



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

EFFECTO DEL CONTROL PERSONAL EN RELACIÓN SATISFACCIÓN CON LA VIDA-FACTORES PSICOSOCIALES EN OBESOS

Autora:
Zoraide María Lugli Rivero
C.I V-6.730.367

Caracas, febrero, 2024

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

EFECTO DEL CONTROL PERSONAL EN LA RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y FACTORES PSICOSOCIALES EN OBESOS

Autora:
Zoraide María Lugli Rivero
C.I V-6.730.367

Trabajo de grado que se presenta
para optar por el grado de
Doctor en Psicología.

Tutor:

Dra. Luisa Angelucci

Número de Depósito Legal:

DC2024001131

APROBADO EN NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA POR
EL SIGUIENTE JURADO EXAMINADOR:

Dra. Luisa Angelucci

Coordinador

Dra. María Isabel Parada

Dra. Lusliany Rondón

Dra. Yolanda Cañoto

Dr. Ernesto De La Cruz



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela, para examinar la Tesis de Grado presentada por: **Zoraide María Lugli Rivero**, cédula de identidad N° **6.730.367**, bajo el título **Efecto del control personal en la relación satisfacción con la vida-factores psicosociales en obesos**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de Doctora en Psicología, dejan constancia de lo siguiente:

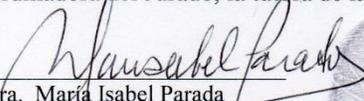
1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 14 de junio de 2024 a las 9 am para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el aula 15 del piso 03, de la Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Humanidades y Educación, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en los Artículos 45, 50, 51 y 53 del Reglamento de Estudios de Postgrado vigente.

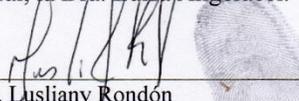
2.- Finalizada la defensa de la Tesis, el jurado decidió **aprobarla**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que la tesis implica una significativa contribución al saber en Psicología en el tema de control personal en obesidad y genera nuevas líneas de investigación en dicha área, al considerar un modelo conceptual novedoso. Se considera que el manuscrito sea publicado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **Excelente** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad científica con capacidad heurística.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA en Caracas, a los 14 días del mes de junio del año 2024, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del Jurado, la tutora de la tesis doctoral, la Dra. Luisa Angelucci.


Dra. María Isabel Parada
CI: V.- 3.183.744
Universidad Central de Venezuela


Dra. Lusliany Rondón
CI: V.- 14.690.103
Universidad Central de Venezuela


Dra. Yolanda Cañoto
CI: V.- 6.119.718
Universidad Católica Andrés Bello


Dr. Ernesto De La Cruz
CI: V.- 6.093.363
Universidad Pedagógica Experimental Libertador.


Dra. Luisa Angelucci
CI: V.- 6.293.922
Universidad Católica Andrés Bello



A la casa que vence la sombra, por abrimme las puertas más allá del conocimiento científico, ofreciéndome una experiencia de vida que se convirtió en cimientos de mi ser.

AGRADECIMIENTOS

A los diversos centros de salud, por permitir realizar la presente investigación en sus instalaciones y contactar a sus pacientes.

A las personas que aceptaron participar en el estudio contestando los cuestionarios y abrieron la puerta de su intimidad para el avance de la ciencia.

A la profesora Luisa Angelucci, por su acompañamiento en este trabajo más allá de una simple tutoría.

A las profesoras del Comité Académico del Doctorado en Psicología de la UCV, por su eterna paciencia a lo largo de la elaboración de este trabajo cuando la vida se impuso por encima de la investigación.

A mis colegas y amigas de la Universidad Simón Bolívar quienes siempre me motivaron a seguir adelante a pesar de las adversidades.

A Alejandro Coronado, por salir en mi ayuda cuando la tecnología me la ponía difícil.

EFFECTO DEL CONTROL PERSONAL EN LA RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y FACTORES PSICOSOCIALES EN OBESOS

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo determinar, en personas obesas, el efecto moderador de la autorregulación del peso, la autoeficacia en el control del peso y el locus de control del peso en la influencia de las variables actitud hacia la apariencia física, percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal sobre la variable satisfacción con la vida. Participaron 317 personas obesas que asisten a tratamiento para perder peso, con edades comprendidas entre 18 y 57 años. La investigación fue no experimental y de campo, con un diseño transversal de tipo causal. Se aplicaron los instrumentos: escala de satisfacción con la vida, cuestionario de figura corporal, escala de percepción de burlas, escala de actitud sociocultural hacia la apariencia, inventario de autorregulación del peso corporal, inventario de autoeficacia en el control del peso corporal e inventario de locus de control del peso. Se realizaron 15 análisis de regresión jerárquica para dar respuesta al objetivo de la investigación. Se encontró que la autorregulación del peso modera la relación entre burlas y satisfacción con la vida, así como que el locus de control del peso, en sus tres dimensiones (interno, otros poderosos y azar) modera la relación de las variables burlas y actitud hacia la apariencia en su relación con satisfacción con la vida. No se encontró efecto moderador de la autoeficacia percibida. Los resultados tienen implicaciones teóricas y metodológicas importantes para la conceptualización de los factores protectores en el área de la obesidad y la influencia de factores psicosociales, llevando a la reflexión de que altas habilidades de autorregulación y altos niveles de internalidad, otros poderosos y azar de locus de control pudieran constituirse en factor de riesgo para la salud mental.

Palabras claves: Obesidad, satisfacción con la vida, autorregulación, autoeficacia, locus de control, burlas, insatisfacción con la imagen corporal, actitud hacia la apariencia

INDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN.....	16
I.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	21
Pregunta de investigación:.....	30
Objetivos.....	30
Objetivo General.....	30
Objetivos Específicos	30
II.- MARCO TEORICO	32
Psicología de la Salud.....	32
Salud	33
Obesidad	34
Etiología	38
Clasificación.....	39
Modelos explicativos de la obesidad	40
Tratamientos	45
Consecuencias	49

Satisfacción con la vida	52
Determinantes de la satisfacción con la vida.....	54
Bienestar, satisfacción con la vida y salud	56
Satisfacción con la vida y obesidad.....	59
Influencias socioculturales sobre la obesidad.....	64
Actitud hacia la apariencia	64
Percepción de burlas.....	69
Insatisfacción con la imagen corporal	73
Control personal de la conducta	80
Autorregulación	83
Autoeficacia Percibida.....	85
Locus de Control	88
Control personal de la conducta y peso	90
III.- MÉTODO.....	95
Hipótesis	95
Hipótesis general	95
Hipótesis específicas.....	95
Población y Muestra	96
Población	96
Muestra	96

Variables.....	97
Variable predicha.....	97
Variables predictoras	97
Variables Moderadoras.....	99
Variables controladas	100
Tipo y Diseño de Investigación	101
Instrumentos de recolección de información.....	101
Hoja de historia de datos personales	101
Escala de satisfacción con la vida (SWLS) (Diener et al. 1998; adaptación y validación por Guzmán y Lugli, 2009).	102
Cuestionario de figura corporal (BSQ) (Cooper et al. 1987; adaptación y validación por Guzmán y Lugli (2009))......	103
Escala de percepción de burlas (POTS) (Thompson et al. 1995; Traducido, Adaptación y validación por Guzmán y Lugli, 2009)......	103
Escala de actitudes sociculturales hacia la apariencia o SATAQ-3. (Thompson, et al .2004; adaptación y validación por Guzmán y Lugli, 2009).	105
Inventario de autorregulación del peso corporal (Lugli et al. 2009)	106
Inventario de Autoeficacia en la regulación del peso corporal (Román et al, 2007) .	107
Inventario de Locus de control del peso (Lugli y Vivas, 2011)	108
Procedimiento.....	108
Consideraciones éticas de la investigación.....	109

IV.- RESULTADOS.....	111
Descripción de las variables	111
Correlaciones entre las variables en estudio.....	120
Regresión jerárquica.....	123
Análisis de Regresión	128
V.- DISCUSIÓN.....	169
VI.- CONCLUSIONES	195
VI.- LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	199
VIII.- REFERENCIAS	202

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptivos de la variable satisfacción con la vida.....	111
Tabla 2. Descriptivos de la variable Insatisfacción con la imagen corporal	112
Tabla 3. Descriptivos de la variable burlas	113
Tabla 4. Descriptivos de la variable Actitud hacia la apariencia.....	114
Tabla 5. Descriptivos de la variable Autoeficacia.....	115
Tabla 6. Descriptivos de la variable Autocontrol.....	116
Tabla 7. Descriptivos de la variable Locus de control interno	117
Tabla 8. Descriptivos de la variable Locus de control otros poderosos	118
Tabla 9. Descriptivos de la variable Locus de control azar.....	119
Tabla 10. Correlaciones entre las variables de estudio.....	120
Tabla 11. Orden de entrada de las variables sociodemográficas y moderadora en las regresiones jerárquicas	129
Tabla 12. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora y autocontrol del peso como moderadora.....	130
Tabla 13. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora y autocontrol del peso como moderadora ...	132
Tabla 14 Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora y autocontrol del peso como moderadora	135

Tabla 15. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora y autoeficacia en el control del peso como moderadora	137
Tabla 16. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora y autoeficacia en el control del peso como moderadora	139
Tabla 17 Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora y autoeficacia en el control del peso como moderadora	141
Tabla 18. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora e interno de locus de control del peso como moderadora	143
Tabla 19. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora e interno de locus de control del peso como moderadora	145
Tabla 20. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora e interno de locus de control del peso como moderadora.....	148
Tabla 21. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora y otros poderosos de locus de control del peso como moderadora	151
Tabla 22. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora y otros de locus de control del peso como moderadora	153

Tabla 23. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora y otros poderosos de locus de control del peso como moderadora.....	156
Tabla 24. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora y azar de locus de control del peso como moderadora.....	159
Tabla 25. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora y azar de locus de control del peso como moderadora	161
Tabla 26 Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora y azar de locus de control del peso como moderadora.....	164

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Histograma de la distribución de los puntajes de Satisfacción con la Vida.....	111
Figura 2. Histograma de la distribución de los puntajes de Insatisfacción con la imagen corporal.....	112
Figura 3. Histograma de la distribución de los puntajes de burlas	113
Figura 4. Histograma de la distribución de los puntajes de Actitud hacia la apariencia	114
Figura 5. Histograma de la distribución de los puntajes de Autoeficacia	115
Figura 6. Histograma de la distribución de los puntajes de Autocontrol	116
Figura 7. Histograma de la distribución de los puntajes de Locus de control interno.....	117
Figura 8. Histograma de la distribución de los puntajes de Locus de control otros poderosos	118
Figura 9. Histograma de la distribución de los puntajes de Locus de control Azar	119
Figura 10. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es autocontrol del peso	124
Figura 11. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es autoeficacia en el control del peso	124
Figura 12. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es interno de locus de control del peso	124
Figura 13. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es otros poderosos de locus de control del peso	125
Figura 14. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es azar de locus de control del peso.....	125

Figura 15. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es autocontrol del peso	126
Figura 16. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es autoeficacia en el control del peso	126
Figura 17. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es interno de locus de control del peso.....	127
Figura 18. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es otros poderosos de locus de control del peso.....	127
Figura 19. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es azar de locus de control del peso.....	127
Figura 20: Gráfico de Interacción de burlas x autocontrol sobre satisfacción con la vida.	134
Figura 21: Gráfico de interacción de burlas x interno de locus de control sobre satisfacción con la vida.....	147
Figura 22: Gráfico de interacción de actitud hacia la apariencia x interno de locus de control sobre satisfacción con la vida.....	150
Figura 23: Gráfico de interacción de burlas x otros poderosos de locus de control sobre satisfacción con la vida.....	155
Figura 24: Gráfico de interacción de actitud hacia la apariencia x otros poderosos de locus de control sobre satisfacción con la vida.....	158
Figura 25: Gráfico de interacción de burlas x azar de locus de control sobre satisfacción con la vida	163
Figura 26: Gráfico de interacción de actitud hacia la apariencia x azar de locus de control sobre satisfacción con la vida.....	166

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se desarrolla dentro del campo de la Psicología de la Salud (Matarazzo, 1980), específicamente se asume el modelo biopsicosocial en salud, el cual sostiene el continuo salud-enfermedad, tanto desde la perspectiva biomédica como desde la psico-socio-cultural (Gurung, 2019). Finalmente, cónsono con lo anteriormente descrito, las variables de estudio se enmarcan dentro de la teoría cognitivo social (Bandura, 1982, 1986, 2001), teoría que enfatiza la interacción de la conducta, el ambiente y los factores personales para la comprensión del comportamiento humano.

Dentro del continuo de salud-enfermedad, la psicología de la salud aborda el tema de las enfermedades crónicas debido al impacto que el comportamiento tiene sobre ellas (Brannon et al., 2018). Entre estas enfermedades se encuentra la obesidad, catalogada como la epidemia global del siglo XXI (Wadden y Phelan, 2002, Taylor, 2018), cuyas consecuencias para las personas que la padecen son tan severas que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la considera un problema de salud pública a nivel mundial, porque en si misma constituye un factor de riesgo para otras enfermedades crónicas (Peñalver et al. 2004), aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad y reduce la calidad de vida independientemente de la edad, el sexo o la etnia (Rosss y Bradshaw, 2009).

Hoy en día se reconoce que la obesidad representa un problema con repercusiones importantes, no solo a nivel físico, sino también en lo social, lo económico y lo psicológico (Costa-Font y Mas, 2016; Elgaard Jensenet et al., 2018; HaGaniet et al., 2019; Jia, 2020; Lim et al., 2020). Estas personas se ven afectadas en las actividades de su diario vivir por el exceso de peso y son víctimas del rechazo de la sociedad debido a su obesidad, lo que se ha asociado con la presencia de altos niveles de neuroticismo, afecto negativo, depresión,

ansiedad, estrés y baja autoestima (Avitia, 2018; Henderson y Huon, 2002; Fitzgibbon et al., 1993; Loes et al., 2020; Molinari y Morosin, 1996; Ragazzoni et al., 1996; Topçuet et al., 2016). De igual forma, existe evidencia del efecto negativo que tiene la obesidad sobre el funcionamiento psicológico de las personas con esta condición, tales como bajo bienestar subjetivo (Stokes y Frederick-Recascino, 2003; Vásquez 2009) e insatisfacción con la vida (Ball et al. 2004; Holec et al. 2016; Jarosz y Gugushvili, 2022; Kuroki, 2016; Mo y Bai, 2023; Ragazzoni et al. 1996).

Diversos autores han encontrado que variables que implican un componente psicosocial, tales como las actitudes hacia el ideal delgado predominante en la sociedad actual, las burlas relacionadas con la apariencia y la insatisfacción con la imagen corporal están implicadas en la satisfacción con la vida de las personas obesas (Albano et al., 2019; Hernández et al., 2012; Fields y Brown et al., 2021; Friedman et al., 2005; Guzman y Lugli, 2009; Hayden-Wade et al., 2005; Homan, 2010; Prabhu y D´Cunha, 2019).

Estas investigaciones ponen en evidencia la necesidad de identificar factores personales protectores que disminuyan la influencia negativa que estas variables psicosociales tienen sobre el funcionamiento psicológico de las personas obesas, objetivo que pretende la presente investigación. En este sentido, enmarcado en un modelo de control personal de la conducta en el área de los trastornos alimentarios (Lugli y Vivas, 2001) y apoyados en evidencias de que las variables de control están relacionadas con la sensación de bienestar personal (Chang et al., 1997; Scheier y Carver, 1993; Ogden, 2019; Seligman, 2006; Walker, 2001), se pretende determinar, en personas obesas, el efecto moderador de la autorregulación del peso, la autoeficacia en el control del peso y el locus de control del peso en la influencia de las variables actitud hacia la apariencia física, percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal sobre la variable satisfacción con la vida.

De comprobarse la hipótesis establecida, los resultados que se obtengan en este estudio permitirán el diseño de tratamientos que tomen en cuenta el fortalecimiento de estas variables de control personal para el mejoramiento de la salud mental de las personas obesas, lo que redundaría en un beneficio para el éxito de la meta deseada: perder peso.

Finalmente, se presenta un esbozo de los capítulos que componen el manuscrito. En el capítulo I se desarrolla el planteamiento del problema de investigación, en el capítulo II el marco teórico que sustenta a casa una de las variables del estudio, en el capítulo III se plantea el marco metodológico, en el capítulo IV los resultados relacionados con los descriptivos de las variables y las regresiones realizadas para dar respuesta a la interrogante del papel moderador de las variables de control sobre la relación entre las variables socioculturales y la satisfacción con la vida de personas obesas que asisten a tratamiento. En el capítulo V, se presenta la discusión de resultados, en el capítulo VI las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio y en el capítulo VII las referencias utilizadas a lo largo del trabajo.

I.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La obesidad es una enfermedad compleja con una etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, metabólicos, socioculturales, conductuales y ambientales (Curry, 2013; Boles et al., 2017). La obesidad, el sobrepeso y la mala alimentación se han convertido en un problema grave de salud pública (American Dietetic Association, 1997; OMS, 2020) asociándose a mayor riesgo de mortalidad y morbilidad (Sarwer y Grilo, 2020). En este sentido, la obesidad es una enfermedad médica crónica que trae consigo una cascada de riesgos (Abouzed, 2022) para otras enfermedades crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cerebrovasculares, algunos tipos de cáncer y diabetes, entre otras (Berrington de Gonzalez, 2010; Peñalver et al., 2004).

Por otro lado, las personas obesas presentan serias limitaciones en su diario vivir (Matz. et al., 2002) y son víctimas de discriminación, prejuicio y estigma no solo por parte de la sociedad que rechaza el sobrepeso (Puhl, 2010), sino también por parte de los profesionales de la salud (Sbraccia y Finer, 2019). Más aún, son vistos como personas carentes de “fuerza de voluntad,” a pesar de que casi todo el mundo reconoce que se trata de un problema multifactorial que incluye aspectos genéticos, ambientales, culturales y socioeconómicos (Ball y Crawford, 2006; Herman et al., 2019; Larraburu, 2004).

Diversos estudios han encontrado en personas obesas un aumento en las preocupaciones por el cuerpo, aislamiento social, disminución de la calidad de vida, depresión, ansiedad, baja autoestima, adicciones (Abouzed, 2022; Ciangura et al., 2017; Degirmenci et al., 2015; Werrij et al., 2009), sentimientos de temor, percepción negativa de la imagen corporal, inseguridad, tristeza e infelicidad (Luppino et al., 2010). Abouzed et al., (2022) sostienen que las personas que buscan tratamiento para la obesidad tienen algunos

trastornos psiquiátricos que afectan su enfermedad, así como la selección del tratamiento para su manejo.

En relación con el desarrollo de psicopatología en personas con obesidad, Puhl y Heuer (2009) describen que el estigma relacionado al peso juega un papel crucial, por lo que este aspecto no debe ser subestimado en los estudios de salud mental debido a que estas personas están sujetas a constante discriminación, prejuicios y estereotipos. De hecho, Snowdon-Carr (2019) sostiene que la forma como la persona experimenta su peso, así como el prejuicio y el estigma que la sociedad le imprime, tiene un impacto considerable en el bienestar físico y emocional. De allí la importancia de estudiar el bienestar psicológico de las personas con obesidad y determinar la influencia que tienen algunas variables socioculturales sobre ella, objetivo que plantea la siguiente investigación haciendo énfasis en la satisfacción con la vida.

En este sentido, y en relación con las variables socioculturales, Guzmán y Lugli (2009) señalan que las presiones sociales ejercidas a través de un ideal estético corporal delgado, las burlas que pueden acompañar al hecho de ser gordo(a), así como la consiguiente insatisfacción con la propia imagen, podrían ser factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones en el funcionamiento psicológico.

La internalización de los estándares socioculturales sobre el atractivo físico ha sido señalado como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos del comportamiento alimentario y alteraciones de la imagen corporal, los cuales son problemas significativos que afectan la salud física y mental del individuo en la sociedad occidental (Mariscal, 2013; Rivarola y Penna, 2006; Thompson y Stice, 2001; Unikel-Santoncini et al., 2017). Debido a esta idealización del prototipo ideal del cuerpo, la sociedad les adjudica una significativa importancia a estos modelos que, aunque algunos rechazan y otros aceptan, a menudo suelen

alterar el bienestar psicológico y la autoevaluación positiva de sí mismos (Hernández et al., 2012; Homan, 2010; Morán et al., 2007).

Muruaga et al. (2007) sostienen que esta es una época donde la publicidad ha llegado a pervertir el concepto de salud, y lo ha fusionado con el estereotipo de belleza femenina (delgada, guapa y joven), hasta el punto de que los anuncios que pareciera que se interesan por la salud de las personas a través de productos sanos (hechos con fibra, yogures, fruta), en realidad están fomentando la obsesión por la delgadez.

En consecuencia, el interés marcado por la cultura de la delgadez como valor y sinónimo de belleza (Jankauskiene y Baceviciene, 2020; Neumark-Sztainer et. al., 2018) ha ocasionado en la población general una mayor preocupación por la pérdida de peso (Padgett y Biro, 2003; Paquette y Raine, 2004), y específicamente, en las personas obesas, mayor atención a su imagen corporal, convirtiendo el deseo de mejorar su apariencia en el motivador principal para perder peso, aunque lograrlo no sea garantía de una imagen corporal positiva o normal (Facchini, 2002), ni de un mayor ajuste o bienestar psicológico.

En este orden de ideas, Moreno y Andía (2009) señalan que la presión social para ser delgado afecta de manera significativa a las personas obesas generando un gran malestar con su cuerpo que condiciona su satisfacción con la vida. Major et al. (1991) sostienen que las comparaciones con otros que se consideran superiores a sí mismo en algún atributo específico, están frecuentemente asociadas al incremento en la angustia emocional y disminución de la autoestima. La insatisfacción con la imagen corporal es considerada un factor de riesgo para la aparición de trastornos alimentarios (Ogden, 2019; Wertheim y Paxton, 2012) y diversas alteraciones mentales (Ghannadiasl y Hoseini, 2020). En este sentido Delgado-Floody et al. (2020) señalan la aparición de preocupaciones, ansiedad, depresión, aislamiento, evitación de situaciones sociales y baja calidad de vida, entre otras.

