen dificultades para contactarse adecuadamente con sus emociones, lo que provoca complicaciones en

su reconocimiento y regulación, confundiendo diversas emociones con el hambre, una situación que los lleva a comer compulsivamente (Goleman, 1999), de esta forma, sus mecanismos psíquicos de autorregulación emocional demuestran ser incapaces de afrontar las situaciones con normalidad, utilizando la ingesta como apoyo en situaciones emocionalmente complejas (Cordella, 2008).

Las personas que presentan niveles altos de regulación emocional poseen mayor satisfacción con la vida, presentando más alegría y menos estados de ánimo negativos (Limonero et al., 2012). Se ha postulado que la regulación de las emociones podría constituir una variable influyente en la resolución de problemas, así como de estrés, ya que las personas con mayores habilidades de gestión emocional perciben los estresores como menos amenazantes (Souto, 2013).

El estrés es un proceso complejo, donde el individuo responde a fuertes demandas o situaciones ambientales (estresor), con un patrón específico de respuestas fisiológicas, conductuales, cognitivas y emocionales, o incluso con una combinación de estas (García et al., 2013).

El estrés se entiende según la importancia del estresor y hasta dónde la persona puede controlar el evento; es decir, qué habilidad tiene la persona para responder al contexto estresante y cuál es el esfuerzo de nuestro cuerpo para adaptarse al cambio experimentado (Durán, 2009). Escasos niveles de adaptación originan cambios en la salud, apareciendo enfermedades o agravamiento de las existentes como úlceras gástricas, colon irritable, cefaleas, depresión, alteraciones del sueño, entre otras (Hernández et al., 2009).

Investigaciones confirman la relación entre el estrés y la motivación para comer (Groesz et al, 2011); por su parte Elder et al (2011) relacionan el estrés con los cambios de peso, destacando la relación bidireccional negativa entre estrés y pérdida de peso, por lo que se ha catalogado al estrés como una causa y consecuencia de la obesidad (Villaseñor et al., 2006).

Durante los primeros años de vida, el aprendizaje sobre la regulación del estrés relaciona el comer con ser calmado; la ingesta funciona como regulador inadecuado del estrés, la cual establece patrones de respuesta que someten al organismo a incorporar, de forma inadecuada, la información emocional, siendo incapaz de procesar sus contenidos, desviándolos a sensaciones de ansiedad que los pacientes solucionan en el acto de comer (Cordella & Moore, 2015).

Bandura et al. (2003) define autoeficacia como las creencias de las personas acerca de sus capacidades para ejercer control sobre los acontecimientos que afectan sus vidas. Las creencias de la autoeficacia determinarán cómo la gente se motiva, siente, piensa y se comporta. Un aspecto importante para entender el concepto de autoeficacia es considerar la diferencia entre: poseer las habilidades necesarias para hacer algo y estar lo suficientemente seguro de nuestros recursos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes (Bandura et al., 2003). Las personas con altos niveles de autoeficacia serán capaces de afrontar mayores desafíos, en cambio las personas con bajos niveles de autoeficacia demuestran un menor compromiso con los objetivos y los abandonan

con mayor facilidad (Hayden & Peterson, 2014). Existen diversos hallazgos empíricos que demuestran que la autoeficacia es un factor influyente en los hábitos del ejercicio, comprobándose que las personas con mayor autoeficacia tienen mayor capacidad de cumplir una rutina de actividad física, comprometiéndose a realizar una mayor cantidad de ejercicios físicos regulares en relación a las personas con baja autoeficacia (Olivari & Urrea, 2007).

Se han obtenido resultados que apuntan que la autoeficacia guarda evidente relación entre el número de abandonos en tratamientos dirigidos a la modificación de la ingesta excesiva de alimentos, con el número de intentos

para reducir el peso, el mantenimiento de las ganancias terapéuticas y la estabilidad de peso en amplios periodos de tiempo (Tippens, et al., 2014). El estudio realizado por Lugli (2011) comprobó que las personas obesas que asisten a tratamiento para adelgazar presentan moderados niveles de autoeficacia, puesto que perciben que son capaces de cumplir con el ejercicio físico exigido, de lo contrario no se involucrarían en ningún tipo de tratamiento. La consideración de la autoeficacia como un mecanismo mediador es importante en el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción de peso.