Annis et al. (2004) encontraron que las mujeres con obesidad reportaron mayor insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso, disfuncionalidad en apariencia y vestimenta, baja autoestima, atracones de comida y baja satisfacción con la vida, al compararlas con mujeres normopeso. Otro hallazgo interesante en este estudio fue que las mujeres obesas reportaron más experiencias de estigmatización (burlas) durante la infancia, adolescencia y adultez, relacionándose estrechamente con una pobre imagen corporal y funcionamiento psicosocial.

En relación a este último hallazgo, diferentes autores han encontrado evidencia del papel de las burlas, tanto en la salud física, como en la mental a lo largo de la vida. Albano et al. (2019) hallaron que las personas con sobrepeso y obesas reportaron mayor frecuencia de burlas y acoso, mayor estrés en las relaciones con otros y peor calidad de vida en comparación con las personas normopeso. Hooper et al. (2021) obtuvieron que las burlas por el peso están fuertemente correlacionadas con los trastornos alimentarios, tanto en la adolescencia como en la adultez temprana, independientemente de la etnia/raza, el nivel socioeconómico o el género.

Tan et al. (2022) mostraron en adolescentes, que la percepción que tenían sobre su peso y las burlas relacionadas con éste se asociaron significativamente con comportamientos de riesgo en personas normopeso y con sobrepeso/obesidad, pero no en aquellas con bajo peso, enfatizando la importancia que reviste para los tratamientos el reconocer que la percepción del peso y las burlas tienen un mayor impacto que el peso real. En población infantil, Szwimer et al. (2020) hallaron que las burlas basadas en el peso por parte de compañeros y familiares se asociaron con síntomas depresivos, y las niñas fueron psicológicamente más vulnerables que los niños, remarcando la importancia de esta variable para la salud psicológica.

Thompson (1990) sostiene que la sensibilidad a las burlas sobre el peso corporal y la insatisfacción hacia el propio cuerpo que generan esas burlas, es influido por la interiorización de ideales corporales delgados y su extrema valorización por la sociedad y el individuo. Thompson (1990) señala que altos niveles de burla percibida están asociados a efectos negativos en individuos obesos, lo que sugiere la existencia de un posible vínculo causal entre las burlas acerca del sobrepeso en la niñez y el sufrimiento psicológico en la vida adulta. En este sentido, varios estudios han establecido la relación entre la presencia de burlas en algún momento de la vida y la insatisfacción con la imagen corporal en personas obesas.

Cash et al. (1986) encontraron mayor insatisfacción con su apariencia en mujeres adultas con algún grado de obesidad que habían sido víctimas de burlas por su peso en la infancia. De igual forma, Fabian y Thompson (1989) encontraron que las burlas estaban relacionadas con la insatisfacción corporal, el índice de masa corporal y la autoestima, y concluyen que las burlas durante períodos sensitivos del desarrollo tuvieron un efecto duradero en la vida adulta, convirtiéndose en un buen predictor del funcionamiento psicológico actual. Cattarin y Thompson (1994) y Thompson et al. (1991) hallaron que las burlas predecían el desarrollo de la insatisfacción corporal en adolescentes femeninas con sobrepeso.

Hayden-Wade et al. (2005) reportaron en niños entre 10 y 14 años con sobrepeso que habían sido víctimas de burlas sobre su peso, mayor insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima, aislamiento, conductas bulímicas y preferencia por el sedentarismo y actividades individuales. Torres et al. (2018) encontraron que 47.1% de los adolescentes que participaron en su estudio habían recibido críticas por su imagen corporal a través de burlas y apodos, de los cuales, 37% manifestó haber realizado algún cambio en su apariencia física debido a ello. Por otro lado, Plumed et al. (2019) encontraron en adolescentes que las

burlas sobre el peso y sus capacidades tuvieron un efecto indirecto sobre la aparición de clínica alimentaria cuando el índice de masa corporal era alto. Varela De Oliveira (2020) encontró, en una muestra de niños, que existe una clara asociación entre las experiencias de burlas con insatisfacción con la imagen corporal, la aparición de trastornos alimentarios y la presencia de dietas.

En resumen, es indudable que el estigma y la discriminación social que existe alrededor de la obesidad originan numerosas consecuencias tanto para la salud física como psicológica de las personas que la padecen (Myers y Rosen, 1999; Puhl y Heuer (2010). Lo descrito hasta el momento apoya claramente lo planteado por Friedman et al. (2005); Hayden-Wade et al. (2005) y Guzmán y Lugli (2009), quienes sostienen que variables tales como la insatisfacción con la imagen corporal, la percepción de burlas y las actitudes hacia la apariencia física deben ser estudiadas como posibles factores de riesgo para el desarrollo de trastornos que alteran el bienestar psicológico de las personas obesas.

Sin embargo, las variables que implican un componente psicosocial no son las únicas determinantes del bienestar psicológico. Vielma y Alonso (2010) destacan, junto a las variables contextuales, las variables individuales o personales. Dentro de estas variables personales que pueden afectar el bienestar psicológico, encontramos la vulnerabilidad cognitiva, definida como aquellos factores de riesgo cognitivo que preceden a la aparición de psicopatología (Abramson et al., 1989); donde el control percibido es un ejemplo de ello.

A lo largo de los años, diversos autores han sostenido que la experiencia de control es una de las variables más críticas en el bienestar o psicopatología de las personas (Alloy et al., 1990; Bandura, 1992; Barlow, 2002; Beck, 1976). El grado de control que una persona percibe tener sobre los estresores es una de las variables más poderosas para determinar el impacto emocional, fisiológico y conductual de dichos estresores (Salas-Auvert, 2008).

El bienestar psicológico está asociado con la percepción de tener control, tanto sobre el ambiente interno (cogniciones, emociones, conductas y fisiología) como sobre el ambiente externo (interpersonal, social, material, político, económico). Lee et al. (2009) resaltan que un importante cuerpo de investigación se ha basado en la premisa de que el control real, y más aún el control percibido, tienen un gran impacto en una gama de indicadores de bienestar físico, emocional, social y ocupacional. De igual forma, el control también se ha asociado a aspectos específicos del bienestar psicológico, como lo es la satisfacción con la vida, encontrándose una relación positiva entre control y satisfacción (Chang et al., 1997; Scheier y Carver, 1993).

Salas-Auvert (2008) señala que el control percibido influye en la forma en que las personas afrontan los eventos diarios, donde aquellas con un fuerte control personal son más efectivas para manejar diversas áreas de sus vidas. El autor concluye que las personas que perciben tener control asumen sus responsabilidades de mejor manera, ya que ven en sus habilidades y en su esfuerzo la vía para obtener los resultados deseados.

En este sentido, considerando que según Montesinos (2008) los estresores o situaciones difíciles o de sufrimiento en la vida no afectan a todos los individuos por igual, debido a la presencia de factores protectores, definidos como ciertas características de las personas que los pueden auxiliar a enfrentar de mejor manera esos estresores, la presente investigación se plantea que el control personal pudiera ser una característica personal que funciona como un factor protector del efecto que tienen sobre el funcionamiento psicológico de las personas obesas la presión social por alcanzar un cuerpo delgado, las burlas recibidas en la infancia debido al exceso de peso y la consiguiente insatisfacción con la imagen corporal. Es posible que aquellas personas que desarrollan un mayor sentido de control personal puedan hacer frente a la presión que ejerce la sociedad en relación con el exceso de peso de una manera

más efectiva y reducir el impacto que pueda tener en ellas la presión por ser delgados como estatus de belleza y éxito, y quitarle importancia a las burlas que otros puedan realizar de su peso o su competencia, lo que permite de alguna manera mantener adecuados niveles de satisfacción con su cuerpo a pesar de desear adelgazar por motivos estéticos o de salud. A su vez este impacto de las variables de control sobre estas presiones sociales puede incidir en percibir mayor satisfacción con la vida y facilitar que estas personas encuentren mayor bienestar mental.

La idea de que el control personal de la conducta pueda ser un factor protector se ve apoyado por la lista reseñada por la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2004) donde señalan dentro de estos factores “los sentimientos de dominio y de control”, sin hacer mayor detalle de a qué se refieren con ellos, evidenciando también de esta forma la dificultad de una definición única de control. De hecho, la diversidad de conceptualizaciones en torno a este constructo dificulta esclarecer el papel de dicha variable (Price et al., 2002) en cualquier área de estudio, por lo que se hace necesario establecer a qué refiere la presente investigación por control personal de la conducta. Para el estudio de esta variable como factor protector se ha asumido la propuesta de Lugli y Vivas (2001) basada en la clasificación de Steptoe (1989) quien define 3 elementos del control: control conductual, percepción de control y creencias de control.

Lugli y Vivas (2001) definieron el control conductual como las habilidades de autocontrol, entendida como la capacidad de la persona para guiar su conducta, a través de la auto-observación, creación de guías proximales y la utilización de auto-incentivos para sus propios esfuerzos (Bandura, 1987). La percepción de control la relacionaron con la autoeficacia percibida, consistente en los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el

rendimiento deseado de su conducta (Bandura, 1987). Finalmente, las creencias de control las asociaron al locus de control, definido como el grado en que la persona percibe una consecuencia particular como producto de su propio comportamiento versus el grado en que este comportamiento está controlado por fuerzas externas (Rotter, 1954).

En consecuencia, basados en dicha propuesta de operacionalización del control personal de la conducta, la presente investigación se propone determinar, en personas obesas que asisten a tratamiento, el efecto moderador de la autorregulación del peso, la autoeficacia en el control del peso y el locus de control del peso en la influencia de las variables actitud hacia la apariencia física, percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal sobre la variable satisfacción con la vida. Por moderación se entiende que el objetivo es determinar si el nivel de estas variables de control (bajo/alto) especifican o cambian la relación existente entre las variables psicosociales y la satisfacción con la vida, lo que permite establecer si cumplen un rol protector al disminuir el efecto negativo de la presión social en personas obesas sobre su satisfacción con la vida.

Esta hipótesis se ve sustentada por diversos estudios que sostienen el papel moderador de la variable control en la relación entre eventos estresantes y consecuencias para la salud, utilizando para ellos distintas formulaciones. Entre las variables moderadoras los autores mencionan “fortaleza personal (hardiness)”, “percepción de control” (Taylor y Aspinwall, 1996), “expectativas generalizadas de control” (Cohen y Edwards, 1989), “locus de control” (Pereyra (2004), “estilos atribucionales”, “creencias autorregulatorias desadaptativas” (Grant et al., 2006) y “autoeficacia” (Mikkelsen y Einarsen, 2002; Lubbers et al., 2005; Parker et al., 2011), por ejemplo.

En virtud del énfasis que se hace en la responsabilidad individual de las personas para llevar a cabo un estilo de vida saludable y prevenir así el desarrollo de enfermedades crónicas,

establecer el papel moderador de las variables de control definidas en esta investigación permite conocer aquellas variables de índole personal que pueden ser intervenidas en planes de tratamientos preventivos o remediales para limitar la influencia negativa del contexto sociocultural imperante y fomentar el bienestar psicológico de la persona obesa; lo cual se considera pudiera impactar positivamente en la participación activa por parte de la persona obesa en programas integrales para la pérdida de peso. Ello entraría en consonancia con lo planteado por la OMS (2004), organismo que sostiene que las intervenciones preventivas destinadas a fortalecer los factores protectores se superponen en gran medida con la promoción de la salud, en este caso de las personas con obesidad.

Pregunta de investigación:

¿Tienen la autorregulación del peso, la autoeficacia en el control del peso y el locus de control del peso un efecto moderador en la influencia de las variables actitud hacia la apariencia física, percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal sobre la satisfacción con la vida?

Objetivos

Objetivo General

Determinar, en personas obesas, el efecto moderador de la autorregulación del peso, la autoeficacia en el control del peso y el locus de control del peso en la influencia de las variables actitud hacia la apariencia física, percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal sobre la variable satisfacción con la vida.

Objetivos Específicos

En personas con obesidad:

Describir las variables de estudio: autorregulación del peso, autoeficacia en el control del peso, locus de control, insatisfacción con la imagen corporal, percepción de burlas, actitud hacia la apariencia física y satisfacción con la vida.

Determinar la relación entre las variables de estudio: autorregulación del peso, autoeficacia en el control del peso, locus de control, insatisfacción con la imagen corporal, percepción de burlas, actitud hacia la apariencia física y satisfacción con la vida.

Determinar la influencia de las variables actitud hacia la apariencia física, percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal sobre la variable satisfacción con la vida.

Determinar, el efecto moderador de la autorregulación del peso, la autoeficacia en el control del peso y el locus de control del peso en la influencia de las variables actitud hacia la apariencia física, percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal sobre la variable satisfacción con la vida.

II.- MARCO TEORICO

Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud es una disciplina en crecimiento (Morrison y Bennett, 2008) que surge en los años 70 y que hace especial énfasis en el papel de los factores psicosociales que se relacionan con la etiología de una enfermedad, con su tratamiento, rehabilitación y prevención (Brannon et al., 2014; Brannon et al., 2018). Implica el estudio de la percepción que el individuo tiene de su salud y su bienestar, así como también de la enfermedad que pueda cursar (Rodríguez, 1995). En consecuencia, puede decirse que tiene por objetivo comprender, explicar y predecir la conducta de salud y enfermedad para desarrollar intervenciones eficaces que permitan reducir los costes físicos y emocionales de los comportamientos de riesgo y de la enfermedad (Morrison y Bennett, 2008), enfocando su atención en los aspectos preventivos, así como en la promoción de la salud humana considerando todas las variables antes mencionadas (Oblitas, 2017).

El desarrollo de la psicología de la salud ha permitido la evolución del concepto de salud desde una perspectiva puramente biomédica que enfatizaba la presencia de un patógeno que enfermaba al organismo (Brannon et al., 2014; Brannon et al., 2018) hacia planteamientos más integrales, tal y como puede observarse en la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en el año 1946. Esta definición enfatiza el estado de bienestar del individuo que incluye aspectos emocionales y sociales más allá de lo puramente biológico (Rodríguez, 1995) y define la salud como el “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad” (OMS, 2014, p. 1)

Dicha definición coincide con el modelo biopsicosocial, el cual busca explicar el continuo salud-enfermedad por medio de la interacción de factores tanto físicos como

sociales, culturales, ambientales y psicológicos (Alcantara Moreno, 2008; Amigo Vázquez, 2015; Brannon et al., 2018; Gurung, 2019). Esta visión integral va más allá de definir la salud como simplemente la ausencia de enfermedad y en su lugar obliga a centrarse en una gama más amplia de determinantes críticos de la salud (Suls y Rothman, 2004). El modelo biopsicosocial de la salud es asumido en la presente investigación, a su vez este modelo es congruente con la perspectiva cognitivo social. Esta perspectiva sostiene que gran parte del aprendizaje humano se da en el entorno social, donde observando a otros las personas adquieren reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes para manejar las distintas contingencias en sus vidas (Schunk, 2012). Esta teoría analiza la conducta humana dentro del esquema de una reciprocidad triádica o interacciones recíprocas entre conductas, variables ambientales y factores personales como las cogniciones (Bandura, 1982, 1986, 2001), esquema de análisis que es utilizado en esta investigación.

Salud

La humanidad a lo largo de la historia ha tratado de evitar el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Hasta hace apenas un siglo, la salud de las personas se veía afectada por la miseria, el hacinamiento y deficiencia en las condiciones higiénicas de vida, desnutrición e infecciones (Valenzuela Contreras, 2016). Las principales causas de muerte hasta hace 100 años eran enfermedades infecciosas, tales como la neumonía, la tuberculosis, el tétano y la difteria, entre otras (Brannon et al., 2014; Brannon et al., 2018), consecuencia del contacto con el agua en malas condiciones, alimentos contaminados y otras personas enfermas.

Estas enfermedades se convertían en epidemias en aquellas comunidades no protegidas por la inmunización o que carecían de las condiciones higiénicas necesarias

ocasionado la muerte de miles de personas (Morrison y Bennett, 2008). En aquellos tiempos, las personas no tenían responsabilidad sobre su proceso de enfermedad en virtud de que consideraban que era imposible evitar las enfermedades contagiosas. Así, lo único que podían hacer era asistir al médico y confiar en que tendrían la cura apropiada a su problema.

Las enfermedades infecciosas dejaron de ser la primera causa de muerte en el transcurso del siglo XXI, dando paso a aquellas enfermedades relacionadas con comportamientos y estilos de vida insalubres (Brannon et al., 2014; Brannon et al., 2018). Las causas de muerte fueron asociadas a comportamientos individuales tales como, el consumo de tabaco, el excesivo consumo de alcohol, el creciente estilo de vida sedentario, el estrés y una dieta inadecuada (Brannon et al., 2014; Brannon et al., 2018). Dentro de estas enfermedades, a nivel mundial, se encuentran el cáncer, las enfermedades pulmonares, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes, o comúnmente denominados daños no intencionados (Morrison y Bennett, 2008). Dentro de este conjunto de enfermedades se encuentra la obesidad, catalogada como la epidemia global del siglo XXI (Taylor, 2018; Wadden y Phelan, 2002), la cual además de ser una enfermedad en sí misma, se convierte en un factor de riesgo para otras enfermedades crónicas corporal (American Dietetic Association, [ADA], 1997; Malo Serrano et al., 2017), por lo que realizar estudios que aclaren vías de acción para la prevención y la intervención de esta problemática resulta de gran relevancia como un tema tanto social como de políticas públicas.

Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define a la obesidad como una enfermedad crónica caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa que conlleva a un incremento del peso, y que viene acompañada de un aumento en la

morbimortalidad, lo que pone en riesgo la salud de las personas que la padecen en función del grado de exceso de peso corporal o índice de masa corporal (ADA, 1997; Malo Serrano et al., 2017). El aumento del índice de masa corporal (IMC, indicador de la relación entre peso y estatura), hasta niveles que son clasificados como obesidad, viene asociado a enfermedades como hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular y neurológica, enfermedad respiratoria, enfermedad hepatobiliar y gastrointestinal, enfermedad venosa, enfermedad articular y masa ósea, alteraciones de la piel, enfermedades endocrinológicas, alteraciones ginecológicas y obstétricas y algunos tipos de cáncer (OMS, 2018; Peñalver Talavera et al., 2004). Sin embargo, el IMC no es el único factor determinante de riesgo de estas enfermedades y de otras entidades patológicas asociadas. Factores tales como la distribución de la grasa en la región abdominal (obesidad central o visceral), el aumento del peso corporal desde la juventud, el estado físico general e incluso la etnia, modifican los riesgos relacionados con el IMC (Klein, 2001).

En la actualidad, la obesidad se considera un creciente problema de salud pública por las graves alteraciones que produce en el organismo (Lim et al., 2020; Navarro Wallmark, 2015) y por las consecuencias económicas que impactan a nivel de los sistemas de salud, tales como los costos asociados al manejo de las comorbilidades presentes: enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, apnea obstructiva del sueño, hígado graso y cáncer entre otras (González, 2016). Aunado a ello se considera que los costos económicos indirectos que causa la obesidad impactan en la productividad laboral, debido a la ausencia en los puestos de trabajo, con la consiguiente disminución en las horas de trabajo y por tanto en la remuneración de las personas y en las ganancias de las empresas públicas y privadas (Taylor, 2018). Como puede observarse el sobrepeso y la obesidad

conlleva graves consecuencias tanto en el área de la salud como en lo social (Lim et al., 2020).

En las últimas dos décadas la tasa de sobrepeso y obesidad ha aumentado dramáticamente en numerosos países, tanto en países industrializados como en aquellos con un rápido desarrollo económico (Lim et al., 2020). Para el 2016 la OMS (2021) estimaba aproximadamente 1900 millones de adultos (mayores de 18 años) con sobrepeso y más de 650 millones con obesidad, correspondiente a un 39% y 13% respectivamente de la población total. Asimismo, señalaba cerca de 41 millones de niños menores de 5 años, y más de 340 millones de niños y adolescentes mayores de 5 años con sobrepeso u obesidad. Lamentablemente la obesidad infantil tiene efectos a largo plazo en la morbilidad y mortalidad de quien la padece (Lim et al., 2020).

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2021) señala que, por primera vez en la historia del mundo, la población con exceso de peso superó a quienes están desnutridos. En América Latina y el Caribe, la obesidad es más grave que en el resto del mundo, donde 7,5% de los niños menores de cinco años y 24,1%, de los adultos mayores de 18 años son obesos, cifras que superan significativamente los promedios mundiales que ascienden a 5,9% en el caso de los niños y a 13,2% para los adultos.

La Organización Panamericana de la Salud, en su portal oficial presenta un gráfico interactivo de las tendencias a lo largo del tiempo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas mayores de 18 años en los países de la Región de las Américas desde 1975 a 2016. Para Venezuela se observa que en 1975 el porcentaje era de 46% en mujeres y 34.8% en hombres, con un incremento para 2016 al 65.5% en mujeres y 64.5% en hombres.

Actualmente los datos oficiales relacionados con la prevalencia de la obesidad en Venezuela corresponden al año 2004. La División de Vigilancia Epidemiológica (DVE) del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (2005) presentó los datos en términos de tasas por cada 100 mil habitantes para el año 2004. Para ese momento la población era de 26.009.547 habitantes, con una tasa de 360,7 x 100.000 habitantes, es decir 93.828 eran obesos, representando el 0,36% de la población nacional. El Instituto Nacional de Nutrición (2013) reportó un estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los años 2008 a 2010 en venezolanos entre 7 y 40 años. En una muestra de 22.646 sujetos encontraron un 38.06% de malnutrición por exceso, en donde el 21.31% corresponde a sobrepeso y el 16.76% a obesidad, donde el grupo de 35 a 40 años es el más afectado. El documento sostiene que la población venezolana presenta un importante problema nutricional, enumerando como componentes condicionantes el ambiente sociodemográfico, los hábitos alimentarios inadecuados y la inactividad física. Por otro lado, el Estudio Venezolano de Síndrome Metabólico, Obesidad y Estilo de Vida (VEMSOLS, 2018) evaluó 1320 adultos de 5 poblaciones en 3 regiones de Venezuela, el cual incluyó 2 poblaciones de la región capital, y reportó una prevalencia de sobrepeso de 36,8% y obesidad de 29,3% entre los años 2006-2010. El Ministerio del Poder Popular para la salud (2020) reporta en el manual para el abordaje integral de la diabetes y la obesidad en la red comunal de la atención de salud, datos de morbilidad por obesidad en el año 2013 de 352,1 por 100 000 habitantes.