MÉTODO

Participantes

Entre los participantes se cuenta con 86 personas, 63 mujeres (73,3%) y 23 hombres (26,7%) de la agrupación de obesidad mórbida (OBEMOB) en la ciudad de Temuco. Los participantes son adultos entre 18 y 65 años de edad (M=41; DT=13), que tienen algún tipo de obesidad (I, II o III) e intervienen activamente de la agrupación. La participación en la investigación es de carácter voluntaria, se firma un consentimiento informado que resguarda el carácter profesional de la investigación, a la vez se les entrega una copia de la misma a todos los integrantes. Así mismo se les garantiza la confiabilidad y el anonimato de las respuestas recabadas. Los participantes reciben la información y son concientizados respecto a la importancia y objetivos de la investigación.

Instrumentos

Cuestionario de Dificultades de la Regulación Emocional (DERS-E)

Es un cuestionario de autorreporte que cuenta con 25 ítems, que es valorado mediante una escala Likert de cinco puntos que va desde uno (*casi nunca*) hasta cinco (*casi siempre*), donde el mayor puntaje implica mayores dificultades. Se compone de cinco factores: descontrol emocional (DE), interferencia cotidiana (IC), desatención emocional (DEM), confusión emocional (CE) y rechazo emocional (RE). El índice de confiabilidad es de .91. Este instrumento es validado en Chile por Guzmán-González et al. en el año 2014.

Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE)

Este instrumento mide las respuestas del sujeto a hechos o situaciones denominadas estresores. Es un cuestionario de autorreporte que es valorado mediante una escala tipo Likert que consta de catorce ítems, que va desde cero (*nunca*), hasta cuatro (*casi siempre*). Este cuestionario cuenta con tres subescalas que son: confianza en la resolución de problemas (CONRP), capacidad de la resolución de problemas (CAPRP) y resolución de situaciones inesperadas (RESSI). Este

instrumento está adaptado a una población chilena por Tapia et al. (2007) y obtiene un alfa de Cronbach de 0,79. En la población de Temuco obtiene un alfa de Cronbach de 0,711, lo que demuestra su coherencia en la población chilena.

Escala de Autoeficacia General (EAG)

Una escala unidimensional, de autorreporte que es valorada mediante una escala de tipo Likert configurada por 10 reactivos de cuatro opciones de respuestas que van desde uno (incorrecto) hasta cuatro (cierto). Se demuestra su confiabilidad al alcanzar un alfa de Cronbach de 0,84. Este instrumento es validado para una población chilena por Cid et al. el año 2010.

Evaluaciones Antropométricas

El peso se ha sido determinado con una balanza calibrada de palanca de adulto mecánica de columna 220 kg, graduada, marca SECA®, y la talla se ha sido determinada con un tallímetro marca SECA®, graduada en mm; para calcular el IMC ha sido utilizado el índice de Quetelet.

Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis exploratorio de los datos para identificar errores, valores perdidos y anómalos, e identificar así la distribución de los mismos; en aquellas sin comportamiento normal se han transformado a escala logarítmica para analizar nuevamente su distribución. Posteriormente se han construido tablas de frecuencia en variables cualitativas y cálculos de media y desviación estándar en variables cuantitativas. Para determinar la relación entre las variables cuantitativas se ha utilizado el estadístico Rho de Spearman, ya que las variables no presentan distribución normal, incluso luego de llevarlos a escala logarítmica.

Para determinar diferencias de promedios y debido al no comportamiento normal de las variables se ha utilizado la prueba de Kruskal Wallis. Todos los resultados han sido analizados mediante el programa computacional SPSS en su versión 22.0 para Windows.

RESULTADOS

Los resultados de los análisis descriptivos generales pueden ser observados en la Tabla 1.

Los resultados según los diferentes tipos de obesidad parten desde niveles medios en cada cuestionario; se puede observar que los mayores puntajes se presentan en la obesidad de tipo II, exceptuando la autoeficacia general. Se observan diferencias estadísticamente significativas según el tipo de obesidad en las dimensiones: a) estrés, b) confianza y c) capacidad en la resolución de problemas y la resolución

de situaciones inesperadas. La obesidad Tipo I si presenta diferencias con la obesidad tipo II y III. Ver Tabla 2.

Existe una relación lineal positiva leve entre Estrés y Regulación Emocional ($\rho = 0,242$), Estrés e IMC ($\rho = 0,380$), Estrés y edad presentan una relación moderada ($\rho = 0,334$). La variable regulación emocional presenta una correlación negativa con Autoeficacia percibida ($\rho = -0,419$). La regulación emocional presenta una leve relación lineal con el índice de masa corporal ($\rho = 0,214$). Ver Tabla 3.

Tabla 1

Descriptivo de Escalas y Subescalas Utilizadas

Variables	Promedio \pm SD		Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Índice de masa corporal	36,44	\pm 6,07	31	34	40
Escala de percepción global de estrés	30,84	\pm 7,67	27	33	37
Escala de autoeficacia general	33	\pm 5,12	31	35	37
Cuestionario de regulación emocional	61,13	\pm 18,3	46	56	72
Rechazo emocional	7,44	\pm 3,55	9	14	23
Interferencia cotidiana	7,16	\pm 2,43	6	9	13
Desatención emocional	16,24	\pm 4,13	13	18	23
Descontrol emocional	16,51	\pm 8,24	8	9	12
Confusión emocional	9,59	\pm 4,54	4	6	9
Confianza en la resolución de problemas	17,39	\pm 5,52	4	8	10
Capacidad de resolución de problemas	11,15	\pm 5,34	6	7	9
Resolución de situaciones inesperadas	6,48	\pm 3,16	13	16	19

Nota. EPGE: Escala de percepción global de estrés, EAG: Escala de autoeficacia general, DERS-E: cuestionario de regulación emocional. RE: Rechazo emocional, IC: interferencia cotidiana, DE: desatención emocional, DESE: descontrol emocional, CE: confusión emocional. CONRP: confianza en la resolución de problemas; CAPRP: capacidad de resolución de problemas; RESSI: resolución de situaciones inesperadas. Datos presentados en promedio más menos desviación estándar, más los cuartiles.

Tabla 2

Resultado Cuestionarios Según Tipo de Obesidad

Variables	Tipo I	Tipo II	Tipo III	<i>p</i>
Escala de percepción global de estrés	27,2 \pm 8,3	35 \pm 5,3	33,5 \pm 4,7	0,000
Escala de autoeficacia general	33 \pm 4,8	33 \pm 4,8	32,8 \pm 18,7	0,975
Cuestionario de regulación emocional	57 \pm 18,7	66,7 \pm 19,4	63,7 \pm 17,4	0,083
Confianza en la resolución de problemas	6 \pm 3,8	8,77 \pm 3,0	8,2 \pm 2,9	0,039
Capacidad de resolución de problemas	6,2 \pm 2,7	8,5 \pm 2,7	7,6 \pm 1,6	0,003
Resolución de situaciones inesperadas	14,6 \pm 3,8	17,9 \pm 3,9	17,6 \pm 3,7	0,002
Rechazo emocional	14,7 \pm 7,7	19,5 \pm 7,9	17,2 \pm 8,8	0,079
Interferencia cotidiana	9 \pm 3,96	10,5 \pm 5,3	9,7 \pm 4,8	0,756
Desatención emocional	16,2 \pm 5,7	18,6 \pm 5,53	18,34 \pm 4,8	0,178
Confusión emocional	6,4 \pm 3,2	6,2 \pm 3,2	6,6 \pm 3,0	0,834
Descontrol emocional	10,5 \pm 5,3	11,8 \pm 5,7	11,65 \pm 5,1	0,295

Nota. Datos presentados en promedio más menos desviación estándar por cada tipo de obesidad. $p < 0, 05$ son contrastes significativos. Prueba utilizada para determinar diferencias es Kruskal Wallis, por no comportamiento normal, incluso después de llevarlos a escala logarítmica

Tabla 3
Correlación entre Variables e Instrumentos

Rho Spearman	EPGE	EAG	DERS-E	IMC	Edad
EPGE	1	0,112	0,242*	0,380**	0,334**
Valor <i>p</i>		0,306	0,025	0,000	0,002
EAG		1	-0,419**	-0,029	0,171
Valor <i>p</i>			0,000	0,792	0,115
DERS-E			1	0,214*	0,035
Valor <i>p</i>				0,048	0,749
IMC				1	0,196
Valor <i>p</i>					0,071
Edad					1