En 2020 se publica el estudio EVESCAM realizado entre 2015-2016 en 7 comunidades de la región capital de Venezuela, donde con un muestreo aleatorio poli estratificado por conglomerados se evaluaron 416 sujetos mayores de 20 años con una edad promedio de 53,5 años, de los cuales 70% fueron mujeres. El estudio encontró una

prevalencia de 30% de obesidad y 36.6% de sobrepeso, sin diferencias por género (De Oliveira-Gomes et al., 2020).

En el informe del estado de la Seguridad Alimentaria en el Mundo (FAO/IFAD, UNICEF/WFP/WHO, 2022) se reporta que, en Venezuela, los valores de sobrepeso en la población adulta son los mismos que se vienen reportando desde el año 2014; señalando un 25% de la población correspondiente a 5.1 millones de venezolanos.

En resumen, los estudios reportados a lo largo de los años en relación al sobrepeso y la obesidad en Venezuela dejan clara evidencia del incremento de esta problemática de salud en nuestro país, por lo que resulta imperante investigaciones dirigidas a identificar factores que puedan ser intervenidos para disminuir estos índices y mejorar la salud y bienestar de los venezolanos.

Etiología

La obesidad es una enfermedad de origen multifactorial, donde se reconocen la interacción de factores conductuales, genéticos, fisiológicos, metabólicos y ambientales (González, 2016; Mata Cárdenas y Yevelino Gutiérrez, 2015). Peña y Bacallao (2001) sostienen que el incremento abrupto en la prevalencia de la obesidad que ha ocurrido en décadas recientes se debe principalmente a cambios importantes en la alimentación de la población, al patrón de actividad física y a otros factores de índole sociocultural. Balderas Rentería y Balderas Rentería (2015) sostienen que los trastornos psicológicos provocados por el mundo moderno, el sedentarismo, la presión que ejerce la sociedad y los medios de comunicación para ingerir alimentos de gran contenido calórico parecen ser los factores más importantes en la etiología de la obesidad hoy en día. Incluso se reconoce la existencia de que un entorno construido puede promover hábitos poco saludables que pueden aumentar el riesgo de obesidad (Elgaard Jensene et al., 2018; HaGani et al., 2019; Jia, 2020).

No obstante, la bibliografía especializada en el área refiere distintos factores de orden biológico que explican la obesidad y que no deben dejar de ser tomados en cuenta:

Endocrinos: las alteraciones endocrinas constituyen una de las causas secundarias más frecuentes de la obesidad; entre las que se puede encontrar: diabetes mellitus no insulino dependiente, síndrome hipotalámico, síndrome de cushing, hipotiroidismo, ovario poliquístico, pseudohipoparatiroidismo, deficiencia de hormona de crecimiento e insulinoma (Valenzuela, 2002).

Genéticos: Algunas anormalidades cromosómicas como los síndromes de Prader-Willi, Cohen y Carpenter están relacionadas con la aparición de obesidad en las personas que la padecen (Barbany, 2005).

Medicamentosas: el consumo de algunos fármacos como antidepresivos, algunos anticonceptivos orales, glucocorticoides (empleados como inmunosupresores, antiinflamatorios y broncodilatadores) y las hidracidas (empleadas en el tratamiento de la tuberculosis) también pueden generar un aumento del peso y la grasa corporal (Barbany, 2005).

Clasificación

La clasificación de la obesidad más utilizada, tanto a nivel clínico como en investigación, es la basada en el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, definido como la relación entre el peso y la talla al cuadrado (Brannon et al., 2018; Mata Cárdenas y Yevelino Gutiérrez, 2015).

La OMS realiza una clasificación de la obesidad basada en el IMC (Mata Cárdenas y Yevelino Gutiérrez, 2015), donde el sobrepeso se ubica entre 29,9 y 25,0; la obesidad grado I entre 30,0 y 34,9; la obesidad grado II entre 35,0 y 39,0 y la obesidad grado III mayor o igual a 40. Sin embargo, no existe un criterio uniforme para determinar los intervalos de

normopeso y sobrepeso según los valores del IMC. Se tiende a aceptar como punto de corte para definir la obesidad valores mayores a 30 Kg/m² (Brannon et al., 2018).

Otra forma de clasificar la obesidad es según los rasgos morfológicos del tejido adiposo (Björntorp y Brodoff, 1992), definiéndose dos tipos de obesidad, a saber:

Hipertrófica: la cual se caracteriza por la acumulación de gran cantidad de grasa en los adipocitos sin aumento en el número de células grasas. Este tipo de obesidad usualmente se desarrolla durante la adultez y se asocia a un desequilibrio entre la ingesta calórica y su utilización, la cual termina expresándose a través de una distribución central de grasa.

Hiperplásica: la cual se caracteriza por un aumento en el número de células adiposas, las cuales varían en tamaño de una región a otra del cuerpo. El número de células incrementa más rápido durante la niñez o la pubertad que en la edad adulta y éste puede aumentar tres a cinco veces por encima de lo normal cuando la obesidad se desarrolla a edades tempranas de la vida.

Finalmente, la obesidad puede clasificarse según distribución anatómica del tejido adiposo en (Bray, 1989):

Obesidad androide o abdominal: caracterizada por un mayor depósito de grasa por encima de la cintura. Se presenta con mayor frecuencia en varones que en mujeres.

Obesidad ginecoide: Caracterizada por la acumulación de grasa en el bajo vientre, caderas y muslos. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones.

Modelos explicativos de la obesidad

A continuación, se presentan algunos modelos teóricos que explican cómo las personas pueden desarrollar sobrepeso u obesidad.

Balance energético

El modelo teórico que mayor aceptación ha tenido para explicar la obesidad es el que sostiene que la obesidad es en mayor medida consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas por el individuo y la cantidad de calorías gastadas (Brannon et al., 2018). Este desbalance es producto del consumo de dietas de alto valor calórico y de una insuficiente actividad física, lo que conduce a que el individuo presente un balance energético positivo y gane peso gradualmente (Brannon et al., 2018). Por lo tanto, la presencia de un balance energético positivo durante un período prolongado de tiempo conducirá a un incremento del tejido adiposo, ya sea por hiperplasia o hipertrofia celular (Steinbeck, 2001).

Influencia de la genética

El componente hereditario de la obesidad está ampliamente estudiado mediante investigaciones realizadas con gemelos y familias. Actualmente se acepta una heredabilidad (proporción de la variación de caracteres biológicos en una población atribuible a la variación genotípica entre individuos) de la obesidad entre el 40 y el 50% (Aguilera y Anguita-Ruiz, 2018). Sin embargo, el papel de la herencia no está del todo claro en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. En raras ocasiones la obesidad dentro de una familia es causada por una variante específica de un solo gen (Bouchard, 2009). Se han descrito 130 genes relacionados con la obesidad, algunos de ellos implicados en la codificación de péptidos transmisores de las señales de hambre y saciedad, otros implicados en los procesos de crecimiento y diferenciación de los adipocitos y algunos implicados en la regulación del gasto energético (González Jiménez, 2011).

La obesidad es considerada el resultado de la interacción compleja entre múltiples genes y variados factores ambientales que aún no se conocen bien (Choquet y Meyre 2011).

Los cambios genéticos en las poblaciones humanas ocurren lentamente como para ser responsables de la epidemia de obesidad. Sin embargo, la forma en que las personas responden a un entorno que promueve la inactividad física y la ingesta de alimentos ricos en calorías sugiere que los genes sí juegan un papel en el desarrollo de la obesidad. Los genes le dan al cuerpo instrucciones para responder a los cambios en su entorno, por lo que variantes de algunos genes pueden contribuir a la obesidad al aumentar el hambre y la ingesta de alimentos (Choquet y Meyre 2011).

La teoría del punto fijo (set point)

Esta teoría representa un intento de explicar por qué algunos obesos tienen dificultades para perder peso, aun siguiendo dietas rigurosas terapéuticas (Reiff y Reiff, 1997). Postula que cada individuo tiene un peso ideal (*set point*) biológicamente programado y una serie de procesos reguladores que actúan para mantener este peso constante, ajustando la ingesta y el gasto energético (Brannon et al., 2018). Se cree que este punto fijo está determinado por la herencia, pero se ve influenciado por la nutrición, la actividad física y la tasa metabólica (Reiff y Reiff, 1997). Cuando el individuo presenta un balance energético positivo durante un periodo de tiempo prolongado cambiará su punto fijo de peso a un nivel superior, con el consecuente aumento de peso y dificultades en el futuro para restaurar su peso por debajo del nuevo punto fijo que ha establecido.

Modelo conductual del aprendizaje

El modelo conductual del aprendizaje parte del supuesto de que la conducta alimentaria es mantenida por reforzamientos tanto a corto como a largo plazo, resultando mucho más potentes para el mantenimiento los que les siguen a corto plazo (Brannon et al., 2018; Saldaña, 1994). En este sentido, la conducta de ingesta es seguida a corto plazo de refuerzos positivos, tales como la disminución del hambre percibida o placer por el alimento

consumido, además de la desaparición de las rumiaciones y urgencias por consumir un alimento. Pinel et al. (2000) señalan motivadores como el placer personal y el contexto social (presencia de otros, historia cultural), así como también la privación de alimentos y la producción de hormonas.

A largo plazo se obtienen consecuencias negativas, tales como el incremento del peso corporal, posible rechazo social o la aparición de problemas de salud frecuentemente asociados con dicho aumento de peso, como la hipertensión y la diabetes entre otros.

De igual forma, la actividad física, segundo patrón de comportamiento implicado en el balance energético puede ser explicada a través de la historia de refuerzos tanto a corto como a largo plazo. Por ejemplo, el ejercicio físico es seguido a corto plazo por consecuencias negativas como tener que buscar tiempo y dejar de hacer otras actividades, cansancio, fatiga e incluso dolor muscular, sin dejar de mencionar que no produce la pérdida de peso inmediatamente a su realización e incrementa temporalmente el apetito (Saldaña y Rossell, 2000). Mientras que sólo a largo plazo, posterior a un período prolongado de actividad física con un nivel determinado, se obtienen los beneficios de su práctica, como, por ejemplo, disminución de la comorbilidad, mejoría de la apariencia física y del estado de ánimo, pérdida de tejido adiposo y disminución del apetito (Saldaña y Rossell, 2000).

La hipótesis de la externalidad

Esta hipótesis sugiere que la ingesta de las personas con peso normal está regulada por estímulos internos, principalmente señales fisiológicas de hambre y saciedad, mientras que la ingesta de las personas con sobrepeso está regulada por estímulos externos, tales como la presencia y olor de alimentos, la presencia de personas comiendo y el paso del tiempo, entre otros. (Hashim, 1981; Metalis et al., 1982; Schachter, 1968; Schachter et al., 1968).

El concepto de externalidad fue elaborado a partir de los planteamientos realizados por Bruch (1961) sobre el error de discriminación que el obeso comete entre estados emocionales internos y hambre. Los resultados del estudio de Stunkard y Khoc (1964) en el que encontraron que la sensación de hambre correlacionaba con las contracciones gástricas en las personas con normopeso, pero no en individuos obesos, constituyó un apoyo a esta hipótesis. Sin embargo, Wooley (1972) no lo pudo demostrar.

Hipótesis de la ingesta emocional

Esta hipótesis está basada en el planteamiento de Kaplan y Kaplan (1957) según la cual la sobreingesta es una conducta aprendida utilizada por el individuo obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Según Evers et al. (2010) “la sobrealimentación ocurre cuando los sujetos experimentan afecto negativo que no pueden regular adecuadamente, causando que empleen la estrategia a la que tienen acceso, la cual es altamente mal adaptativa: sobrealimentarse” (p. 793). La ingesta es considerada como el procedimiento empleado por el obeso para reducir el “arousal” generado por estados emocionales internos. Se pensaba que los indicadores de hambre podían ser confundidos con los indicadores emocionales, y este error de discriminación es el que podría producir una ingesta inadecuada. A pesar de que los efectos de la ansiedad sobre la ingesta han sido estudiados en gran número de investigaciones, no hay resultados concluyentes que determinen si la ingesta se reduce o incrementa en presencia de niveles de ansiedad (Friedman y Brownell, 1995).

Hipótesis del estilo de alimentación

La existencia de un estilo de alimentación diferencial fue postulada por primera vez por Ferster et al. (1962, 1996), quienes señalaban que las personas obesas presentaban un ritmo de ingesta más rápido que el de las personas con normopeso, a partir del consumo de grandes bocados a intervalos más frecuentes. Sin embargo, algunos estudios han encontrado

que la rapidez al comer no es una característica diferencial de los obesos, obligando a la reformulación de la hipótesis inicial (García Grau, 1988).

Tratamientos

Por ser la obesidad una enfermedad donde se ven implicados factores de diferente naturaleza, el tratamiento considerado debe ser multidisciplinario, donde los especialistas aborden de forma integral todos los aspectos que inciden en el peso actual del paciente. A continuación, se describirán los tratamientos que se han desarrollado para el abordaje de la obesidad.

Tratamiento Nutricional

El tratamiento dietético es el eje central para conseguir reducir el peso corporal a expensas principalmente de la masa grasa. Este consiste en proporcionar herramientas al paciente acerca de cómo debe modificar sus hábitos alimentarios con la finalidad de disminuir su ingesta energética hasta un nivel determinado para mantener el peso deseado (Rubio Herrera y Moreno Lopera, 2005). Existen diversos tipos de dietas tales como las dietas balanceadas hipocalóricas, dietas con restricción selectiva de grasas y carbohidratos y dietas líquidas de muy bajas calorías, entre otras.

Son numerosos los estudios que muestran los resultados a corto plazo de los programas de intervención basados en dietas en las personas obesas. Sin embargo, son pocos los estudios que publican sus resultados a largo plazo (12 meses o más) (Valenzuela, 2001), debido a que un elevado porcentaje de los pacientes retornan al peso inicial a cuatro o cinco años de haber completado el programa de adelgazamiento (Jordan et al., 1985; Kramer et al. 1989; Stundkard y Penick, 1979). Ello sugiere que la dieta como único tratamiento para el control de peso no es efectivo. No obstante, se considera que cualquier tratamiento es exitoso cuando se logra al menos una pérdida de peso de un 5 al 10% en un lapso de seis meses,

puesto que es poco probable que una persona con obesidad mórbida llegue al peso ideal en corto tiempo y porque, además, los riesgos de comorbilidad disminuyen cuando se alcanza una pérdida de peso del 10% (Cózar et al., 2001; Rubio Herrera y Moreno Lopera, 2005).

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico puede ser indicado en pacientes que no logran bajar al menos 500 gramos por semana después de seis meses de incorporar cambios adecuados en el estilo de vida (Balderas Rentería y Balderas Rentería, 2015). Son varios los fármacos que existen en el mercado para el tratamiento de la obesidad, sin embargo, en la actualidad se cuenta con dos fármacos aptos para el tratamiento a largo plazo, cuyos principios activos son, la sibutramina, molécula que ejerce acción inhibitoria del apetito, y el orlistat, que actúa bloqueando la absorción intestinal de grasas (Balderas Rentería y Balderas Rentería, 2015). A pesar de los resultados obtenidos con los tratamientos farmacológicos, éstos deben ser administrados dentro de un programa de intervención que comprenda dietas, actividad física y cambios de conducta (Balderas Rentería y Balderas Rentería, 2015; Escobar et al., 2001). De hecho, algunos estudios han demostrado que los fármacos son más efectivos cuando se acompañan de otros tratamientos (Berkowitz et al., 2003; Careket al., 1997).

Tratamiento Quirúrgico

Por ser la obesidad mórbida una entidad que se asocia a numerosas complicaciones clínicas, a un aumento de la mortalidad y a un deterioro de la calidad de vida de quien la padece. Bretón et al. (2004) señalan que la OMS considerar como alternativa los tratamientos quirúrgicos.

La cirugía bariátrica es una intervención quirúrgica aplicada a la persona con obesidad mórbida donde se busca la restricción de la capacidad gástrica o disminución del

tracto gastrointestinal asociada a una malabsorción de nutrientes, lo que produce como consecuencia la pérdida de peso (Marceau et al., 2001).

Este tipo de cirugía nace como tratamiento alternativo para los pacientes con obesidad mórbida que han tenido fracasos con otros tipos de tratamientos (Formiguero y Alastrué, 2001; Navarro Wallmark, 2015). De hecho, es probablemente la única forma de conseguir en los pacientes con obesidad mórbida o severa (IMC desde 40 o con más de 45 Kg. de exceso de peso) la pérdida de peso necesario para disminuir la comorbilidad asociada y mejorar en consecuencia su calidad de vida (Balsiger et al., 2000).

La pérdida de peso posterior a la cirugía bariátrica depende del peso inicial del individuo, el cual podría estar en promedio entre 40 a 70 Kg, alcanzando el máximo a los dos años y manteniéndolos durante dos a tres años más, para después levemente recuperar algunos kilos (Valenzuela, 2002).

No obstante, además del efecto primario de la cirugía, los pacientes sometidos a ella deben modificar sus hábitos alimentarios para asegurar se mantenga un peso adecuado. Sin embargo, la reducción de la ingesta y la mala absorción asociada pueden comprometer el estado nutricional del paciente, dando lugar a complicaciones potencialmente graves (Bretón et al. 2004), tales como hipoproteinemia, deficiencia de vitaminas y minerales, entre otras.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas en la cirugía bariátrica pueden clasificarse en tres grandes grupos de acuerdo con Navarro Wallmark (2015).

Técnicas restrictivas: Buscan limitar la ingesta de alimentos al reducir la cavidad gástrica a menos de 20 ml, así como el control de su salida hacia el resto del estómago colocando una banda que deja una luz o estoma de 10-12 mm de diámetro aproximadamente. Entre estas técnicas se encuentran las gastroplastias y el balón intragástrico.

Técnicas derivativas, parcialmente malabsortivas: consisten en realizar “un reservorio gástrico separado del resto del estómago, anastomosado al yeyuno mediante un montaje en Y de Roux con brazos de longitudes variables” (p. 312).

Técnicas mixtas o complejas: Buscan sumar los beneficios de las técnicas restrictivas con los aspectos positivos de las técnicas malabsortivas. Las más utilizadas son el By-pass biliopancreático de Scopinaro clásico, el modificado de Larrad y el cruce duodenal de Hess-Marceu-Baltasar.

Tratamiento Conductual

Los tratamientos conductuales en el manejo de la obesidad se remontan temporalmente al año 1960, fecha en que se iniciaron las modificaciones conductuales focalizadas en el auto registro de la ingesta alimentaria asociadas con técnicas de control e identificación de factores que desencadenan la alimentación (Saldaña, 1994).

El tratamiento conductual es un método sistemático para modificar las conductas que contribuyen a mantener la obesidad y está basado en que las conductas son adquiridas y por tanto susceptibles de cambiar (Valenzuela, 2002).

Estudios como el de Perri et al. (1968) han demostrado que con el tratamiento conductual los pacientes no sólo pierden peso, sino que lo mantienen, con sesiones semanales después de un año. Estos autores compararon dos grupos, uno con tratamiento y otro sin tratamiento conductual, donde se observó que las personas que lo recibieron perdieron 13 Kg en un año y lo mantuvieron después de recibir sesiones semanales, mientras que el grupo que no recibió tratamiento conductual perdió 10,8 Kg. y recuperaron al cabo del mismo tiempo un promedio de 5,7 Kg. Similares resultados son descritos por Wadden y Foster (2000).

Ancona et al. (2002) concluyen que los resultados a corto plazo de la terapia conductual son muy satisfactorios, sin embargo, a largo plazo no lo son tanto, ya que la

mayoría de los adultos con obesidad retornan al peso inicial que presentaban antes de iniciar el tratamiento en un lapso de tres a cinco años. En contraste, los resultados a largo plazo en niños han demostrado ser más prometedores y los programas basados en una terapia familiar han sido exitosos porque logran resultados por más de 10 años (Braet y Van Winckel, 2000).

La razón de la baja efectividad de la terapia a largo plazo en adultos puede deberse a que el paciente no consigue adherirse permanentemente al tratamiento. Por ser la obesidad una enfermedad crónica, la terapia conductual deberá asumirse como una estrategia de cambio de hábitos para toda la vida y no temporal, como por lo general se realiza (Ancona et al. 2002), lo que implica que la persona obesa asuma un papel activo en la solución de su problemática y ejerza control sobre los cambios definitivos que debe realizar tanto en su alimentación como en su patrón de actividad física. Es por ello que el tema del control personal de la conducta se vuelve relevante en el área de la obesidad y el control de peso.

Consecuencias

La obesidad es considerada una enfermedad por sí misma, que viene acompañada de un aumento en la morbimortalidad y calidad de vida de las personas que las padecen en función del grado de exceso de peso corporal o IMC (Peñalver Talavera et al. 2004; Tamayo Lopera y Restrepo, 2014). Así, cuando más severa es la obesidad (grado II o III), mayor es el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Sin embargo, el IMC no es el único factor determinante de riesgo de otras enfermedades y entidades patológicas asociadas. Factores tales como distribución de la grasa en la región abdominal (obesidad central o visceral), el aumento del peso corporal desde la juventud, el estado físico general e incluso la etnia, modifican los riesgos relacionados con el IMC (Klein, 2001).