Note. EPGE: Escala de percepción global de estado, EAG: Escala de autoeficacia general, DERS-E: cuestionario de regulación emocional; IMC índice de masa corporal. $p < 0,05$ son contrastes significativos. Se utilizó Rho de Spearman para determinar las relaciones, por no comportamiento normal. *Existe una leve correlación lineal entre ambas variables. ** Existen una moderada correlación lineal entre ambas variables.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación pretendió medir en qué nivel se presenta el estrés, la autoeficacia general y la dificultad de la regulación emocional en las personas obesas y cómo influyen estas variables psicológicas entre sí, con el fin de contribuir en la elaboración de un perfil psicológico para el tratamiento y prevención de esta enfermedad.

Al analizar los resultados de forma general se observa que todos los puntajes entregan resultados que fluctúan dentro de los rangos regulares en cada una de las variables evaluadas, es decir que las personas obesas no presentan niveles extremos de estrés, autoeficacia general y dificultad de la regulación emocional; información contradictoria, ya que se ha observado que la obesidad produce consecuencias psicológicas y sociales negativas en las personas (O'Brien & Dixon, 2002; Wardle et al., 2006), lo que constituye un problema de salud mental.

Sin embargo al analizar los resultados de los instrumentos divididos según el tipo de obesidad, se observan diferencias constantes entre el estrés y la dificultad de la regulación emocional; lo que brinda resultados más adaptativos para los obesos tipo I, en relación a los demás, le siguen los de tipo III, que indican resultados levemente más favorables que los obesos de tipo II, los cuales obtienen mayores niveles de estrés y dificultad de la regulación emocional, y viven la enfermedad de manera más frustrante y estresante (Cabello & Zúñiga, 2007). Este patrón de resultados se replica en el análisis de las subescalas de cada instrumento.

Los resultados en autoeficacia general señalan que las personas de la muestra mantienen niveles regulares de autoeficacia, sin embargo, son resultados bajo el puntaje de corte. A raíz de esto podemos señalar que los niveles de autoeficacia presentes no facilitarían el disminuir el peso en un posible tratamiento; en este sentido, Lugli (2011) menciona que el hecho de participar en tratamientos para la pérdida de peso es un indicador de autoeficacia, y aunque esta lleva a la decisión de iniciar un tratamiento, no es suficiente para

continuarlo, así como para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras asociadas a la mantención del peso (Bandura, 2003). Jex et al., (2001) postulan que la autoeficacia puede actuar como amortiguador ante los estresores, ya que, a niveles superiores de autoeficacia, menores niveles de malestar psicológico; de esta forma los resultados obtenidos dentro de los rangos normales en las variables evaluadas en este estudio podrían ser explicados por los resultados en los niveles de autoeficacia.

La escala de estrés demuestra estar estrechamente relacionada con el tipo de obesidad (Kruskal-Wallis $p < 0,05$) e indica diferencias en los niveles de estrés entre los tipos de obesidad: el tipo I posee índices menores de estrés que los demás, con un promedio de ($M=27,2$ $SD=8,3$), los obesos tipo II ($M=35$; $SD=5,3$) y III ($M=33,5$; $SD=4,7$). De esta forma se plantea la relación de estrés y obesidad, las personas con más estrés ganan más peso de lo que se podría esperar por caloría consumida (Kuo et al, 2007); en este sentido aquellos con obesidad de tipo II estarían en esa condición. Tal como señala Behar y Valdés (2009) el estrés está relacionado a trastornos de las conductas alimentarias, el aumento de peso y el IMC; al igual que nuestros resultados, estudios apuntan a que el manejo inadecuado del estrés crónico, como comer comidas poco saludables o en exceso para sentirse mejor, contribuye a la obesidad (Dallman et al, 2003). Los resultados muestran una relación positiva entre estrés y edad, a mayor edad mayor estrés; debido a lo anterior es necesario resaltar la gravedad que tiene la obesidad en la identidad del adulto.

El estado nutricional de la persona está influenciado por las exigencias del medio y sus características internas para confrontar la situación, cuando se expone a un escenario persistente que deriva en altos niveles de estrés la persona que padece obesidad lo regulará a través de una inadecuada ingesta alimentaria (Behar & Valdés, 2009; Cordella & Moore 2015).

Los resultados en dificultad de la regulación emocional, aunque fluctúan dentro de los niveles normales, se presentan sobre el puntaje de corte. Es importante recalcar que la importancia de esta variable al tratar la obesidad es la que define el comportamiento adoptado al enfrentar los estados emocionales. Regular positivamente las emociones tiene relación con importantes variables de salud psicológica, social y física (Gross, 2002; 2007); no poder regularlas condiciona la base de los trastornos del humor y de ansiedad (Campbell-Sills et al., 2006), antecedentes presentes en los obesos mórbidos (Abilés et al, 2010; Cordella & Moore 2015), que deben tomarse en cuenta. Al no presentar niveles óptimos de regulación emocional las personas obesas podrían recurrir a sistemas básicos de compensación (ingesta de calorías), debido a la dificultad de distinguir entre diferentes emociones, confundiendo así la ansiedad con hambre (Goleman, 1999; Silva, 2007, Cordella, 2008).

Los resultados señalan que la dificultad de la regulación emocional se relaciona inversamente con autoeficacia general y positivamente con estrés; se puede afirmar que al trabajar psicoterapéuticamente y al enfatizar los procesos de autoobservación sobre la dificultad de la regulación emocional (Guidano, 1983, 1999), se puede mejorar los niveles de autoeficacia de las personas, y así lograr mejores proyecciones del tratamiento para la pérdida de peso (Tippens et al., 2014); además se disminuiría los niveles de estrés, el cual ha demostrado ser de gran influencia en los comportamientos de ingesta calórica compulsiva (Cordella & Moore, 2015). La bibliografía vincula la

dificultad de la regulación emocional con la depresión y la ansiedad; dos variables que, aunque no profundizadas en esta investigación, han demostrado ser de gran importancia para entender la obesidad desde el área psicológica y sus tratamientos (Calderón et al., 2010; Cofré-Lizama et al., 2017; Cofré et al., 2014; Delgado, et al, 2015), razón por lo que esta variable cobra mucha importancia al intentar comprender los procesos de regulación emocional de la persona obesa.

Esta investigación sugiere que hay una curva psicológica detrás del proceso de engordar, donde los obesos tipo I y III obtiene mejores resultados que los de tipo II; que si bien los niveles de las variables evaluadas (autoeficacia, regulación emocional y estrés) en personas obesas no son patológicos, están ciertamente relacionados con el nivel de obesidad, indicadores que permitirían planificar un mejor tratamiento psicológico como multidisciplinario.

Se considera que esta investigación ha sido un aporte para una comprensión más profunda del proceso asociado a la obesidad. Es necesario realizar más investigaciones que corroboren estos resultados para generar información definitiva y avanzar en la materia con el fin de diseñar un tratamiento efectivo y duradero para combatir la obesidad – enfermedad de carácter pandémico que lejos de detenerse va en aumento –, y cuyo suceso significará una importante reducción de gastos para los sistemas de salud por su estrecha relación con enfermedades crónicas no transmisibles y un empeoramiento significativo en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

REFERENCIAS

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A. & Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 20(2), 161-167. <http://doi.org/10.1007/s11695-008-9726-1>
- Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Gerbino, M. & Pastorelli, C. (2003). Role of Affective Self-Regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning. *Child Development*, 74(3), 769-782. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00567>
- Behar A., & Valdés C., (2009) Estrés y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 14(3), 178-189. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300002>
- Cabello, G. M., & Zúñiga, Z.J. (2007). Aspectos Intrapersonales y Familiares Asociados a la Obesidad: un Análisis Fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2), 183-188.
- Calderón, C., Forns, M., & Vera, V. (2010). Implicación de la Ansiedad y la Depresión en los Trastornos de Alimentación de Jóvenes con Obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of Suppression and Acceptance on Emotional Responses of Individuals with Anxiety and Mood Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Cid, P., Orellana, Y., & Barriga, O. (2010). Validación de la Escala de Autoeficacia General en Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(5), 551-557. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>
- Cofré, A., Angulo, P., & Riquelme, E. (2014) Ansiedad y Depresión en Pacientes Obesos Mórbidos: Efectos a Corto Plazo de un Programa Orientado a la Disminución de la Sintomatología. *Summa psicológica UST (en línea)*, 11(1), 89-98.
- Cofré-Lizama, A., Delgado-Floody, P., Saldivia-Mansilla, C., & Jerez-Mayorga, D. (2017). Diagnóstico Integral en Pacientes Obesos Mórbidos Candidatos a Cirugía Bariátrica y Sugerencias para su Tratamiento Preoperatorio. *Revista de Salud Pública*, 19(4), 527-532.
- Company, R., Orbest, U., & Sánchez, F. (2012). Regulación Emocional Interpersonal de las Emociones de Ira y Tristeza. *Boletín de Psicología*, 104, 7-36.
- Cordella, P. (2008). ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? *Revista Chilena de Nutrición*, 35(3), 181-187. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000300003>
- Cordella, P., & Moore, C. (2015). Patrón Adaptativo Obesogénico Cerebral: Una Propuesta para Comprender y Evaluar la Obesidad en la Práctica Clínica. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 60-69. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100008>
- Dallman, M., Pecoraro, N., Akana, S., la Fleur, S., Gómez, F., Houshvar, H., Bell, M., Bhatnagar, S., Laugero, K., & Manalo, S. (2003). Chronic Stress and Obesity: A New View of "Comfort Food". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(20), 11696-11701. <https://doi.org/10.1073/pnas.1934666100>