De esta manera, la obesidad se asocia con enfermedades graves tales como hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiaca, enfermedad cerebrovascular y neurológica, enfermedad respiratoria, enfermedad hepatobiliar y gastrointestinal, enfermedad venosa, enfermedad articular y masa ósea, alteraciones de la piel, enfermedades endocrinológicas, alteraciones ginecológicas y obstétricas y algunos tipos de cáncer (Peñalver Talavera et al. 2004; Navarro Wallmark, 2015).

La obesidad es un fenómeno complejo que también tiene implicaciones económicas, sociales (Costa-Font y Mas, 2016) y contextuales (Elgaard Jensen et al., 2018; HaGani et al., 2019; Jia, 2020). Por ejemplo, Puhl y Heuer (2009) sostienen la omnipresencia de la discriminación por ser obeso en ambientes laborales, educativos y sanitarios. La dificultad para conseguir trabajo (debido a que son considerados incapaces o improductivos), así como la discriminación en ambientes laborales (Rothblum et al., 1990) , la condición de los seguros médicos de no cubrir el tratamiento de la obesidad (y en algunos casos tampoco las consecuencias de ésta), el aumento de los costos de los métodos para controlar la enfermedad (consultas, medicinas) y el constante gasto elevado en alimentos, son factores que repercuten fuertemente en el poder adquisitivo de las personas con sobrepeso y obesidad. De igual forma, la obesidad impone una carga económica al sistema de salud pública debido a los altos costos por tratamiento y atención especializada (Erazo, 2012; Lim et al., 2020; Navarro Wallmark, 2015).

Por otro lado, las personas obesas llegan a tener serias limitaciones en su diario vivir, tales como realizar y mantener su higiene personal (dificultad para asearse o malos olores producto de la sudoración), realizar las actividades cotidianas (caminar, limpiar, trabajar y subir escaleras), dificultad para conseguir vestimenta o ropa de la talla necesitada y hasta encontrar una silla de viaje (avión, metro, camioneta, bus) adecuada al volumen del cuerpo,

entre otras (Matz et al., 2002). Estas consecuencias de tipo social pueden ocasionar en la persona dificultades en las habilidades para relacionarse con otros y en la autovaloración como consecuencia de la discriminación social a la que son sometidos (Canning y Mayer, 1966).

Todas las consecuencias anteriormente mencionadas tienen a su vez, repercusión en la salud mental de las personas que la padecen, por lo que es importante resaltar las consecuencias psicológicas de la obesidad. Por ejemplo, diversos estudios han encontrado que las personas obesas reportan altos niveles de neuroticismo, afecto negativo, depresión, ansiedad y estrés (Fitzgibbon et al., 1993; Ragazzoni et al., 1996; Henderson y Huon, 2002; Lores, 2020; Topçuet al., 2016), aspectos que a su vez intervienen en el mantenimiento de la obesidad. Corsica y Perri (2003) y Milkewicz et al. (2004) sostienen que la discriminación social y el estrés psicológico que causa tener exceso de peso generan un alto detrimento del bienestar psicológico, por lo que la salud mental de estas personas es un objetivo importante de estudio e intervención en el tratamiento multidisciplinar de pacientes obesos.

En virtud de ello, las investigaciones se han centrado en la población de obesos exclusivamente a fin de determinar las consecuencias psicológicas y sociales que el exceso de peso produce (Aronne, 2002; Matz et al., 2003; Neumark et al., 1997; Puhl y Brownell, 2001; Rodin et al., 1989; Stice, 2002), así como determinar cuáles son las áreas de funcionamiento psicológico más afectadas en estas personas (Friedman y Brownell, 1985, Friedman et al., 2005).

En este sentido, Fitzgibbon et al. (1993) y Henderson y Huon (2002) reportaron la existencia de patrones diferenciales claros en los sujetos obesos que buscaban tratamiento para adelgazar. Estos individuos presentaban un mayor nivel de psicopatología y estrés que las personas de la población general de obesos, lo que sugiere mayor malestar psicológico.

Es por ello por lo que la presente investigación se centra en el estudio de personas obesas que asisten a tratamiento, al plantear la necesidad de identificar aspectos que estén relacionados con el bienestar psicológico, específicamente con la satisfacción con la vida.

Satisfacción con la vida

La felicidad y bienestar subjetivo han recibido mucha menos atención en el área médica que los afectos negativos y los trastornos mentales, debido a que estos últimos tienen graves y prolongadas repercusiones tanto para el individuo como para la sociedad (Siahpush et al., 2008). Tradicionalmente la psicología se ha centrado en el estudio de las enfermedades mentales con el objetivo de generar un cuerpo de conocimiento que permita comprender el funcionamiento humano para el posterior desarrollo de terapias psicológicas dirigidas a la recuperación de las personas que padecen algún tipo de malestar mental (Cuadra y Florenzano, 2003). Este énfasis hizo que por muchos años se descuidaran aspectos positivos de la salud mental tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, ignorando el posible efecto positivo que pueden implicar para las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

No obstante, los esfuerzos por comprender el bienestar y sus causas, siempre ha sido objeto de interés a lo largo de la historia (McMahon, 2006), ya que el funcionamiento psicológico saludable es el desafío más importante al que se enfrenta el ser humano a medida que madura hacia la edad adulta (Dwivedi y Rastogi, 2017). El bienestar se convirtió en un tema de investigación científica durante la década de 1950 cuando como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial surgió el interés por fomentar una vida mejor (Keyes, 2006).

Las investigaciones sobre el tema se han centrado en dos conceptos diferentes el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo. El bienestar psicológico ha sido definido como

el compromiso con los desafíos existenciales de la vida (Linley et al., 2009). Examina la percepción de prosperidad frente a los retos existenciales de la vida, como, por ejemplo, perseguir metas significativas, crecer y desarrollarse como persona y establecer vínculos de calidad con los demás (Keyes et al., 2002).

Por otro lado, el bienestar subjetivo se entiende como un juicio global que la gente hace de sus vidas, hace alusión no a lo que la gente tiene o lo que les sucede, sino a cómo piensan y sienten acerca de lo que tienen y lo que les sucede (Maddux, 2018). Este juicio personal posee dos dimensiones claramente diferenciadas: a) Un componente emocional en el que se distinguen dos aspectos: afectos positivos y negativos, y b) Un componente cognitivo al cual se le ha denominado satisfacción con la vida (Diener et al., 1998). Estos componentes muestran cierto grado de independencia (Andrews y Withey, 1976; Lucas et al. 1996), y por lo tanto pueden medirse y estudiarse individualmente.

El bienestar es el concepto de psicología positiva que ha recibido una atención sustancial a lo largo de las décadas (Dwivedi y Rastogi, 2017). Por ser el bienestar subjetivo uno de los indicadores que con mayor precisión predice la salud de las personas (Andrew, 1981; Diener et al., 1985; Test et al., 2005), la presente investigación se centra en él, con especial énfasis en el componente cognitivo o satisfacción con la vida, ya que juega un papel importante en el comportamiento humano (Dwivedi y Rastogi, 2017). Un nivel óptimo de satisfacción se determina individualmente y depende de cómo la persona priorice el éxito en términos de los resultados obtenidos en su vida, como relaciones, logros, ingresos o actividades (Oishi et al., 2007). Además, es un constructo que permite a los individuos evaluar sus vidas sobre la base de lo que consideran importantes para sí mismos, sin imponer puntos de vista sobre qué emociones o experiencias son valiosas (Clark et al., 2018). Las opiniones de otras personas (entre ellos filósofos y psicólogos) en cuanto a si la persona está

llevando una buena o significativa vida es irrelevante (Maddux, 2018).

Se elige este componente de satisfacción con la vida como elemento de estudio, basándose en la premisa del paradigma cognitivo, el cual asume que el hombre más que a la realidad, reacciona a la percepción que tiene de ella (Diener y Lucas, 2000). El hombre puede identificar los aspectos no deseados en su vida y ser capaz de escapar de las reacciones emocionales negativas asociadas a dicha evaluación (Pavot y Diener, 1993). Además, la satisfacción con la vida es una evaluación que refleja una perspectiva a largo plazo (Pavot y Diener, 1993), por lo que este aspecto cognitivo tiene mayor impacto sobre la persona que los estados emocionales que suelen ser de poca duración.

Diener et al. (1985) definen la satisfacción con la vida como “un juicio cognoscitivo o una evaluación global que la persona hace sobre su vida” (p. 130). Esta conceptualización implica que la persona examina los aspectos tangibles de su vida, contrapone lo bueno y lo malo, se compara con un estándar y llega a un juicio evaluativo (Diener y Biswas-Diener, 2000). En consecuencia, los juicios sobre la satisfacción dependen de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado, el cual es un criterio subjetivo, autoimpuesto y que puede variar a lo largo de la vida del individuo y de cultura a cultura (Diener y Diener, 1995; Diener et al., 1998).

Determinantes de la satisfacción con la vida

El bienestar y la satisfacción con la vida han sido explicados a través de una variedad de factores que van desde los personales hasta los contextuales, los cuales son vistos como factores complementarios más que mutuamente excluyentes (Maddux, 2018).

Las teorías disposicionales proponen que el bienestar es el resultado de factores biológicos o temperamentales que influyen los comportamientos y cogniciones tales como interpretaciones y evaluaciones de circunstancias y eventos de la vida, que, a su vez,

influyen el bienestar (Lyubomirsky y Dickerhoof, 2010). También se ha planteado que la satisfacción es el resultado de variables de personalidad latentes, tales como la extroversión y el afecto positivo (Diener et al., 2003). En este sentido, la satisfacción sería el resultado de la persona de experimentar más emociones positivas, las cuales en general se han asociado a la extroversión. Contrariamente, las personas insatisfechas experimentarían más emociones negativas, asociadas al neuroticismo e introversión (Diener et al., 2003).

Por otro lado, la satisfacción con la vida se ha asociado con condiciones ambientales, atribuibles al contexto (Casullo, 2002; Diener et al., 2003), donde las personas con mayor satisfacción viven en países con una filosofía de vida más individualista, mientras que en los países colectivistas la satisfacción sería menor. De igual forma, las personas que viven en ciudades pequeñas parecen manifestar más insatisfacción que aquellas que viven en grandes ciudades (Casullo, 2002).

Las circunstancias positivas y negativas de la vida de una persona pueden afectar el bienestar, tanto las experiencias cotidianas (mayores y menores) como los factores demográficos favorables o desfavorables, tales como la situación socioeconómica, la educación y la salud física (Lyubomirsky y Dickerhoof, 2010). Por ejemplo, las personas que nacieron en circunstancias ventajosas y a las que suceden cosas buenas más que las cosas malas tendrán mayor bienestar que las personas menos afortunadas. Esta perspectiva propone, además, que el bienestar general y la satisfacción con la vida son el resultado de la satisfacción con una variedad de dominios de la vida (trabajo, familia, etc.) en los que eventos, experiencias y emociones negativas pueden ocurrir (Maddux, 2018).

Desde el humanismo, se ha planteado que la aceptación del sí mismo, el sentido de propósito o el significado vital que tiene el individuo de su vida, el crecimiento personal o grado de compromiso del sujeto, así como el establecimiento de buenos vínculos afectivos

son aspectos esenciales que configuran la satisfacción con la vida (Diener et al., 1985). Dentro de esta concepción, el bienestar estaría asociado a la valoración del resultado logrado con la forma de haber vivido, por lo que esta propuesta parece vincular teorías del desarrollo y teorías del ciclo vital al crecimiento personal y funcionamiento mental positivo del individuo (Casullo, 2002).

Bienestar, satisfacción con la vida y salud

A lo largo de la historia la distinción entre enfermedad y salud mental ha sido polémica. Viera et al. (2006) sostienen que ambos constructos constituyen los polos positivos y negativos de un continuo que representa un proceso dinámico de la interacción del sujeto con su entorno, el cual está multideterminado por variables biológicas, psicológicas y sociales.

Sin embargo, tradicionalmente al proceso de la salud mental ha sido abordado desde el polo negativo por la necesidad de dar respuestas inmediatas al problema de la enfermedad, predominando en su abordaje un enfoque médico psicopatológico (Vera Poseck, 2006; Viera et al., 2006). Los afectos negativos y los desórdenes mentales han sido objeto de mayor atención por los problemas serios que generan en las personas y en la sociedad (Fredrickson, 2004). En la actualidad existe consenso en la evidencia científica en que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa (Oblitas y Becoña, 2000). Entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo, la tristeza y la ira como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente (Piqueras Rodríguez et al., 2009). Es por ello por lo que históricamente el foco de las intervenciones en el área de la salud se ha dirigido a la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias, más que al desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez, 2009).

En el contexto descrito anteriormente, surge la psicología positiva, con el objetivo de

investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que estas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven (Vera Poseck, 2006). A nivel individual, indaga rasgos tales como la capacidad para el amor y la vocación, el valor, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la espiritualidad, el talento y la sabiduría (Cuadra y Florenzano, 2003). A nivel social explora las virtudes ciudadanas y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores ciudadanos: la responsabilidad, el altruismo, la civilidad, la tolerancia y el trabajo ético (Cuadra y Florenzano, 2003). Sin embargo, el interés por los aspectos positivos no inicia con la psicología positiva; Sánchez Estrada (2011) señala que Maslow en 1954 ya había propuesto que el estudio psicológico debía basarse en el crecimiento saludable de las personas, y Jahoda en 1958 hablaba de la salud mental positiva del individuo relacionada a múltiples criterios. Es así como numerosas variables positivas se han estudiado como indicadores de salud mental, como por ejemplo resiliencia, crecimiento postraumático, espiritualidad, emociones positivas, calidad de vida (Ehde, 2010; Park, 2015) florecimiento o salud psicológica (Thege et al., 2015).

La salud psicológica es un término que se usa indistintamente junto al de bienestar, pues ambos se refieren al funcionamiento mental del individuo, el cual es un criterio externo dictado por profesionales de la salud mental (Andrew, 1981; Diener et al., 1998). A su vez, los términos felicidad y bienestar subjetivo significan lo mismo, sólo que Diener (1984), utiliza el de bienestar subjetivo para imprimirle un carácter más científico y a su vez, diferenciarlo del empleado por la persona común en la vida cotidiana.

Diferentes autores han reportado que el bienestar subjetivo y sus componentes (afectos y satisfacción con la vida) son algunos de los indicadores que con mayor precisión predicen la salud física (Andrew, 1981; Diener et al., 1985). Howell et al. (2007) revelaron mediante

un metaanálisis que el bienestar tiene un efecto importante sobre la salud y que esto ocurre aún en ausencia de enfermedad. Siahpush et al. (2008) señalan que las personas que muestran mayor felicidad y aquellas más satisfechas con su vida reportan mejores índices salud (salud autopercebida, ausencia de limitaciones, condiciones a largo plazo y salud física). Test et al. (2005) encontraron que los sujetos con elevado bienestar subjetivo reportaban menos enfermedades, mayor motivación por las tareas de la vida diaria y estilos de afrontamiento más adecuados, en tanto que los sujetos con enfermedades crónicas presentaban menores niveles de bienestar subjetivo. Domínguez Bolaños e Ibarra Cruz (2017) señalan que las personas que son más felices tienen más resistencia al dolor y son en general más sanas.

Lo anteriormente expuesto deja claro que el bienestar no sólo está asociado a una mayor satisfacción psicológica, sino que tiene importantes implicaciones para la salud física. El bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, lo que permite incluso incrementar la esperanza de vida (Vázquez et al., 2009). El bienestar y la satisfacción vital parecen fomentar la salud a través de distintas vías. Por un lado, parece tener una relación directa con determinados parámetros físicos protectores como los relacionados con la capacidad inmunitaria del individuo, pero también parece afectar por otras vías como son el aumento de las conductas saludables o de buen afrontamiento de los problemas de salud, así como por su capacidad amortiguadora del estrés (Vázquez et al., 2009).

En este sentido, Gómez Ayala (2007) sostiene que la salud mental de una persona afecta profundamente a su conducta (dieta, ejercicio físico, hábitos sexuales, tabaquismo, etc.), lo que puede elevar la incidencia de enfermedades físicas, tales como diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y obesidad entre otras. Ello pone de relieve la importancia de que el tratamiento adecuado de los problemas emocionales puede mejorar en gran medida la

funcionalidad de una persona que padezca una enfermedad física. Ello se ve apoyado por Torres de Galvis (2018) quien sostiene que la salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, se puede aceptar de manera evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, las sociedades y las naciones.

Satisfacción con la vida y obesidad

Las personas que tienen obesidad conviven con la dolencia emocional del rechazo social por responsabilizarlos o más bien culpabilizarlos de su exceso de peso corporal. A pesar de que en general se reconoce que la obesidad es un problema multifactorial determinada por aspectos genéticos, ambientales, culturales y socioeconómicos, estas personas son vistas por la sociedad como carentes de “fuerza de voluntad” (Ball y Crawford, 2006; Larraburu, 2004). Puhl y Brownell (2001) plantearon que ningún gordo podría sentirse verdaderamente feliz cuando puede ser blanco fácil de burlas y descalificaciones constantes en el trabajo, el medio escolar o familiar e, inclusive, a través de los programas “recreativos de TV”. Chandler y Rovira (2002) señalan que las personas obesas parecen mostrarse felices sólo en el escenario social, pues en su intimidad parecen tener más dificultades de lo que son capaces de reconocer en forma pública.

Ragazzoni et al. (1996) sostienen que las personas obesas desarrollan problemas psicológicos e insatisfacción con la vida debido a la circularidad del fenómeno, la ausencia de políticas de apoyo social y psicológico, la presión social que se ejerce a través de la moda y a las expectativas sociales generalizadas del ideal corporal. De igual forma, Moreno (2003) señala que la relación entre el exceso de peso corporal y el malestar psicoemocional condiciona el nivel de satisfacción con la vida, ya que la presión social para ser delgado afecta de manera significativa a las personas obesas. La consecuencia directa es un efecto circular

que se traduce en una alta morbilidad por depresión, la cual –a su vez- disminuye la probabilidad de que la persona salga y haga ejercicios.

En este sentido, Ragazzoni et al. (2002) estudiaron en una muestra de 217 mujeres obesas la satisfacción con la vida, la ansiedad, la depresión y actitudes alimentarias, encontrando que aquellas con mayor ansiedad, depresión y disturbios de la conducta alimentaria, presentaban menor satisfacción con la vida. Los autores atribuyeron este resultado al efecto de la conciencia extrema que presentaban estas mujeres hacia el exceso de peso, donde la influencia de factores socioculturales en la apariencia tendría un rol causal.

Por su parte, Ball et al. (2004) evaluaron en 7.865 mujeres jóvenes entre 18 y 23 años la relación entre el sobrepeso, la satisfacción con la vida y el nivel de aspiración en diferentes áreas, encontrando que las mujeres con mayor exceso de peso presentaban menor nivel de aspiración y menor satisfacción con la vida. Los resultados fueron explicados en términos socioculturales, debido a la interacción existente entre variables como la estigmatización, el prejuicio y la discriminación social hacia las personas obesas.

Guzmán y Lugli (2009) determinaron la relación que guardan entre sí la obesidad, la insatisfacción con la imagen corporal, la percepción de burlas y las actitudes hacia la apariencia física, y a su vez determinar la influencia de estas variables sobre la satisfacción con la vida en una muestra de 328 pacientes obesos en tratamiento. Encontraron que el grado de obesidad no predice la satisfacción con la vida, pero sí lo hacen la percepción de burlas y la insatisfacción con la imagen corporal. La actitud hacia la apariencia física tuvo un efecto directo significativo sobre percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal y un efecto indirecto sobre la satisfacción con la vida, comportándose como mediadora. El estudio concluyó que lo que hace infeliz a las personas obesas es haber interiorizado un ideal estético inalcanzable para ellas, reflejándose en mayor susceptibilidad emocional a las burlas y mayor

insatisfacción con la imagen corporal.

Kuroki (2016) realizó un estudio longitudinal del 2005 al 2010 en personas entre 18 y 45 años (600.662 hombres y 864.557 mujeres), encontrando que aquellas con sobrepeso u obesidad presentaban menor satisfacción con la vida. De igual forma, en un estudio comparativo en el que participaron 90 hombres y mujeres, entre 19 y 71 años, Holec et al. (2016) encontraron que las personas obesas manifestaron menor satisfacción con la vida que las personas normopeso.

En un estudio comparativo en el que participaron 90 hombres y mujeres de entre 19 y 71 años, divididos en tres grupos: individuos obesos (22 mujeres y 8 hombres), 30 personas con trastornos depresivos (21 mujeres y 9 hombres), y 30 individuos sanos (27 mujeres y 3 hombres) Holec et al. (2016) encontraron que el nivel de satisfacción con la vida de los encuestados de los tres grupos fue medio. El nivel más alto de satisfacción de la vida se logró en el grupo sano, y el más bajo en aquellos con depresión. Por otro lado, el nivel de satisfacción de la vida de las personas obesas no se diferenció de los sujetos sanos, quizá porque estas últimas han estado sufriendo con una masa corporal excesiva durante años. Al respecto los autores señalan que Chanduszko-Salska y Chodkiewicz en el 2010 encontraron resultados similares y postularon que podría deberse a que las personas obesas se han adaptado a su condición o incluso se han convertido en resistentes a los aspectos negativos relativos a su obesidad, por ejemplo, aplicando mecanismos de autodefensa y desarrollando medios individuales para hacer frente al estrés.

Baumann y Tchicaya et al. (2017) realizaron un estudio longitudinal en 1289 pacientes con enfermedades cardiovasculares que se sometieron a angiografía coronaria, realizando un seguimiento 5 años posteriores a este procedimiento. Los autores encontraron una disminución en la satisfacción con la vida en los pacientes que al inicio del estudio tenían

mayor riesgo de obesidad y que efectivamente 5 años más tarde presentaban obesidad, planteando que estos pacientes probablemente tuvieron más dificultades para adaptar su estilo de vida y disminuir en consecuencia su satisfacción con la vida.

Hanif (2022) exploró la relación entre la obesidad y la satisfacción con la vida en 400 estudiantes masculinos y femeninos en Pakistán, encontrando una correlación negativa entre estas variables. Por su parte, Jarosz y Gugushvili (2022) exploraron la asociación entre el IMC y la insatisfacción con la vida en una muestra de 48.992 personas en 34 países de Europa, Medio Oriente y Asia Central, encontrando que tanto valores más altos de lo normal como valores más bajos de lo esperado se asociaban a mayor insatisfacción con la vida. Igualmente encontraron diferencias por género, donde los hombres con sobrepeso tienen los niveles más bajos de insatisfacción con la vida en comparación con los hombres con peso normal. Contrariamente las mujeres con sobrepeso y obesas son más propensas a estar insatisfechas con la vida que las mujeres con peso normal. Los autores encontraron que esta asociación estaba parcialmente moderada por el entorno contextual, el cual incide diferencialmente según el género en función de la importancia que se le dé al IMC en la región donde se vive.

Mo y Bai (2023) encontraron en un estudio realizado con 310 estudiantes chinos de secundaria que aquellos con actitudes explícitas más negativas hacia la obesidad reportaron niveles más bajos de satisfacción con la vida y que esta asociación estuvo mediada por su mayor insatisfacción con el peso. Además, encontraron que el peso moderó la asociación entre las actitudes explícitas hacia la obesidad y la propia satisfacción con la vida, donde en aquellos estudiantes con un índice de masa corporal de una desviación estándar por encima de la media las actitudes explícitas más negativas predijeron una menor satisfacción con la vida, lo que no se encontró en estudiantes con una desviación estándar inferior a la media.

En población infantil también se ha estudiado la relación entre estas variables. Por ejemplo, en una muestra chilena compuesta por 2262 niños y 2256 niñas de 9 a 12 años, Iturra y Sarrias (2023) exploraron, a través de un análisis de ruta, el impacto del peso corporal en la satisfacción con la vida. Encontraron que el IMC, el peso y la obesidad son causales y se relacionan negativamente con la satisfacción con la vida. A su vez encontraron que la imagen corporal. La victimización por acoso escolar y la salud física explican alrededor del 50 y el 29 por ciento de la ruta entre el peso corporal y la satisfacción con la vida para niñas y niños, respectivamente.

Considerando que la obesidad representa un problema con importantes repercusiones psicológicas y sociales (Lim et al., 2020; Moreno, 2003), el estudio de la relación de variables psicosociales con la satisfacción con la vida resulta de gran importancia para la comprensión de la salud psicológica de las personas obesas. En una sociedad en la cual la delgadez se ha convertido en sinónimo de belleza (Rand y Kuldau, 1992) y la presión social por alcanzar este ideal ha convertido a la población en lipofóbica (Vandereycken, 1993), las investigaciones deben dar peso a los aspectos socioculturales como factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones en el funcionamiento psicológico, así como para la elaboración de programas preventivos y remediales dirigidos a dar solución a la problemática mundial de la obesidad.

Tal y como concluyen Guzmán y Lugli (2009), si se desea adelantar una labor preventiva en obesidad debe considerarse el contexto sociocultural del individuo a fin de poder apoyarlos en la consecución de una mejor calidad y satisfacción con su vida. Razón por la cual la presente investigación se enfoca en el efecto de variables psicosociales sobre la satisfacción con la vida, aspecto que se desarrolla a continuación.

Influencias socioculturales sobre la obesidad

A pesar de los grandes esfuerzos y gastos masivos llevados a cabo a nivel de investigación y desde las políticas públicas de los distintos países, Rozin (2020) asegura que ha habido poco éxito en el tratamiento de la obesidad. De acuerdo con Herman et al. (2019) la razón de ello es porque en gran parte la solución se ha buscado en el lugar equivocado al no tomar en cuenta que múltiples factores, sociales y culturales, son los principales determinantes de qué y cómo las personas comen. Aunado a ello, a pesar de reconocer que la sociedad actual es lipofóbica (Vandereycken, 1993) y de que la delgadez se ha convertido en un ideal de belleza y salud importante (Muruaga et al., 2007; Rand y Kuldau, 1992) aún no se incluyen en los programas preventivos y remediales de la obesidad la intervención de estos valores internalizados, ni tampoco el cambio de las creencias estigmatizantes que hacen que la persona obesa se sienta rechazada en diversas esferas de su vida. Por ello la presente investigación, buscando una comprensión multifactorial de esta problemática de salud, considera la actitud hacia la apariencia internalizada por el estándar social, la sensibilidad a las burlas y la consiguiente insatisfacción con la imagen corporal como variables de estudio.

Actitud hacia la apariencia

La actitud hacia la apariencia ha sido definida por Thompson et al. (2004) como "La internalización de un ideal delgado, en la cual el individuo incorpora valores culturales que se convierten en guías y principios de normas sociales de talla y apariencia, hasta el punto de modificar su propia conducta con el objetivo de aproximarse a ese estándar" (p.294). Thompson y Stice (2001) postulan que estos estándares son resultado de la internalización de actitudes que han sido aceptadas socialmente. La delgadez juega un papel importante dentro del concepto de belleza, ya que es considerada como sinónimo de éxito, de mayor aceptación y de femineidad (Cortez et al., 2016). La familia, los pares y los medios de

comunicación social son agentes de socialización que refuerzan, apoyan y perpetúan estos ideales a través de la sobrevaloración de modelos estéticos delgados, fomentar dietas para alcanzar este ideal y la estigmatización que rodea a las personas obesas.

Los medios de comunicación tradicionales fomentan la delgadez o ciertos estándares físicos, como símbolos de éxito en la vida, lo que ha conllevado a una mayor preocupación por este aspecto en la población general (Rivarola y Penna, 2006). En este sentido, Striegel-Moore et al. (1986) afirman que los medios de comunicación no solamente determinan cual es la figura ideal, sino que también enseñan y orientan acerca de cómo alcanzarla, lo que resalta la importancia que la sociedad le da a la belleza. Tanto así que Murolo (2009) sostiene que la belleza es lo que los medios de comunicación dicen que es.

En la actualidad a los medios de comunicación tradicionales se le suman los digitales, como por ejemplo las redes sociales, fomentando la internalización de la delgadez como un valor importante (Holland and Tiggemann, 2016). De hecho, diferentes estudios han encontrado correlaciones entre un mayor involucramiento con las plataformas de redes sociales y mayor internalización de los ideales de belleza social con la consiguiente disminución de la satisfacción corporal (Fardouly y Vartanian, 2016; Strubel et al., 2016). No queda duda de que las redes sociales representan un desarrollo expresivo y comunicativo novedoso en cuanto a las formas de relacionarse entre las personas, pero es importante resaltar que también permiten la proliferación de ciertos estereotipos que, dada su idealización social, pueden resultar perjudiciales y peligrosos para quienes, debido al afán de reproducirlos, llegan a dañar su salud y relaciones interpersonales (Sánchez Durán et al., 2020).

Indudablemente la presión social por lucir como los modelos de publicidad en todas sus expresiones ha ido en aumento progresivamente con el paso de los años. A lo largo de

las últimas décadas, algunos autores han realizado revisiones sistemáticas de revistas femeninas, donde identifican las medidas de modelos y concursantes de belleza (Pérez-Lugo et al. 2016; Silverstein et al., 1986), así como el número de artículos sobre dietas y ejercicios (Wiseman et al.,1993), encontrando que el ideal de belleza se ha ido concretizando en figuras cada vez más esbeltas o delgadas y que hay un aumento significativo de artículos que presentan sugerencias relacionados con cambios en los hábitos de vida para alcanzar este ideal. Posteriormente, Thompson et al. (2004) refiere que las supermodelos de pasarela, las superestrellas de Hollywood y las figuras deportivas o atléticas también han adoptado este ideal delgado. Contrariamente, Roberts y Muta (2017) hicieron una revisión de las modelos de playboy del 2000 al 2014 encontrando que el promedio de índice de masa corporal ha ido incrementando con el paso del tiempo hasta un 95% de modelos que tenían un peso normal o ligeramente un bajo peso.

Debido a este énfasis en un ideal delgado, Rand y Kuldau (1991) sostienen que la delgadez se ha convertido en sinónimo de belleza; pero su opuesto, la obesidad, es seriamente denigrada. Ogden (2019) plantea que mientras la delgadez se asocia mayormente con tener atractivo físico, sensación de control y estabilidad emocional, el sobrepeso se asocia con una falta de atractivo, con falta de control o voluntad y con la pereza. La presión social por alcanzar este ideal delgado ha conllevado a que la cultura occidental sea más propensa a dejarse influenciar por el estándar de este ideal promocionado por los medios de comunicación y valorado por la sociedad (Vandereycken, 1993).

En este sentido, Tiggemann y Slater (2004) investigaron, en 84 mujeres jóvenes con sobrepeso, el impacto de imágenes femeninas con una delgadez idealizada que aparecen en musicales de televisión. Las participantes vieron un video que contenía el mismo número de modelos atractivas y no atractivas en su apariencia, de las cuales debían seleccionar un grupo

con las que les gustaría parecerse. Los autores concluyeron que las mujeres que observaron a las modelos delgadas incrementaron más su proceso de comparación social y por ende su insatisfacción con el propio cuerpo; puntualizando el efecto dañino que los programas de TV pueden tener sobre las mujeres con sobrepeso.

Por otro lado, el incremento de la presencia de hombres musculosos y extremadamente bien formados en revistas, anuncios de televisión y otros medios de comunicación tiene también su efecto en el sexo masculino (Baghurst et al., 2006; Hildebrandt et al., 2004; Smolak y Stein, 2006; Stanford y McCabe, 2005). Arbour y Martin Ginis (2006) solicitaron a 45 estudiantes universitarios, hombres y mujeres, que observaran diversas fotografías de modelos masculinos o femeninos semivestidos, respectivamente, y los instruyeron a que determinaran el grado de masculinidad y belleza física de cada modelo. Encontraron que ambos sexos experimentaron el mismo grado de ansiedad ante la apariencia física después de ver las fotos. Vázquez et al. (2006) y Magallares (2016) sostienen que la población masculina también manifiesta sentimientos de estar insatisfechos con su imagen corporal cuando creen que no coinciden con el concepto predominante de un modelo de cuerpo masculino.

Lo anteriormente expresado es razón suficiente para afirmar que es necesario tomar conciencia de los efectos deformantes que puede tener la publicidad y la influencia cultural en general, sobre todo, en aspectos relacionados con la moda, la alimentación y la estimulación de métodos quirúrgicos para lograr la imagen corporal idealizada. Además, la medición de este impacto en la imagen corporal es un dato importante en la comprensión de la insatisfacción corporal, los trastornos alimentarios (Madanat et al., 2006; Rivarola y Penna, 2006) y la obesidad, los cuales, a su vez, son problemas significativos que afectan la salud

física y mental del individuo en la sociedad occidental (Morán et al. 2007; Thompson y Stice, 2001; Vázquez et al., 2000).

Esta idealización del prototipo ideal del cuerpo o la apariencia a menudo suelen alterar el bienestar psicológico y la autoevaluación positiva de sí mismos que tienen las personas (Hernández et al., 2012; Homan, 2010; Vázquez et al., 2000). De igual manera, diversos autores (Mariscal, 2013; Rivarola y Penna, 2006; Unikel-Santoncini et al., 2017) sostienen que el mayor problema asociado a esta internalización es la tendencia a desarrollar patrones conductuales inadecuados, relacionados con la alimentación o con características personales que pueden ocasionar una diversidad de trastornos de salud física y psicológicos a largo plazo. Ello ha hecho que las personas obesas muestren constante preocupación por su imagen personal, tanto así, que el deseo de mejorar este aspecto es la motivación más importante para bajar de peso, aunque lograrlo no sea garantía de una imagen corporal positiva o normal (Facchini, 2002) ni de un mejor bienestar psicológico.

De hecho, la imposición de un modelo cultural de delgadez se relaciona con el miedo y el estigma de la obesidad, donde a las personas obesas se les vincula con connotaciones negativas como la falta de voluntad y carácter, considerándolas poco atractivas y responsables de su condición de sobrepeso (Hernández et al., 2012; Maganto y Cruz, 2008, Rodhaina y Gourmelen, 2018). Ello ha conllevado a que el sobrepeso sea objeto de burlas y acoso escolar (Puhl et al. 2016). En este sentido, Musher-Eizenman et al. (2004) encontraron que a los niños obesos se le asociaban con adjetivos negativos como estúpidos, feos y descuidados, trasladando esta experiencia a la edad adulta, como una "actitud fuerte contra el sobrepeso" la cual sigue expresándose en entornos sociales como el lugar de trabajo; la familia, proveedores de servicios, e incluso proveedores de atención médica y físicos (Carr y Friedman, 2005; Crossrow et al., 2001; Puhl y Heuer, 2009; Rodhaina y Gourmelen,

2018). Es por ello por lo que el tema de las burlas a lo largo de la vida es una variable relevante en el presente estudio para determinar su influencia en la satisfacción con la vida en personas obesas.

Percepción de burlas

Un concepto comúnmente erróneo de la burla es que es un medio inofensivo y desenfadado de interactuar con los demás (Thompson et al., 1991). Shapiro et al. (1995) proponen que la burla consiste en una comunicación que sintetiza elementos de agresión, humor y ambigüedad, dirigida por un agente a un objetivo. Este agente considera sus motivos como benignos y amistosos, mientras que los objetivos, especialmente los jóvenes y niños, a menudo experimentan las burlas como hostiles y dolorosas. La cualidad ambigua de las burlas se origina del contraste afectivo entre el humor y la agresión que involucra la interacción, así como de la discrepancia que existe entre el significado literal del que perpetra la burla y la evaluación o percepción que hace la persona objeto de ella (Shapiro et al., 1995).

Kowalski (2000) refiere que la mayoría de los relatos de víctimas de burlas están relacionados con las partes del cuerpo y la apariencia física y sugiere que ello puede ser debido a que esta última es una característica fácilmente observable y que constituye uno de los principales factores que influyen en las percepciones que las personas tienen de la aprobación y aceptación social del otro. De allí que el perpetrador utilice las burlas hacia el cuerpo y apariencia como una manera de dar a entender que la víctima no es persona socialmente aceptable. En este sentido, Feingold (1992) señala que en general las personas atractivas son percibidas como más sociables, inteligentes y psicológicamente ajustadas, por lo que es lógico suponer que sus contrarios, es decir, las personas poco atractivas, carecen de dichas habilidades y por tanto son más propensas a ser blanco de burlas.

No obstante, las burlas cumplen un papel importante en la vida social humana, ya que, a pesar del carácter ambiguo de las mismas, son utilizadas para socializar, coquetear, resolver conflictos y pasar el tiempo de manera lúdica (Feinberg, 1996). Las burlas pueden llevar a la risa y la camaradería, pero también pueden producir lágrimas y destruir las relaciones sociales (Kowalski, 1997); ello depende de la interpretación que se haga de la misma en función del objetivo del emisor, el estado de ánimo del receptor y de las reacciones de terceras personas en el momento de la burla (Winfrey, 1993).

Es así como las burlas hacia la apariencia se consideran como el tipo de victimización que genera más daño en la persona que la padece, ya que repercute directamente en el funcionamiento psicológico del individuo (Hayden-Wade et al., 2005). De hecho, Grilo, (1994) sostiene que las burlas no solo llegan a ser desagradables para la persona que las recibe, sino que también son capaces de causar muchos tipos de trastornos psicológicos.

Thompson y Heinberg (1999) indican que las burlas tienen un rol central durante la infancia y la adolescencia en el desarrollo de la autoimagen y el funcionamiento psicoafectivo, constituyéndose entonces en una de las variables más importantes en la teoría del desarrollo de la imagen corporal. Es así como, la percepción de burlas acerca del peso y la forma del cuerpo es considerada como un factor predisponente para el desarrollo de trastornos alimentarios y alteraciones de la imagen corporal (Thompson et al., 1995; Sarwer et al., 2005). Diversos estudios han encontrado mayor historia de burlas en personas con sobrepeso y obesas que en personas normopeso y su relación con la imagen corporal (Jackson et al., 2000; Matz et al., 2002).

Varios estudios señalan la relación entre las burlas hacia el peso y el inicio de la obesidad durante la infancia (Balantekin et al., 2014; Bauer et al., 2013; Berge, 2009; Berge et al., 2013; Berge et al., 2015). La historia de burlas también ha sido estudiada en la etapa

evolutiva de la adolescencia, donde, por ejemplo, Brown et al. (1989) concluyeron que los adolescentes obesos o con sobrepeso (n=114), tenían antecedentes de haber sufrido un mayor número de burlas por parte de sus amigos y compañeros en comparación al grupo control (n=114). A su vez, Cattarin y Thompson (1994) hallaron que las burlas predecían el desarrollo de la insatisfacción corporal en 210 adolescentes femeninas entre 10 y 14 años con sobrepeso. Por su parte, Goldfield y Henderson et al. (2010) reportaron en una muestra de 1491 adolescentes de escuelas públicas y privadas con sobrepeso y obesidad una frecuencia del 33% de burlas relacionadas con el peso en niñas en comparación con un 18% en niños. Los autores señalan que la prevalencia de burlas basadas en el peso por parte de los compañeros fue significativamente mayor entre jóvenes con sobrepeso y obesidad que entre jóvenes con peso normal (45% frente a 22%). De igual forma, estas burlas se asociaron a ansiedad, angustia psicológica y trastornos alimentarios en ambos sexos independientemente del peso.

Blanco y Solano et al. (2020) evaluaron el bienestar psicológico y la tasa de burlas de niños españoles con obesidad (n=50) y lo compararon con niños sin sobrepeso (n=50), tratando de establecer el papel mediador de la puntuación z del IMC y el bienestar psicológico. Los autores encontraron mayor ansiedad, depresión y burlas en el grupo de obesidad. Las burlas relacionadas con el peso predijeron puntuaciones más bajas de bienestar psicológico y se demostró el papel mediador de las burlas en la relación entre el IMC y el bienestar psicológico, destacando el efecto nocivo del estigma relacionado con el peso. Fields y Brown et al. (2021) encontraron en una muestra de 111 niños que aquellos con sobrepeso y obesidad han experimentado más burlas por parte de sus compañeros o que tienen una autoestima más baja tiene más probabilidades de tener mayor sesgo de peso internalizado, presentando en consecuencia mayor atribución de ideas negativas sobre sí mismos.

Por otro lado, los estudios demuestran que la frecuencia de exposición a burlas relacionadas con el peso durante la niñez o adolescencia tiene un impacto importante a lo largo de la vida. Por ejemplo, Cash et al. (1986) encontraron que las mujeres adultas con algún grado de obesidad, que habían sido víctima de burlas acerca de su peso durante la infancia, estaban más insatisfechas con su apariencia que las mujeres que raramente habían sido molestadas.

Puhl y wall et al. (2017) se plantearon como objetivo determinar si las burlas basadas en el peso en la adolescencia predecían resultados adversos relacionados con la alimentación y el peso 15 años más tarde, determinando a la vez si la fuente de burlas (amigos o familiares) afectaban este resultado en una muestra de 1830 jóvenes. Posterior al control de variables sociodemográficas e IMC encontraron que las burlas durante la adolescencia si predecían un mayor IMC después de 15 años, así como conductas alimenticias inadecuadas. La fuente de burlas en el caso de las mujeres fue tanto de compañeros como de familiares, sin embargo, para los hombres solo fue significativo las burlas de los compañeros. Los autores concluyeron que las burlas basadas en el peso durante la adolescencia predicen la obesidad y los comportamientos alimentarios adversos hasta bien entrada la edad adulta, con diferencias según género y fuentes de burlas.

Schvey y Marwitz et al. (2019) evaluaron las asociaciones entre las burlas basadas en el peso y los cambios en el IMC y la grasa masa en un estudio longitudinal de 110 jóvenes con o en riesgo de sobrepeso y obesidad. La edad media de inicio del estudio fue de 11.5 años, y la media de seguimiento fue de 8.5 años. Los autores encontraron que las burlas basadas en el peso se asociaron con una mayor ganancia de IMC y masa grasa durante el periodo de seguimiento, y concluyen que la experiencia de haber sido víctimas de burlas se asocia a mayor probabilidad de desarrollo de obesidad en la edad adulta.

En resumen, como puede observarse en los estudios planteados, altos niveles de burla percibida están asociados con efectos negativos en individuos obesos, lo que sugiere la existencia de un posible vínculo causal entre las burlas acerca del sobrepeso en la niñez, la insatisfacción con la imagen corporal, trastornos alimentarios y sufrimiento psicológico en la vida adulta (Agliata et al., 2006; Hayden-Wade et al., 2005; Janssen et al., 2004; Gallardo y Plumed-Domingo et al., 2022; Guardabassi y Tomasetto, 2022; Neumark-Sztainer et al., 2002; Thompson et al., 1991; Van den Berg et al., 2002).

Insatisfacción con la imagen corporal

La imagen corporal es una representación mental de la figura corporal, su forma y tamaño (Slade, 1994). Según Rosen (1995) la imagen corporal se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, integrando de esta manera aspectos perceptivos, subjetivos y conductuales. En este sentido, Thompson (1990) concibe el constructo constituido por 3 componentes, uno perceptual, relacionado con la precisión de la percepción del tamaño del cuerpo o partes del mismo; un componente subjetivo (afectivo), relacionado con las valoraciones que la persona tiene respecto a su cuerpo o partes de este y finalmente, un componente conductual que implica las conductas que realiza la persona en función de su percepción y sentimientos relacionados con su cuerpo.

El componente afectivo de la imagen corporal se refiere a la insatisfacción con la imagen corporal y es el que ha recibido mayor atención por parte de los investigadores debido al importante malestar subjetivo que puede ocasionar a la persona en todos los ámbitos de su vida. Es considerada un factor de riesgo para una amplia gama de trastornos nutricionales y mentales (Ghannadiasl y Hoseini, 2020). La insatisfacción corporal se ha relacionado con la aparición de trastornos alimentarios (Ogden, 2019; Peat y Muehlenkamp, 2011; Stice, Marti y Durant, 2011; Wade George y Atkinson, 2009; Wertheim y Paxton, 2012) y diversas

alteraciones emocionales tales como preocupaciones, ansiedades, alto grado de ansiedad, depresión, aislamiento, evitación de situaciones sociales, baja calidad de vida, entre otras (Delgado-Floody et al., 2020; Griffiths, 2016; Phillips, 1996; Raich, 2004).