- de la Iglesia, R., Lopez-Legarrea, P., Abete, I., Bondia-Pons, I., Navas-Carretero, S., Forga, L., Martínez, J., & Zulet, M. (2014) A New Dietary Strategy for Long-Term Treatment of the Metabolic Syndrome is Compared with the American Heart Association (AHA) Guidelines: 12 the MEtabolic Syndrome REDuction in NAvarra (RESMENA) Project. *The British Journal of Nutrition*, *111*(4), 643-52. <https://doi.org/10.1017/S0007114513002778>
- Delgado, P., Cofré, A., Alarcón, M., Osorio, A., Caamaño, F., & Jerez D. (2015). Evaluación de un Programa Integral de Cuatro Meses de Duración sobre las Condiciones Preoperatorias de Pacientes Obesos Candidatos a Cirugía Bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, *32*(03), 1022-7. <http://dx.doi.org/10.3305%2Fnh.2015.32.3.9350>
- Durán, M. (2009). Bienestar Psicológico: El Estrés y la Calidad de Vida en el Trabajo. *Revista Nacional de Administración*, *1*(1), 71-84. <https://doi.org/10.22458/rna.v1i1.285>
- Elder, C., Guillion, K., Funk, K., BeBar, L., Lindberg, N., & Stevens, V. (2011). Impact of Sleep, Screen Time, Depression and Stress on Weight Change in the Intensive Weight Loss Phase of the Life Study. *International Journal of Obesity*, *36*(1), 86-92. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.60>
- García-Rivera, B., Maldonado-Radillo, S. & Ramirez M. (2013). Estados Afectivos Emocionales (Depresión, Ansiedad, Estrés) en Personal de Enfermería del Sector Salud Pública de México. *SUMMA psicológica UST*, *11*(1) 65-73.
- Goleman, D. (1999). *Inteligencia emocional*. Kairós.
- González, L., Giraldo, N., Estrada, A., Muñoz, A., Mesa, E., & Herrera, C. (2007). La Adherencia al Tratamiento Nutricional y Composición Corporal: Un Estudio Transversal en Pacientes con Obesidad o Sobrepeso. *Revista Chilena de Nutrición*, *34*(1), 46-54.
- Groesz, L., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., Laraia, B., & Epel, E. (2011). What is Eating You? Stress and the Drive to Eat. *Appetite*, *58*(2), 717-21. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.028>
- Gross, J. J. (2002) Emotion Regulation: Affective, Cognitive, and Social Consequences. *Psychophysiology*, *39*, 281-91. <http://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross J. J. (2007). *The Handbook of Emotion Regulation*. Guilford Press.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford.
- Guidano, V. F. (1999). Psicoterapia: Aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva post-racionalista. *Revista Psicoterapia*, *37*, 95-105.
- Guzmán-González, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Terapia psicológica*, *32*(1), 46-54. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>
- Hayden, J. & Peterson, W. (2014). *Introduction to Health Behavior Theory* (2nd Ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Hernández, Z., & Ehrenzweig, Y. (2009). Factores Psicológicos, Demográficos y Sociales Asociados al Estrés y a la Personalidad Resistente en Adultos Mayores. *Pensamiento Psicológico*, *5*(12), 13-28
- Jex, S., Bliese, P., Buzzell, S., & Primeau, J. (2001). The Impact of Self-Efficacy on Stressor-Strain Relations: Coping Style as an Exploratory Mechanism. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 401-409.
- Karamouzis, I., Pervanidou, P., Berardelli, R., Iliadis, S., Papassotiropoulos, I., Karamouzis, M., Chrousos, G. P., & Kanakantantou, C. (2011). Enhanced Oxidative Stress and Platelet Activation Combined with Reduced Antioxidant Capacity in Obese Prepubertal and Adolescent Girls with Full or Partial Metabolic Syndrome. *Hormone and Metabolic Research*, *43*(9), 607-613. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1284355>