Por otro lado, el estudio de la insatisfacción con la imagen corporal cobra especial importancia por la relación que este constructo guarda con la autoestima de las personas, debido a que en la mayoría de los casos aquellos que muestran insatisfacción con su cuerpo, le restan valor a sus cualidades positivas debido al énfasis que hacen en los aspectos del cuerpo que le desagradan (Neff y Vonk, 2009; Paxton et al., 2006; Sarwer et al., 2005).

En este contexto, se entiende por insatisfacción con la imagen corporal la sensación de “vergüenza, creencias erróneas sobre el propio cuerpo, así como una distorsión perceptual de la forma corporal, que conduce hacia un rechazo de algunas partes o de todo el cuerpo” (Raich, 2000, p.45). Es una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (Raich et al., 1996). Dicha insatisfacción surge cuando las percepciones de una persona sobre su cuerpo se alejan de su cuerpo ideal, y esta discrepancia se considera importante para ella (Wertheim y Paxton, 2012). Estos sentimientos de insatisfacción pueden representarse como un descontento crónico y estable, o pueden reflejar una disminución momentánea en la actitud evaluativa o afectiva hacia el propio cuerpo en respuesta a estímulos desencadenantes internos o ambientales (Albertson et al., 2015).

La insatisfacción con la imagen corporal ha sido explicada desde una perspectiva sociocultural que afirma que el ideal estético propuesto por la sociedad y materializado por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de una cultura debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico, especialmente en las mujeres (Thompson y Stice, 2001; Vásquez et al., 2000). Las normas y presiones

socioculturales hacia la imagen corporal se comunican a partir de fuentes que van desde mensajes enviados a toda la comunidad a través de los distintos medios de comunicación impresos y digitales hasta las interacciones sociales tales como conversaciones con compañeros, vecinos y padres (Wertheim y Paxton, 2012).

Complementando esta perspectiva sociocultural para explicar la insatisfacción corporal se encuentra el modelo de las comparaciones sociales, el cual explica cómo la exposición al ideal sociocultural conduce a incrementar la insatisfacción corporal. Se fundamenta en el planteamiento de Festinger (1957) quien sostiene que la insatisfacción con la imagen corporal es consecuencia de un proceso de comparación social, donde la persona evalúa su imagen con la de un ideal estético interiorizado y valorado por el individuo. A mayor discrepancia mayor será la insatisfacción con la imagen corporal, lo que conlleva al consecuente malestar psicológico y posibles alteraciones de la conducta alimentaria. En este sentido, autores como Heinberg et al. (1995), Striegel-Moore et al. (1999), Thompson (1990) han señalado que la comparación constante con modelos ideales de belleza, y la tendencia de ser consciente e internalizar normas relacionadas a la delgadez y al atractivo físico, son la causa fundamental de las alteraciones en la imagen corporal, especialmente de la insatisfacción corporal.

Esta discrepancia entre el cuerpo ideal y el actual sienta las bases para la insatisfacción corporal (Wertheim y Paxton, 2012). Por ello las personas obesas son vistas como descuidadas, poco saludables, feas y poco atractivas (Grilo, 1996). Para la mayoría de las mujeres ser bella es igual a ser delgada y, por lo tanto, cuanto más piensen que lo que es gordo es feo, lo delgado bello y lo bello bueno, más intentan adelgazar (Vásquez et al. 2000). De esa manera, se sienten más preocupadas por adelgazar, lo cual genera un círculo vicioso de insatisfacción con su cuerpo.

Específicamente en el área de la obesidad, diferentes estudios han encontrado una

relación inversamente proporcional entre el peso y la insatisfacción con la imagen corporal, donde a mayor grado de obesidad corresponde una mayor insatisfacción con la imagen corporal (Ghannadiasl, Hoseini, 2020; Weinberger et al., 2016).

Por ejemplo, Fox (1997) evaluó la variación en la insatisfacción corporal en adultos con sobrepeso y obesidad, considerando la contribución de la infancia, la familia y los factores actitudinales en esta variación. Evaluó 128 adultos obesos, 37 con sobrepeso y 34 con peso normal. Los resultados encontrados señalan que la insatisfacción corporal en los obesos se asoció con ser mujer, tener baja autoestima, tener sobrepeso en la infancia, ser objeto de burlas frecuentes sobre el peso y la figura durante la infancia, tener un locus de control interno del peso y tener una pareja que no las apoya.

Por otro lado, Sarwer et al. (1998) evaluaron en 79 mujeres obesas la gravedad e importancia clínica de la insatisfacción con la imagen corporal, encontrando que la gran mayoría demostraron insatisfacción con la imagen corporal relacionada con su obesidad. A su vez, la insatisfacción con la imagen corporal correlacionó significativamente con síntomas depresivos y baja autoestima. De igual forma, Herbozo et al. (2013) estudiaron los comentarios relacionados con la apariencia, la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios en 924 mujeres universitarias. Los autores encontraron que las mujeres con sobrepeso y obesas experimentaron mayores comentarios negativos con el peso y la apariencia, lo cual se asoció a menor satisfacción con la imagen corporal.

En población joven, Jang y Lee (2013) estudiaron el papel mediador de la insatisfacción con la imagen corporal en la salud mental en relación con el IMC y la autoestima en 576 estudiantes de 5to a 6to grado (296 niños y 280 niñas). Los autores encontraron que la mala salud mental se relacionó directamente con la insatisfacción con la imagen corporal, mientras que se relacionó indirectamente con el IMC y la autoestima. Además, la insatisfacción con

la imagen corporal tuvo un efecto directo e indirecto significativo en la salud mental solo para las niñas. Igualmente, Coelho et al. (2016) determinaron la prevalencia de la insatisfacción con la imagen corporal y factores asociados en una muestra de 529 adolescentes portugueses, encontrando una prevalencia insatisfacción con la imagen corporal del 58%, donde las variables asociadas fueron obesidad, ver televisión más de 2 horas al día.

Por su parte, Prabhu y D´Cunha (2019) evaluaron la prevalencia de insatisfacción con la imagen corporal en 309 adolescentes entre 10 y 19 años, con el objetivo de identificar factores de riesgo subyacentes a la salud mental. Los autores encontraron que tanto hombres como mujeres estaban igualmente preocupados por su apariencia y forma corporal. No solo los adolescentes con sobrepeso sino también con bajo peso tenían mayor insatisfacción. También encontraron una asociación positiva entre la salud mental y la autoestima con la insatisfacción con la imagen corporal, indicando que aquellos que estaban más insatisfechos tenían más probabilidades de tener una autoestima baja. En la misma línea, Delgado-Floody et al. (2020) exploraron la asociación entre los síntomas depresivos con la actividad física y la insatisfacción con la imagen corporal y el peso en adolescentes chilenos (269 niñas y 320 niños) encontrando que la depresión tuvo una asociación baja con la actividad física, la obesidad e la insatisfacción con la imagen corporal.

Escrivá et al. (2021) estudiaron si el estado ponderal tiene relación con la prevalencia de insatisfacción con la imagen corporal en 809 adolescentes mediterráneos entre 11 a 17 años. Encontraron una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 11.5% y de 2.7% respectivamente. Los autores encontraron que las adolescentes del sexo femenino y el período puberal tardío tenían una asociación significativa con la insatisfacción corporal, independientemente de su estado de peso. Wroblevski et al. (2022) evaluaron, en 97.036 estudiantes brasileños de 9no grado, el impacto de la insatisfacción con la imagen corporal

en variables asociadas a la salud mental, encontrando que aquellos estudiantes con insatisfacción corporal reportaban sentimientos de soledad, insomnio por motivos de ansiedad y dificultad para socializar, donde las chicas más afectadas que los chicos.

Sin embargo, otros estudios han encontrado que la relación entre insatisfacción con la imagen corporal y obesidad es muy heterogénea, encontrando obesos que no se sienten inconformes con su imagen corporal y otros sí, por lo que consideran difícil afirmar que todos los obesos presentan insatisfacción con su cuerpo (Annis et al. 2004; Fitzgibbon et al. 1993; Schwartz y Brownell, 2004).

A pesar de ello, la mayoría de las investigaciones reportadas sugieren una tendencia clara a considerar que las personas con sobrepeso y obesidad, independientemente de su edad, presentan insatisfacción con la imagen corporal y que dicha insatisfacción se asocia a ansiedad, depresión o baja autoestima, actuando como factor de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos severos. Por lo que su estudio resulta de vital importancia para determinar intervenciones eficaces para mejorar la salud mental de las personas que viven con obesidad.

Lo anteriormente mencionado relaciona estrechamente la insatisfacción con la imagen corporal con variables de tipo social, tal y como se ha evidenciado en apartados anteriores donde el ideal delgado valorado por la sociedad y estimulado por los medios (Jankauskiene y Baceviciene, 2020; Madanat et al., 2006; Neumark-Sztainer et. al., 2018; Rivarola y Penna, 2006; Tiggemann y Slater, 2001; Wertheim y Paxton, 2012) y la experiencia de burlas hacia el peso, ya sea en la adolescencia (Musher-Eizenman et al., 2004; Puhl et al., 2016) o en la adultez (Cash et al., 1986; Schvey et al., 2019), se configuran como factores de riesgo para el desarrollo de insatisfacción hacia la imagen corporal.

El estigma y la discriminación hacia las personas obesas plantean numerosas consecuencias para su salud física y psicológica (Puhl y Heuer, 2010). Las personas con sobrepeso y obesas reportan mayor frecuencia de burlas y acoso, mayor estrés en las relaciones con otros y peor calidad de vida en comparación con las personas normopeso (Albano et al., 2019). Ello ha originado un aumento en las preocupaciones por el cuerpo, aislamiento social, inadecuada calidad de vida, estado de ánimo deprimido, baja autoestima (Werrij et al., 2009; Ciangura et al., 2017), aumento de prevalencia de conductas adictivas como el tabaquismo, y el alcoholismo, mayor psicopatología en términos de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, así como una mayor mortalidad (Puhl y Heuer, 2009).

La sociedad y especialmente los medios de comunicación, culpan a las personas obesas por su exceso de peso llegando a pensar que esto puede ser un motivador para adoptar comportamientos más saludables (Flint et al., 2016; Kim y Willis, 2007; Puhl y Heuer, 2010; Rich y Evans, 2005). Sin embargo, la estigmatización implica invariablemente culpar a la persona de su condición (Thomas et al. 2008) y contribuye de esta manera al desarrollo de una autoimagen negativa y por ende a un mayor malestar psicológico. Enfatizan la responsabilidad del individuo obeso como artífice de su mala salud y responsable de sus problemas de peso debido a su pereza y sobrealimentación. El estigma que se ha desarrollado en torno a la obesidad asume que esta condición está bajo control de las personas que la padecen (Balko, 2004; Crandall y Biernat, 1990; Puhl y Brownell, 2001), considerándolo un asunto de responsabilidad personal (Sarwer y Grilo, 2020). De esta forma, un cuerpo delgado se ha asociado con autocontrol y disciplina, mientras que uno que no lo es con falta de autocontrol, excesiva complacencia, vicios y demás valores negativos; legitimando de alguna manera el rechazo y la discriminación hacia aquellos que no logran alcanzar el cuerpo

perfecto que demanda el estereotipo imperante (Cabrera García-Ochoa, 2010).

Lo anteriormente expuesto deja entrever la importancia que tiene el tema del control de la conducta para la explicación y tratamiento de la obesidad, aspecto que se desarrolla a continuación.

Control personal de la conducta

El tema del control de la conducta ha sido relevante por mucho tiempo en la comprensión de los problemas relacionados con la salud (Steptoe, 1989; Walker, 2001). A lo largo de los años, diversos autores han sostenido que la experiencia de control es una de las variables más críticas en el bienestar o psicopatología de las personas (Alloy et al., 1990; Bandura, 1989; Barlow, 2002; Seligman, 1991). Syme (1989) señala que existe una relación entre el control de la conducta y la aparición de diversas enfermedades, donde a mayores destrezas de control menor es la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

Wallston (2001) menciona que el control hace referencia a la capacidad de influir en lo que está sucediendo o sucederá. El grado de control que una persona percibe tener sobre los estresores es una de las variables más poderosas para determinar su impacto emocional, fisiológico y conductual (Salas-Auvert, 2008). En este sentido, el bienestar psicológico está asociado a la percepción de tener control, tanto sobre el ambiente interno (cogniciones, emociones, conductas y fisiología), como sobre el ambiente externo (interpersonal, material, político, económico).

Salas-Auvert (2008) señala que el control percibido influye en la forma en que las personas afrontan los eventos en sus vidas, donde aquellas con un fuerte control personal, las más efectivas para manejar diversas áreas del cotidiano. El autor concluye que estas personas

asumen sus responsabilidades, ya que ven en sus habilidades y esfuerzo la manera de obtener los resultados deseados.

El reconocimiento de la importancia del control personal de la conducta en diversas áreas de investigación ha llevado a creer que existe consenso en torno a este concepto. Sin embargo, la diversidad de conceptualizaciones en torno a él dificulta esclarecer el papel de dicha variable en las problemáticas estudiadas. Price et al. (2002) señalan que este constructo ha recibido diversas denominaciones, como, por ejemplo, locus de control (Rotter, 1966), desesperanza aprendida (Miller y Seligman, 1975), eficacia (Bandura, 1997), control personal (Gurin et al., 1978) y Maestría (Mastery - Pearlin y Schooler, 1978), y competencia personal percibida (Wallston, 1992), entre otros.

En virtud de esta gran variedad de conceptualizaciones, Syme (1989) reflexiona sobre la posibilidad de estar abordando diferentes aspectos de una variable más general denominada “control” y que, por tanto, el trabajo debe estar dirigido a establecer cuáles son los elementos que lo componen. En este sentido, Steptoe (1989), luego de revisar algunas investigaciones a nivel clínico, ocupacional y de laboratorio, identificó tres amplios aspectos evaluados del control: Control objetivo o conductual sobre las contingencias ambientales o eventos, control subjetivo o percibido y necesidad de control o creencias de control, los cuales podrían considerarse aspectos diferentes, pero complementarios de un constructo más general denominado control personal de la conducta. Sin embargo, el autor no profundiza sobre esta conceptualización, por lo que Lugli y Vivas (2001) se propusieron operacionalizar el constructo, seleccionando para ello tres variables específicas que representarán cada uno de los aspectos generales mencionados por Steptoe (1989).

En este sentido, Lugli y Vivas (2001) propusieron que el control objetivo o conductual podría referirse al control conductual ejercido por el individuo sobre su ambiente, el cual

identificaron como autorregulación o autocontrol. El segundo aspecto, denominado control subjetivo o percibido, se refiere a la percepción de control que tiene el individuo sobre los eventos o reacciones emocionales, y lo identificaron con la autoeficacia percibida. Finalmente, el tercer aspecto relacionado a las creencias de control del individuo lo asociaron al concepto de locus de control.

Lugli y Vivas (2001) señalan que es importante evaluar el papel de los tres componentes en cualquier área de estudio del ser humano, así como también de determinar la interacción de estos elementos para establecer con mayor precisión el efecto de la variable control sobre el comportamiento. Posteriormente, Lugli (2012) plantea que el control personal de la conducta no es una variable global o general que se mantiene estable en el tiempo, como si fuera un rasgo de personalidad. La autora sostiene que el control va a depender del contexto y del tiempo en el que se evalúe, apoyándose en los planteamientos de Phares (1976), Logue (1995) y Carver y Scheir (2000). Así, por ejemplo, explica Lugli (2012), una persona puede tener un alto control personal de la conducta en el área académica e igualmente presentar serios problemas para controlar su conducta alimentaria. De igual forma, es posible que esta persona presente el problema de control en el área académica en un momento específico de su vida, pero alcance nuevamente el equilibrio una vez subsanadas las dificultades experimentadas.

En consecuencia, bajo esta óptica, el control personal de la conducta deja de tener una concepción general y estable, para convertirse en una variable contextual y temporal, considerando relevante evaluar el papel del control personal de la conducta en sus tres aspectos o dimensiones de manera específica según el área de estudio (Lugli, 2012). Por tanto, en la presente investigación se abordan estas tres dimensiones relacionadas con el control del peso.

A continuación, se describen cada una de las tres variables implicadas en el control personal de la conducta según la propuesta de Lugli y Vivas (2001): Autorregulación, Autoeficacia y Locus de control.

Autorregulación

El modelo que se asume en esta investigación sobre la autorregulación es el propuesto por Bandura (1974) en su teoría social-cognitiva, quien sostiene que el hombre tiene la capacidad de influir y elegir el curso de acción a realizar; convirtiéndose un ente activo capaz de influir en el ambiente y ser influenciado por éste. Su conducta es el resultado del proceso mutuo de influencia ejercido en la interacción sujeto-ambiente y no el resultado de una determinación previa e inmodificable por eventos externos o internos (Bandura, 1987). En algunas situaciones las personas actúan para adaptarse, pero en otras, su conducta está motivada y regulada por criterios internos y reacciones auto-evaluadoras ante sus propios comportamientos, con la finalidad de autorregular su comportamiento (Bandura, 1987).

La autorregulación es entendida como la capacidad de la persona para motivarse y actuar con base en criterios internos y reacciones autoevaluadoras de sus propios comportamientos (Zimmerman, 1989). En ella se busca un cambio en los procesos autorreguladores más que un cambio directo de la conducta problema. El cambio deseado en los procesos reguladores traerá como consecuencia la modificación esperada del patrón conductual de la persona (Kanfer y Caroly, 1982). En este sentido, Bandura (1987, 1991) y Kanfer y Gaelik-Buys (1991) señalan que para lograr esta autorregulación se activan tres subfunciones que trabajan relacionadas entre sí: la autoobservación, la autoevaluación y la auto-reacción.

Auto-observación: Esta subfunción implica que el individuo preste atención a los aspectos relevantes de su conducta (topografía conductual, antecedentes y consecuentes), lo

que le permite obtener la información necesaria a fin de establecer criterios realistas para la ejecución y para la evaluación de los cambios presentes en su conducta (Bandura, 1991). En este sentido, la autoobservación cumple una función auto-diagnóstica al proporcionar la información necesaria para establecer relaciones funcionales entre las acciones y los eventos ambientales, lo que permite evaluar los cambios presentes en la conducta, y una función auto-motivadora, al generar auto-incentivos para la conducta futura y dirigir el cambio conductual como consecuencia de haber observado su conducta (Bandura, 1991).

Auto-evaluación: Con esta subfunción se espera que la persona establezca criterios para juzgar y guiar su conducta, los cuales según Bandura (1991) juegan un rol mayor en el ejercicio de la autodirección. Estos criterios se desarrollan a partir de distintos procesos de influencia social, ya sea por medio de la reacción de los demás a la conducta, por enseñanza directa o por modelado de los criterios exhibidos por los demás al emitir sus conductas (Bandura, 1987). La autoevaluación permite determinar cuáles comportamientos se seguirán ejecutando, cuáles no y cuáles serán objeto de modificaciones.

Auto-reacción: Esta subfunción se refiere a la capacidad de la persona de establecer auto-incentivos y responder evaluativamente a la propia conducta en función de la adaptación o no a su criterio interno (Bandura, 1987). La auto-reacción cumple una función motivadora, en virtud que las personas se establecen como regla lograr determinado comportamiento para obtener una consecuencia o meta deseada. En este sentido, tanto las satisfacciones anticipadas de los logros deseados, como las insatisfacciones por los logros no obtenidos, proporcionan el incentivo necesario para que se emitan aquellas acciones que aumentan la probabilidad de logros futuros (Bandura, 1987).

Como puede observarse, la autorregulación implica un proceso activo donde interactúan una serie de destrezas cognitivas y conductuales que permiten el logro de la meta

deseada. Sin embargo, para que estas destrezas sean exitosas en el logro deseado, debe considerarse el papel que juegan las creencias personales sobre la regulación de la conducta (Bandura, 1987). Variables cognitivas tales como las creencias sobre el control personal (Rotter, 1966; Levenson, 1973) y la autoeficacia percibida (Bandura, 1987) afectan de una manera u otra la autorregulación del comportamiento. La persona puede tener las destrezas necesarias para autorregular su comportamiento, pero si cree que los acontecimientos no son contingentes a su conducta, o que no es capaz de aplicar las destrezas con éxito, entonces probablemente no llevará a cabo el proceso de autorregulación. Por otro lado, puede pensar que es responsable de las consecuencias de su conducta, pero que no es capaz de controlarla, motivo por el cual es probable que decida no ejercer ningún tipo de acción sobre su comportamiento.

De lo anteriormente mencionado se desprende que el control de la conducta no depende solo de la efectividad de las estrategias de autorregulación, sino también de la interacción de éstas con las propias creencias de control personal y la percepción de eficacia para realizar las acciones, aspectos que se desarrollan en los siguientes apartados.

Autoeficacia Percibida

Bandura (1987) en su teoría social cognitiva conceptualiza la autoeficacia percibida como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (p. 416). El concepto hace referencia a la opinión que la persona tenga sobre lo que puede hacer con sus recursos y no a los recursos de los que disponga per se.

El postulado básico de la teoría de la autoeficacia señala que las percepciones de eficacia contribuyen causalmente a la conducta del ser humano, no es un simple reflejo del cambio conductual sino un determinante próximo del mismo (Bandura, 1977). El autor señala

que la autoeficacia percibida juega un papel fundamental en los resultados de la ejecución, debido a que la persona puede tener las habilidades conductuales y cognitivas necesarias para llevar a cabo el curso de acción, puede conocer que las consecuencias externas son favorables y gratificantes y aun así no realizar el comportamiento adecuado por cuanto se percibe ineficaz para ello. En consecuencia, Bandura (1987) señala que existen diferencias entre disponer de las capacidades y ser capaz de utilizarlas en diversos contextos. Es por ello por lo que personas con recursos similares, o una persona en diferentes situaciones, puede mostrar un rendimiento escaso, adecuado o extraordinario. Sin embargo, es importante señalar que las expectativas solas no producirán el resultado esperado si las capacidades necesarias están ausentes. Solo cuando el individuo posee las destrezas e incentivos adecuados, las expectativas de autoeficacia son el mayor determinante de la ejecución humana (Bandura et al. 1977). De esta forma, el funcionamiento competente de una persona requerirá un equilibrio sistemático entre la autopercepción de eficacia y la posesión de los conocimientos necesarios y habilidades requeridas para ejecutarse satisfactoriamente en determinada actividad (Gálvez et al. 2005).

Al detallar los mecanismos a través de los cuales las percepciones de eficacia afectan los resultados conductuales, la teoría de la autoeficacia evita el modelo de la “caja negra” para interpretar el comportamiento humano (Cervone y Scott, 1995) y establece una unión importante entre las cogniciones y la conducta. En este sentido, la teoría predice que las percepciones de autoeficacia influyen en la elección de tareas, en el esfuerzo empleado y en la persistencia al realizar una conducta (función motivacional), en las emociones y en la organización de las destrezas cognitivas (Cervone y Scott, 1995; Olivari y Urra, 2007). De igual forma, la autoeficacia ejerce una influencia indirecta sobre otros determinantes del

comportamiento tales como metas, expectativas de resultados, estados afectivos y perceptuales (Bandura, 1997).

Las creencias de eficacia se desarrollan por medio de cuatro fuentes principales de influencia: las experiencias de dominio, las experiencias vicarias, la persuasión social y como reacción a los estados psicológicos y emocionales (Bandura, 1989, 1999). La información que proporcionan estas cuatro fuentes varía de acuerdo con el contexto y al estadio del desarrollo evolutivo del ser humano (Bandura, 1987). En consecuencia, las percepciones de eficacia pueden diferenciarse sustancialmente de un dominio a otro (Cervone y Scott, 1995), aunque existe evidencia de que las expectativas de dominio personal pueden generalizarse a otras situaciones distintas a la conducta objetivo (Bandura et al., 1977). Las personas con historia de variadas y numerosas experiencias de éxito tendrán grandes expectativas de autoeficacia en más diversas situaciones que los individuos con experiencias limitadas de éxito (Sherer et al., 1982).

Finalmente, cabe mencionar que las creencias de autoeficacia pueden verse influenciadas por las creencias de control percibido que tenga la persona. Es decir, las evaluaciones cognitivas de las causas de la propia conducta pueden delimitar de alguna manera la autoeficacia percibida como consecuencia de los logros conductuales (Bandura, 1977). En este sentido, la persona que tiende a pensar que puede controlar su conducta creerá que es capaz de realizar determinada ejecución, mientras que aquella que piensa que su conducta depende exclusivamente de factores externos, tendrá sentimientos de ineffectividad y se creerá incapaz de llevar a cabo la ejecución. Es más probable que el éxito estimule la autoeficacia si el individuo percibe que su ejecución es el resultado de sus destrezas y no de eventos fortuitos o externos (Bandura, 1977). En consecuencia, parece lógico suponer que

individuos con un locus de control interno, tendrán mayores expectativas de autoeficacia que aquellos con un locus de control externo (Sherer et al., 1982).

Locus de Control

El locus de control ha sido una medida ampliamente utilizada dentro y fuera de la psicología para vincular las creencias con la acción individual, demostrando su capacidad para condicionar ámbitos tan diversos como la educación, la salud, la movilidad laboral y los consumos culturales (De Grande, 2013). Es una variable que expresa el grado de responsabilidad que el sujeto asume por lo que le acontece.

Rotter (1966) y Levenson (1973) adoptaron este término para referirse a las creencias sobre el control personal. Específicamente, Rotter (1954, 1990) lo define como el grado en que una persona percibe una consecuencia particular como producto de su propio comportamiento versus el grado en que este comportamiento está controlado por fuerzas externas. Definió como locus de control interno a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta propia, y al locus de control externo como creencia de que esos acontecimientos son dependientes de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás (Rotter, 1966, 1990). Para Rotter, la percepción del control es dicotómica pues varía entre dos polos excluyentes (internalidad – externalidad), por lo que su teoría fue denominada unidimensional (Tamayo, 1993).

Por su parte, Levenson (1973) consideró que el locus de control externo se subdividía en dos dimensiones independientes, donde las personas que creen que el mundo es caótico (el azar es decisivo) piensan y se conducen de manera diferente que las personas que creen que el mundo es ordenado, pero otros poderosos tienen el control. Oros (2005) señala que Levenson asoció el concepto de fatalismo a los términos azar, suerte, destino y sucesos accidentales, mientras que otros poderosos a la acción de atribuir a otros lo que a uno le

sucede. Para Levenson (1973) las personas con locus de control externo presentan todavía potencial para desarrollar un control interno, mientras que aquellos que creen en el azar, no. De esta forma, Levenson (1973) estableció tres factores en lugar de dos: Interno (I), otros poderosos (OP) y azar (A).

El comportamiento de una persona va a depender de la cantidad de control que crea poseer, la cual determina a su vez la posibilidad de predicción y control de su propia conducta (Puertas López, 1990). No obstante, las personas varían en el grado en el que sienten que ellos controlan su vida o que son controlados por fuerzas externas a ellas, de hecho, pueden existir variaciones en el grado de internalidad y externalidad reportada por una persona (Rotter, 1971). Así, cuando una persona cree que es responsable de una acción y que los resultados exitosos son debidos a su ejecución, la conducta es voluntaria y no depende de contingencias externas, manifestando en consecuencia un locus de control interno. Al contrario, si la persona cree que la situación no es controlable, probablemente no llevará a cabo la conducta (Abusabha y Achterberg, 1997). De lo anteriormente expuesto sobre el locus de control se desprende que el grado de control que la persona crea tener ante una situación influirá en la decisión de ejecutar o no un comportamiento (González y Lugli, 2012).

Sin embargo, Rotter (1975) señala que debe evitarse asumir que las características de las personas con un locus de control interno son todas positivas y las cualidades de las personas con un locus de control externo son negativas. A pesar de esta precaución, Evans, Shapiro y Lewis (1993) y Furby (1979) sostienen que la investigación y la práctica en el área han estado sesgada por la suposición popular de que un control interno es más deseable que un control externo. Marks (1998) reflexiona que este sesgo es el resultado de la influencia de la ideología cultural occidental que siempre ha dado un alto valor a la autonomía personal.

De esta forma, impulsados por la creencia de que la internalidad es más deseable que la externalidad, a lo largo de los años los investigadores han encontrado continuamente evidencias que confirman sus hipótesis (Marks, 1998).

Considerando este sesgo, De Grande (2013) sostiene que la interpretación de internalidad y externalidad debe realizarse siempre considerando el contexto práctico de interés, con el objetivo de evitar asociar la internalidad con un estado general de mayor bienestar psicológico y general, así como con mejores rendimientos independientemente de la tarea. Deben tomarse en cuenta los matices según los cuales la internalidad y la externalidad pueden resultar favorables o adversos a las personas en función de los escenarios y las coyunturas en que se encuentren o que se propongan afrontar (De Grande, 2013).

Control personal de la conducta y peso

Tal y como se mencionó en apartados anteriores, el tema del control del peso está presente en la vida de las personas, ya sea por razones de estética o por razones de salud (Malo Serrano et al., 2017). La obesidad se ha asociado a un control deficiente de la persona y a la presencia de problemas psicológicos (Ogden, 2019), así como a cambios importantes en la alimentación de la población, al patrón de actividad física y a otros factores de índole sociocultural (Peña y Bacallao, 2001; Brannon et al., 2018).

Es por ello por lo que los esfuerzos están dirigidos a la modificación del estilo de vida mediante la implementación de conductas saludables, especialmente en los estilos de alimentación y práctica de ejercicios (Gurung, 2019; OMS, 2018). Ello exige la participación de la persona, quien debe asumir responsabilidad en su proceso de pérdida de peso para mejorar su estado de salud y por ende su calidad de vida. Tal y como señalan Román et al. “Para que las acciones dirigidas al control del peso corporal sean efectivas, el individuo debe

realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimenticia y mantener un adecuado gasto calórico mediante la práctica regular de ejercicios físicos” (2007, pp. 47).

En este sentido, la revisión de la literatura permite ver cómo las variables de control a través del entrenamiento en modificación de conducta se consideran indispensables para alcanzar o mantener un peso adecuado (Tyler et al., 2007). El entrenamiento en habilidades de autorregulación, por ejemplo, constituye un punto clave en los programas de pérdida de peso (Larraburu, 2004; Ochoa, 1996; Polanco, 1979; Saldaña, 1994; Saldaña y Rossell, 1988) a pesar de que los estudios muestran resultados contradictorios. Por ejemplo, la revisión de investigaciones realizada por Buela-Casal et al. (1991) sobre algunas estrategias de autorregulación sugiere la ineffectividad de estas estrategias.

Contrariamente, Baker y Kirschenbaum (1993) y Blundell (2000) reportaron resultados satisfactorios en la pérdida de peso usando el autorregistro como estrategia de autorregulación. Por su parte, Wing et al. (2006), también encontraron que el entrenamiento en autorregulación se asoció con mayor pérdida de peso en personas obesas, tanto si la intervención se hacía vía internet como de manera presencial. En diferentes estudios, Anessi y Gorjala (2010); Annesi (2013); Annesi et al. (2015); Gianessi, (2012) y Halberstadt et al. (2017) encontraron que el entrenamiento en autorregulación para el ejercicio y la alimentación tiene un efecto positivo en la autoeficacia y en la pérdida de peso y concluyen que son variables que deben considerarse tanto en la teoría como en el tratamiento conductual de la obesidad. Kalavana et al. (2010) y de Tam et al. (2010) encontraron que la autorregulación se relaciona positivamente con el desarrollo de hábitos de alimentación saludable. Contrariamente, Annesi y Porter (2013) y Carraca et al. (2013) señalan que una persona con obesidad y baja autorregulación difícilmente logrará mejorar su estado nutricional.

En el área infanto juvenil, existe evidencia de que inadecuados niveles de autorregulación de hábitos alimentarios y de actividad física se asocian con el sobrepeso y la obesidad, y que la mejora en la autorregulación se asocia al éxito en la pérdida de peso (Campos Uscanga et al., 2014; Evans et al., 2011; Matthews y Moran, 2012). En el área infantil, Dalton y Kitzmann (2014) realizaron una revisión sistemática de la literatura donde concluyen que aquellos programas que entrenan a los niños y adolescentes en control de estímulos y en automonitoreo, así como a sus padres a utilizar reforzamiento, producen mejores resultados a largo plazo en la pérdida de peso que aquellos programas que no toman en cuenta estas estrategias. Lowe (2003) revisa el papel de la autorregulación en el insumo de alimentos y recoge una vasta evidencia de que las intervenciones que se enfocan en el automanejo de la disponibilidad, estructura, la composición y el tamaño de las porciones de los alimentos en las dietas, mejoran el control del peso a largo plazo.

Por otro lado, las investigaciones señalan que la autoeficacia percibida es una variable que influye en el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción del peso (Baird et al., 2014; Bernier y Poser, 1984; Bernier y Avard, 1986; Clark et al., 1996; Dennis y Goldberg, 1996; Martín et al., 2004; Prestwich et al., 2013; Warzinski et al., 2008) y en el posterior mantenimiento de las pérdidas de peso alcanzadas (Elfhag y Rossner, 2005; Saldaña, 1994). Igualmente, la autoeficacia ha sido asociada al incremento de dietas ricas en fibra (Hagler et al., 2007), al decremento de la ingesta de grasas (Nelson et al., 2007; Schwarzer y Renner, 2000) y al incremento del consumo de vegetales y frutas (Hagler et al., 2007; Henry et al., 2006; Kreausukon et al., 2012). En relación con la actividad física, las investigaciones sugieren que las intervenciones de autoeficacia son efectivas para aumentar el gasto de energía durante el ejercicio físico, por ejemplo, en mujeres inactivas con sobrepeso y obesas (Buckley, 2016), en adolescentes hispanas (Alert et al., 2019) y en personas obesas

(Robertson et al., 2019). Finalmente, se ha demostrado la importancia de la intervención en autoeficacia para la reducción de conductas de riesgo para el desarrollo de la obesidad tanto en adultos (Liou y Kulik, 2020), como en niños (Gómez-Peresmitré et al., 2019).

En lo que respecta al locus de control, algunos estudios han intentado ahondar en las características del locus de control que predomina en las personas obesas, encontrando resultados contradictorios. Rodin et al. (1989) señalaron que las personas con mayor externalidad son las que atribuyen su sobreingesta a eventos externos que están fuera de su control, contribuyendo al desarrollo de la obesidad. Ello coincide con el resultado obtenido por Cioffi (2002) quien sugiere menor control interno sobre la ingesta de alimentos en obesos, debido a la asociación que éstos hacen de su ingesta con elementos externos. Contrario a estos estudios, Mills (1994) y Mills y Cullen (1994) encontraron la presencia de un mayor locus de control interno en personas obesas.

Por otro lado, algunos estudios han intentado de esclarecer el papel del locus de control en la pérdida de peso, hábitos alimentarios y actividad física. Por ejemplo, se ha encontrado que el locus de control interno facilita la reducción de peso y promueve el mantenimiento del peso posterior al tratamiento (Adolfsson et al., 2005; Anastasiou et al., 2015; Hjordis et al., 1989; Saltzer, 1982), así como también se asocia a la adopción y mantenimiento de comportamientos alimentarios saludables en adolescentes (Tabak, Piyal, Çelen et al., 2009). En su estudio, Anastasiou et al. (2015) encontraron que las personas con un locus de control interno informaron con mayor frecuencia buscar perder peso por sí mismas, mientras que las personas con locus de control externo buscaban principalmente la ayuda de un experto. Cheng y Furnham (2019) encontraron que el locus de control durante la infancia se asocia a la obesidad en el adulto, donde aquellos con creencias externas tienden a ser más fatalistas y atribuyen su tamaño a factores genéticos y ambientales sobre los que

tienen poco control. Contrariamente, los resultados del estudio de Link y Jacobson (2007) no apoyan la idea del efecto predictor del locus de control en la adhesión a cambios en la dieta alimenticia. De igual forma, Von Lengerke et al. (2007) no han encontrado relación entre el locus de control interno o externo y la obesidad en personas adultas.

Como puede observarse en los párrafos anteriores, las variables de control personal propuestas por Lugli y Vivas (2001) han sido estudiadas en relación con los resultados obtenidos en programas de pérdida de peso y variables asociadas, tales como el mantenimiento del peso perdido posterior al tratamiento, tipo de alimentos ingeridos y actividad física, dejando clara la importancia de estas variables en el tratamiento para de pérdida de peso y en la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Estos resultados reflejan la importancia que tiene el control de la conducta en la vida cotidiana de las personas, apoyando la postura de Walker (2011) quien sostiene que el control percibido puede moldear la forma en como las personas se comportan, piensan o sienten sobre los problemas de la vida. El autor también sostiene que el término 'control' se ha definido de diversas formas, pero que en general se relaciona con el logro de un resultado u objetivo deseado, como, por ejemplo, la supervivencia del individuo/especie, la protección de la salud y el bienestar o la satisfacción de las demandas culturales, ideológicas, sociales y materiales.

En este sentido, considerando el papel que puede tener el control tanto a nivel de salud física y mental, así como en relación a las demandas del contexto, el presente estudio se plantea determinar el rol moderador que el control personal de la conducta pueda tener en la influencia de variables de tipo sociocultural sobre la satisfacción con la vida en personas con obesidad.

III.- MÉTODO

Hipótesis

Hipótesis general

El control personal en sus tres dimensiones: Autorregulación del peso, autoeficacia en el control del peso y locus de control del peso, modera la influencia de las actitudes hacia la apariencia física, la percepción de burlas y la insatisfacción con la imagen corporal sobre la satisfacción con la vida en personas obesas.

Hipótesis específicas

A niveles altos de autorregulación del peso, menor es el impacto negativo de las actitudes hacia la apariencia física, la percepción de burlas y la insatisfacción con la imagen corporal sobre la satisfacción con la vida en personas obesas, que cuando existen niveles bajos de autorregulación del peso.

A niveles altos de autoeficacia en el control del peso, menor es el impacto negativo de las actitudes hacia la apariencia física, la percepción de burlas y la insatisfacción con la imagen corporal sobre la satisfacción con la vida en personas obesas, que cuando existen niveles bajos de autoeficacia en el control del peso.

A niveles altos de locus interno del control del peso, menor es el impacto negativo de las actitudes hacia la apariencia física, la percepción de burlas y la insatisfacción con la imagen corporal sobre la satisfacción con la vida en personas obesas, que cuando existen niveles bajos de locus interno del control del peso.

A niveles altos de locus por otros poderosos del control del peso, mayor es el impacto negativo de las actitudes hacia la apariencia física, la percepción de burlas y la insatisfacción

con la imagen corporal sobre la satisfacción con la vida en personas obesas, que cuando existen niveles bajos de locus por otros poderosos del control del peso.

A niveles altos de locus por azar del control del peso, mayor es el impacto negativo de las actitudes hacia la apariencia física, la percepción de burlas y la insatisfacción con la imagen corporal sobre la satisfacción con la vida en personas obesas, que cuando existen niveles bajos de locus por azar del control del peso.

Población y Muestra

Población

La población de la presente investigación estuvo conformada por todas las personas obesas que asistían a los siguientes centros privados de tratamiento especializados en la pérdida de peso de la ciudad de Maracay y que dieron su consentimiento para recolectar los datos: Centro Médico de Maracay, Centro de especialidades Médicas Calicanto, Hospital de Clínicas las delicias, Centro de Adelgazamiento “Fast”, Centro Médico de Adelgazamiento “Obesiesbelt” y Centro Médico Docente Adaptógeno-Medicina Sistémica.

Muestra

Se utilizó una muestra no probabilística intencional, ya que todos los elementos de la población no tuvieron la misma probabilidad de ser escogidos, debido a que su elección dependió de las características de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

La muestra estuvo compuesta por 317 personas adultas obesas que asistían a tratamiento, 102 hombres y 215 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 57 años (media 33.36, desviación típica 8.88).

Según el índice de masa corporal (media 34.45, desviación típica 2.75) participaron 202 personas con obesidad grado 1 (IMC entre 30-34.9), 102 con obesidad grado 2 (IMC entre 35-39.9) y 14 con obesidad grado 3 (IMC \geq 40).

Encontramos un 47.6% del total (n=151) con nivel de instrucción medio (bachillerato), el 22.4% del total (n=71) con nivel de instrucción bajo (menor a bachillerato completo) y 26.5 % (n=84) nivel de instrucción alto (superior a bachillerato). Un 3.5% (n=11) no reportó dicha información.

Variables

Variable predicha

Satisfacción con la vida

Definición conceptual: La satisfacción con la vida hace referencia al componente cognitivo del bienestar subjetivo del individuo (Diener et al., 1985).

Definición operacional: Puntuación obtenida en The Satisfaction With Life Scale (SWLS) de Diener et al. (1985), validada por Guzmán y Lugli (2009). Es una escala unidimensional constituida por 5 ítems, respondidos en una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde “definitivamente en desacuerdo” (0) hasta “definitivamente de acuerdo” (4), donde puntajes altos corresponden a altos niveles de satisfacción con la vida (Ver anexo A).

Variables predictoras

Insatisfacción con la imagen corporal

Definición conceptual: Desagrado por el peso y la forma corporal y también una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (Cooper et al., 1987).

Definición operacional: Puntuación obtenida en el Body Shape Questionnaire

(BSQ) de Cooper et al. (1987), adaptado y validado por Guzmán y Lugli (2009). Es un cuestionario unidimensional constituido por 30 ítems, respondidos en una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde “Nunca” (0) hasta “Siempre” (5), donde puntajes altos corresponden a altos niveles de insatisfacción con la imagen corporal (Ver anexo B).

Percepción de burlas

Definición conceptual: Mensajes verbales cuyos contenidos ridiculizan la apariencia del otro, especialmente en características como peso, talla o aspecto físico, cuyo significado e interpretación puede variar de acuerdo a la sensibilidad de la persona (Thompson et al., 1991).

Definición operacional: Puntuación obtenida en The Perception Teasing Scale (POTS) de (Thompson et al., 1991), adaptado y validado por Guzmán y Lugli (2009). Es una escala constituida por dos subescalas (frecuencia- intensidad) con 11 ítems para cada una, respondidos en una escala de 5 puntos que van desde “Nunca” (1) hasta “Siempre” (5) y “No me molesta” (1) hasta “Me molesta mucho” (5), donde puntajes altos indican altos niveles de percepción de burla en cada dimensión (Ver anexo C).

Actitud hacia la apariencia física

Definición conceptual: Disposición positiva o negativa hacia el ideal estético corporal propuesto por la sociedad, reforzado por los medios de comunicación e interiorizado por la mayoría debido a la fuerte dependencia entre la autoestima y el atractivo físico en esa cultura (Thompson et al., 2004).

Definición operacional: Puntuación obtenida en The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATQ-3), de Thompson et al. (2004), adaptado validado para la presente investigación por Guzmán y Lugli (2009). Es una escala constituida por 39 ítems, respondidos en una escala tipo likert de 5 puntos que van desde “Definitivamente en

desacuerdo” (0) hasta “Definitivamente de acuerdo” (5), donde puntajes altos corresponden a una actitud positiva hacia la apariencia (Ver anexo D).

Variables Moderadoras

Autorregulación del peso corporal

Definición Conceptual: Capacidad de la persona para guiar su conducta, a través de la auto-observación, creación de guías proximales y la utilización de auto-incentivos para sus propios esfuerzos (Bandura, 1987), específicamente las conductas relacionadas con el control del peso, tales como hábitos alimentarios y actividad física.