- Kuo, L. E., Kitlinska, J. B., Tilan, J. U., Li, L., Baker, S. B., Johnson, M. D., Lee, E. W., Burnett, M. S., Fricke, S. T., Kvetnansky, R., Herzog, H., & Zukowska, Z. (2007). Neuropeptide Y Acts Directly in the Periphery on Fat Tissue and Mediates Stress-Induced Obesity and Metabolic Syndrome. *Nature Medicine*, *13*, 803-811. <https://doi.org/10.1038/nm1611>
- Kushner, R. F. (2014) Weight Loss Strategies for Treatment of Obesity. *Progress in Cardiovascular Disease*, *56*(4): 465-72. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.09.005>
- Limonero, J., Tomás, J., Fernández, J., Gómez, M., & Ardilla, A., (2012). Estrategias de Afrontamiento Resilientes y Regulación Emocional: Predictores de Satisfacción con la Vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *20* (1), 183-196.
- Lorence, B. (2008). Perfil Psicológico de la Obesidad Mórbida. *Apuntes de Psicología*, *26*(1), 51-68.
- Lugli, Z. (2011). Autoeficacia y Locus de Control: Variables Predictoras de la Autorregulación del Peso en Personas Obesas. *Pensamiento Psicológico*, *9*(17), 43-55.
- MINSAL. (2010). *Indicadores de la Obesidad en Población Chilena*. Recuperado en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/9ad9cbfb71ca4705e04001011e010283.pdf>
- MINSAL. (2013). *Panorama de Salud 2013. Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*. Recuperado en http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf
- Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería*, *13*(1), 9-15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- OMS (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Sánchez, C., Ibáñez, C., & Klaassen, J. (2014). Obesidad y Cáncer: la Tormenta Perfecta. *Revista Médica de Chile*, *142*(2), 211-221. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200010>
- Silva, J. R. (2007). Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad, Parte I: Evidencia Conductual, Afectiva, Metabólica y Endocrina. *Terapia Psicológica*, *25*, 112-134. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200005>
- Silva J. (2008). Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad, Parte II: Un Marco de Referencia Neurocientífico para el Desarrollo de Técnicas Psicoterapéuticas y Programas de Prevención. *Terapia Psicológica*, *26*(1), 99-115. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100009>
- Souto, A., (2013) *Regulación Emocional y Estrés Académico en Estudiantes de Fisioterapia* [Tesis doctoral, Universidade da Coruña]. Repositorio Universidade da Coruña. http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11719/SoutoGestal_AntonioJose_TD_2013.pdf?sequence=4
- Tapia, D., Cruz, C., Gallardo, I., & Dasso, M. (2007). Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE) en Estudiantes Adultos de Escasos Recursos en Santiago, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, *24*(1), 109-119
- Tippens, K., Purnell, J., Erin, G., Hanes, D., Oken, B., & Calabrese, C. (2014). Expectancy, Self-Efficacy, and Placebo Effect of a Sham Supplement for Weight Loss in Obese Adults. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, *19*(3), 205-210. <https://doi.org/10.1177/2156587214528513>
- Villaseñor, S., Onnteveros, C., & Cárdenas, K. (2006) Salud Mental y Obesidad. *Investigación en Salud*, *7*(2), 86-90.
- Wardle, J., Williamson, S., Johnson, F., & Edwards, C. (2006). Depression in Adolescent Obesity: Cultural Moderators of the Depressive Symptoms. *International Journal of Obesity*, *30* (4), 634-643. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803142>