Definición operacional: Puntuación obtenida en el inventario de Autorregulación del peso de Lugli et al. (2009). El inventario está constituido por 29 ítems respondidos en una escala likert de 4 alternativas que van de “Nunca” (0) hasta “Siempre” (3), pertenecientes a dos dimensiones “Autorregulación de los hábitos alimentarios” (16 ítems) y “Autorregulación de la actividad física” (13 ítems). La puntuación en cada dimensión resulta de la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems que la componen, donde a mayor puntaje mayor autorregulación en el aspecto medido por la dimensión, donde puntajes altos indican mayor autorregulación (Ver anexo F).

Autoeficacia percibida en la regulación del peso corporal

Definición Conceptual: Juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base con los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado de su conducta (Bandura, 1987), específicamente las capacidades relacionadas con el control del peso, tales como hábitos alimentarios y actividad física.

Definición Operacional: Puntuación obtenida en el Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control del Peso de Román et al. (2007). El inventario está constituido por 37 ítems respondidos en una escala tipo Likert de 4 alternativas, que van de “Incapaz de

poder hacerlo” (0) hasta “Seguro de poder hacerlo” (3), pertenecientes a tres dimensiones “Estilo de alimentación y Externalidad” (20 ítems), “Actividad física programada” (9 ítems) y “Actividad física cotidiana” (8 ítems). La puntuación en cada dimensión resulta de la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems que la componen, donde a mayor puntaje mayor autoeficacia percibida en el aspecto medido por la dimensión, donde puntajes altos indican mayor autoeficacia percibida (Ver anexo G).

Locus de control en la regulación del peso corporal

Definición Conceptual: Grado en que la persona percibe una consecuencia particular como producto de su propio comportamiento versus el grado en que este comportamiento está controlado por fuerzas externas (Rotter, 1954), específicamente en relación con las conductas asociadas al control de su peso, tales como hábitos alimentarios y actividad física.

Definición Operacional: Puntuación obtenida en cada una de las dimensiones del Inventario de Locus de control del peso de Lugli y Vivas (2011). El inventario está constituido por 16 ítems respondidos en una escala tipo likert de 4 alternativas, que van de “Totalmente en desacuerdo” (0) hasta “Totalmente de acuerdo” (3), pertenecientes a tres dimensiones “Interno” (6 ítems); “Otros Poderosos” (5 ítems) y “Azar” (5 ítems). La puntuación en cada dimensión resulta de la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems que la componen, donde puntajes altos indican mayor locus de control en el aspecto medido por la dimensión (Ver anexo H).

Variables controladas

Instrucciones: Todos los participantes recibieron las mismas instrucciones.

Secuencia de aplicación de los instrumentos: El orden de aplicación de los instrumentos fue el mismo para todos los participantes.

Entrenamiento a encuestadores: Se realizó un entrenamiento a tres encuestadores en la aplicación de los cuestionarios, para la recolección de la muestra

Índice de masa corporal: se consideraron aquellos participantes con un índice de masa corporal ≥ 30 puntos.

Tipo y Diseño de Investigación

Se realizaron una investigación de tipo no experimental de campo, con un diseño no experimental, transversal de tipo causal. Fue una investigación no experimental según Kerlinger y Lee (2002) ya que corresponde a “la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables” (p. 504). De campo porque se realizó en un ambiente natural y se pretendió identificar de forma no experimental las relaciones que existían entre las variables de interés (Kerlinger y Lee, 2002).

Fue un diseño no experimental debido a que no se posee control directo sobre las variables independientes, ya que no puede haber manipulación ni asignación aleatoria (Kerlinger y Lee, 2002). Transversal, debido a que busca recolectar los datos en un momento único en el tiempo (Hernández et al., 2003). De tipo causal porque buscó determinar la influencia de una variable a partir de otras, según las condiciones de otras (Hernández et al., 2003).

Instrumentos de recolección de información

Hoja de historia de datos personales (Anexo A)

Consistió en un conjunto de preguntas que permitieran recolectar datos generales de los participantes, tales como edad, sexo, estatura, peso, enfermedades, si ha hecho dietas entre otras preguntas relacionadas con su historia de dietas.

Escala de satisfacción con la vida (SWLS) (Diener et al., 1998; adaptación y validación por Guzmán y Lugli, 2009). (Anexo B)

Estructura de la escala: consta de 5 ítems, y evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida, los individuos indican su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala de 5 puntos tipo Likert que va desde “definitivamente en desacuerdo” (0) hasta “definitivamente de acuerdo” (4). El rango de puntuación va de 0 a 35 puntos, donde altos puntajes indican altos grados de satisfacción. La corrección de la prueba se realiza asignando a cada ítem un valor de acuerdo a la alternativa seleccionada, y luego se suman para obtener el puntaje total en la prueba.

Confiabilidad y Validez: Para la validación venezolana, en una muestra de 552 estudiantes universitarios, el análisis factorial exploratorio mostró una estructura unifactorial que explicó el 88,298 % de la varianza, con elevados pesos factoriales en sus ítems (Guzmán y Lugli, 2009). Estos resultados son cónsonos a los planteamientos teóricos del autor, quien establece que los 5 ítems que constituyen la escala evalúan un constructo unidimensional, específicamente la dimensión cognitiva del bienestar psicológico (Diener et al., 1985).

Para el cálculo de la confiabilidad en el estudio de Guzmán y Lugli (2009) se utilizó índice de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.967, lo que es indicativo de una alta homogeneidad de los ítems, lo que puede afirmarse que los miden aspectos de una misma dimensión .

Cuestionario de figura corporal (BSQ) (Cooper et al., 1987; adaptación y validación por Guzmán y Lugli (2009). (Anexo C)

Estructura de la escala: El cuestionario consta de 34 ítem referentes a la autoimagen, que se evalúan mediante una escala de frecuencia de seis puntos que va desde “Nunca” (0) y “Siempre” (5), de modo que el rango de la prueba es 0 a 204 puntos. Puntajes altos en el cuestionario reflejan mayor insatisfacción con la propia imagen corporal. La corrección de la prueba se realiza asignando a cada ítem un valor de acuerdo a la alternativa seleccionada, y luego se suman para obtener el puntaje total en la prueba.

Confiabilidad y Validez: Para la validación venezolana, en una muestra de 552 estudiantes universitarios, el análisis factorial exploratorio sugirió una estructura unidimensional que explicó el 65.719 % de la varianza total, agrupando los ítems en un factor denominado insatisfacción con la imagen corporal. A pesar de que la validación original señala la presencia de 4 factores, los autores de la prueba sostienen que el constructo realmente es unidimensional (Cooper et al., 1987), apoyando de esta manera el resultado obtenido por Guzmán y Lugli (2009).

Para el cálculo de la confiabilidad, en el estudio venezolano, se utilizó índice de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.981, lo que es indicativo de una alta homogeneidad de los ítems, lo que puede afirmarse que los miden aspectos de una misma dimensión (Guzmán y Lugli, 2009).

Escala de percepción de burlas (POTS) (Thompson et al. 1995; Traducido, Adaptación y validación por Guzmán y Lugli, 2009). (Anexo D)

Estructura de la escala: Está constituida por 11 ítems que miden las burlas acerca del peso y burlas sobre el grado de competencia. Los ítems son contestados en función de dos subescalas de respuestas, una de frecuencia y otra de intensidad. La puntuación de la

subescala de frecuencia en formato Likert va desde “Nunca” (1) hasta “Frecuentemente” (5). La puntuación de la subescala de intensidad en formato likert va desde “No me molesta” (1) hasta “Me molesta mucho” (5). Puntajes altos en cada escala indican una mayor percepción de burlas, ya sea en términos de frecuencia o intensidad. La corrección de la prueba se realiza asignando a cada ítem un valor de acuerdo a la alternativa seleccionada, y luego se suman para obtener el puntaje total en la prueba y en cada una de las dimensiones.

Confiabilidad y Validez: Para la validación venezolana, en una muestra de 552 estudiantes universitarios, el análisis factorial exploratorio sugirió la presencia de 2 factores que explicaron el 72.240% de la varianza total, para la subescala de frecuencia. El factor 1 se denominó “Burlas acerca del peso” y explicó el 54.340% de la varianza total. El factor 2 se denominó “Burlas acerca de las Competencias” y explicó el 19.899% de la varianza total.

Para la subescala de intensidad, el análisis factorial exploratorio, sugirió también la presencia de dos factores. La solución factorial de dos factores explicó el 72.240% de la varianza total. El factor 1 se denominó “Burlas acerca del peso” y explicó el 50.846% de la varianza total. El factor 2 se denominó “Burlas acerca de las Competencias” y explicó el 20.948% de la varianza total.

En el estudio anterior, para el cálculo de la confiabilidad se utilizó el índice de consistencia interna, con un alfa de Cronbach para cada factor. En la subescala de frecuencia se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.941 en el factor 1 “Burlas acerca del Peso” y de 0.870 para el factor 2 “Burlas acerca de las Competencias”. Para la subescala de intensidad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.925 en el factor 1 “Burlas acerca del Peso” y de 0.872 para el factor 2 “Burlas acerca de las Competencias”. Para la escala total el alfa de Cronbach fue de 0.901. Los resultados sugieren unos niveles de fiabilidad satisfactorios, indicativos de la homogeneidad de los ítems que componen cada factor (Guzmán y Lugli, 2009).

Escala de actitudes socioculturales hacia la apariencia o SATAQ-3. (Thompson et al., 2004; adaptación y validación por Guzmán y Lugli, 2009). (Anexo E)

Estructura de la escala: Consta de 39 ítems que miden el impacto que los aspectos socioculturales tienen sobre la imagen de la persona en función de 6 dimensiones: importancia, presión, internalización tv/revistas, internalización atletas, internalización comparación, y conciencia. Los individuos indican su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala de 5 puntos tipo Likert que va desde “definitivamente en desacuerdo” (0) hasta “definitivamente de acuerdo” (4). Altos puntajes en esta escala se corresponden con actitudes influidas socioculturalmente por el ideal estético predominante. La corrección de la prueba se realiza asignando a cada ítem un valor de acuerdo a la alternativa seleccionada, y luego se suman para obtener el puntaje total en la prueba y para cada uno de los factores.

Confiabilidad y Validez: Para la validación venezolana, en una muestra de 552 estudiantes universitarios, el análisis factorial exploratorio sugirió una estructura de 3 factores que explicaron el 66.919% de la varianza total, manteniendo coherencia teórica a pesar de no replicar la estructura de 4 factores obtenida por los autores. El factor 1 hace referencia a la dimensión denominada “presión”, e incluye a los ítems representativos de la presión a la que el individuo cree ser sometido y que siente como tal en relación a la apariencia física, la cual proviene de los medios relacionados con tv, revistas y películas; explicando el 50% de la varianza total. El factor 2, explicó el 10.533 % de la varianza total y se refiere a la dimensión denominada “conciencia” y contiene a los ítems relacionados con la conciencia que tiene el individuo de la influencia del aspecto físico en la vida social.

El factor 3, explicó el 6.386% de la varianza total y corresponde a la dimensión denominada “importancia”, constituido por los ítems que hacen referencia a la importancia

que le asigna el sujeto a los medios (tv, cine, revistas, comerciales, estrellas de cine, etc.) como fuentes fundamentales de información sobre la apariencia física.

En el estudio de Guzmán y Lugli (2009), para el cálculo de la confiabilidad se utilizó índice de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.964 para el factor 1 “presión”; de 0.956 para el factor 2 “conciencia” y de 0.934 para el factor 3 “importancia” y para la escala total fue de 0.972. Los resultados encontrados permiten afirmar que los ítems en que se agrupan los factores poseen una alta homogeneidad, es decir que los ítems pertenecientes a cada factor miden aspectos de una misma dimensión.

Inventario de autorregulación del peso corporal (Lugli et al. 2009) (Anexo F)

Estructura de la escala: El inventario mide el auto-reporte de las habilidades de autorregulación según la teoría social cognitiva de Bandura (1987) aplicadas al control del peso en dos áreas: hábitos alimentarios y actividad física. Constituido por 29 ítems que son respondidos en una escala tipo likert de cuatro alternativas, que van de “Nunca” (0) hasta “Siempre” (3). La corrección de la prueba se realiza asignando a cada ítem un valor de acuerdo a la alternativa seleccionada, y luego se suman para obtener el puntaje total en la prueba y en cada una de las dimensiones, donde a mayor puntaje mayor autorregulación en el proceso de control de peso.

Confiabilidad y Validez: En una muestra de 235 estudiantes universitarios venezolanos se realizaron los estudios de confiabilidad y validez. La estructura factorial encontrada de 2 factores explicaron el 50.33% de la varianza total. El primer factor denominado “Autorregulación de los hábitos alimentarios” (16 ítems) explicó el 37.685% de la varianza total. El segundo factor denominado “Autorregulación de la actividad física” (13 ítems) explicó el 12.652% de la varianza.

Para el cálculo de la confiabilidad se utilizó índice de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.91 para en factor 1 “Autorregulación de los hábitos alimentarios” y de 0.93 para el factor 2 “Autorregulación de la actividad física”. Los resultados encontrados permiten afirmar que los ítems en que se agrupan los factores poseen una alta homogeneidad, es decir que los ítems pertenecientes a cada factor miden aspectos de una misma dimensión.

Inventario de Autoeficacia en la regulación del peso corporal (Román et al., 2007) (Anexo G)

Estructura de la escala: El inventario mide la percepción de autoeficacia en actividades relacionadas con el control del peso, tales como hábitos alimentarios y actividad física. Constituido por 37 ítems que son respondidos en una escala likert de cuatro alternativas, que van desde “Incapaz de poder hacerlo” (0) hasta “Seguro de poder hacerlo” (3). La corrección de la prueba se realiza asignando a cada ítem un valor de acuerdo a la alternativa seleccionada, y luego se suman para obtener el puntaje total en la prueba y en cada una de las dimensiones, donde a mayor puntaje mayor autoeficacia percibida para el control del peso.

Confiabilidad y validez: En una muestra de 439 estudiantes universitarios venezolanos, la estructura factorial encontrada de 3 factores explicó el 44.083 % de la varianza total. El primer factor denominado “estilos alimentarios y externalidad” (20 ítems) explicó el 17.283% de la varianza total. El segundo factor denominado “actividad física programada” (9 ítems) explicó el 14.525% de la varianza. Finalmente, el tercer factor “actividad física cotidiana” (8 ítems) explicó el 12.275% de la varianza.

Para el cálculo de la confiabilidad se utilizó índice de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.88 para en factor 1 “estilos alimentarios y externalidad”, de 0.91 para el factor 2 “actividad física programada” y de 0.88 para el factor 3 “actividad física cotidiana”.

Los resultados encontrados permiten afirmar que los ítems en que se agrupan los factores poseen una alta homogeneidad, es decir que los ítems pertenecientes a cada factor miden aspectos de una misma dimensión.

Inventario de Locus de control del peso (Lugli y Vivas, 2011) (Anexo H)

Estructura de la escala: El inventario mide las creencias de control respecto al peso, basados en la teoría de Levenson (1973) quien postula tres dimensiones: Interno, Azar y Otros poderosos. Constituido por 16 ítems que son respondidos en una escala likert de cuatro alternativas, que van de “Totalmente en desacuerdo” (0) hasta “Totalmente de acuerdo” (3). La puntuación en cada dimensión resulta de la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems que la componen, donde a mayor puntaje mayor locus de control del aspecto medido por la dimensión.

Confiabilidad y validez: En una muestra de 188 estudiantes universitarios venezolanos, la estructura factorial encontrada de 3 factores explicó el 44.654 % de la varianza total. El primer factor denominado “interno” (6 ítems) explicó el 15.772% de la varianza total. El segundo factor denominado “otros poderosos” (5 ítems) explica el 15.565% de la varianza. Finalmente, el tercer factor “azar” (5 ítems) explica el 13.317% de la varianza.

Para el cálculo de la confiabilidad se utilizó el índice de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.69 para el factor 1 “interno”, de 0.68 para el factor 2 “otros poderosos” y de 0.62 para el factor 3 “azar”. Los resultados encontrados permiten afirmar que los ítems en que se agrupan los factores poseen una alta homogeneidad, es decir que los ítems pertenecientes a cada factor miden aspectos de una misma dimensión.

Procedimiento

Con la finalidad de asegurar la estandarización del proceso, se realizó un entrenamiento a un (1) estudiante de la Maestría en Psicología de la Universidad Simón Bolívar, en la aplicación de los instrumentos.

Para la selección de la muestra se acudieron a distintos centros de salud orientados a la pérdida del peso en la ciudad de Maracay. Se solicitó a través de una carta (Anexo I) la colaboración de la directiva del centro de salud explicando los objetivos de la investigación. Una vez obtenido el permiso, los encuestadores solicitaron la colaboración de las personas obesas que estaban en tratamiento en la investigación (Anexo J). Para ello, se les explicó el objetivo de la investigación, así como el procedimiento que deberán seguir para contestar los cuestionarios.

Se solicitó a las personas que aceptaron participar en el estudio que firmaran una hoja de consentimiento informado donde se presentaron los objetivos de la investigación y la colaboración solicitada. Seguidamente llenaron la hoja de historia de datos personales y contestaron individualmente los inventarios para recoger los datos de las variables de interés (Anexo J).

Consideraciones éticas de la investigación

En la presente investigación se cuidaron los siguientes aspectos éticos (Kerlinger y Lee, 2002):

Se solicitó a cada centro de salud el permiso necesario para poder entrevistar a los participantes y pedir su colaboración, enfatizando que los datos proporcionados por ellos serían confidenciales y solamente se permitiría el acceso al reporte final del trabajo de investigación (Anexo I).

Los participantes fueron notificados de los objetivos de investigación y se les pidió firmar un consentimiento informado sobre su participación voluntaria. Para ello se aseguró al participante la confidencialidad de sus datos al solicitar la menor información personal posible.

De igual forma los participantes podían abandonar la investigación en cualquier momento en caso de así quererlo. Se les dejó claro que los resultados son con fines investigativos y que serán presentados en una tesis doctoral.

Al ser una investigación no experimental no implicó ninguna intervención directa que pudiera afectar de alguna manera al participante.

Se respondieron todas las preguntas a los participantes que así lo requerían a lo largo del proceso de contestar los cuestionarios.

IV.- RESULTADOS

Esta sección se inicia con la descripción de las variables en estudio, considerando específicamente estadísticos de tendencia central (media, mediana y moda), de variabilidad (desviación típica, rango observado y rango posible) y de forma (asimetría y curtosis); luego se presentan las correlaciones bivariadas para analizar las relaciones entre las variables y finalmente los análisis de regresión jerárquica que permiten evaluar el posible rol moderador de cada una de las variables de control personal de la conducta en la relación entre las variables psicosociales y satisfacción con la vida.

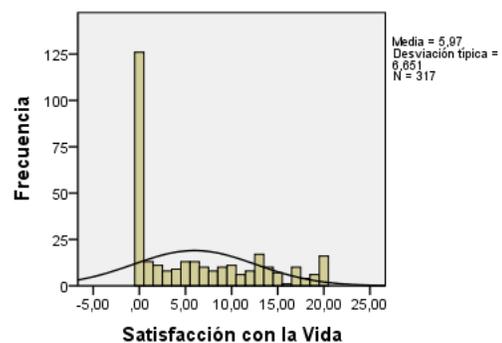
Descripción de las variables

En la Tabla 1 y en la Figura 1 puede observarse que la **Satisfacción con la vida** presenta una media de 5.968 con una asimetría de 0.751 indicativa de la tendencia de los datos a distribuirse en los puntajes bajos de la escala, lo que se verifica por el valor de la moda que se ubica en el puntaje cero (0).

Tabla 1. Descriptivos de la variable satisfacción con la vida

Variable	Satisfacción con la vida
Media	5.968
Mediana	4.000
Moda	0.000
Desviación Típica	6.651
Asimetría	0.751
Curtosis	-0.796
Rango Observado	0-20
Rango Posible	0-20
N	317

Figura 1. Histograma de la distribución de los puntajes de Satisfacción con la Vida



El rango observado (0-20) es igual al rango posible (0-20), lo que señala que la distribución de los datos ocurre a lo largo de la escala de medida. El coeficiente de variación (111.44) señala gran heterogeneidad de los datos. La curtosis (-0.796) indica la forma platicúrtica de la distribución.

Puede concluirse a partir de la distribución de los datos que en general los participantes presentan poca satisfacción con la vida.

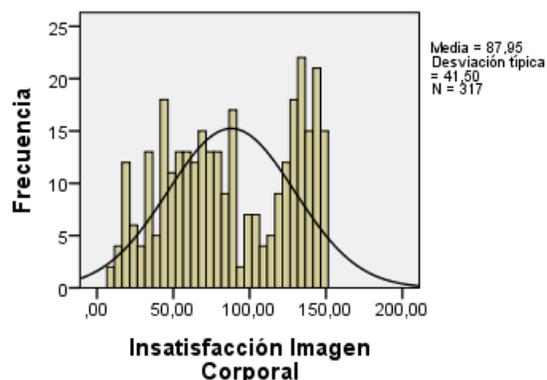
Para **Insatisfacción con la imagen corporal**, en la Tabla 2 y en la Figura 2 puede observarse que la variable presenta una media de 87.953 y una asimetría de -0.053 lo que señala una tendencia simétrica de los datos alrededor de la media. El rango observado (0-150) es similar al rango posible (0-150), lo que señala que la distribución de los datos ocurre a lo largo de la escala de medida. El coeficiente de variación (47.18) señala la heterogeneidad de los datos. La curtosis (0.273) indica una distribución tendiente a mesocúrtica.

Puede concluirse a partir de la distribución de los datos que en general los participantes presentan una moderada insatisfacción con la imagen corporal.

Tabla 2. Descriptivos de la variable Insatisfacción con la imagen corporal

Variable	Insatisfacción con la imagen
Media	87.953
Mediana	84.000
Moda	150.000
Desviación Típica	41.499
Asimetría	-0.053
Curtosis	0.273
Rango Observado	9-150
Rango Posible	0-150
N	317

Figura 2. Histograma de la distribución de los puntajes de Insatisfacción con la imagen corporal



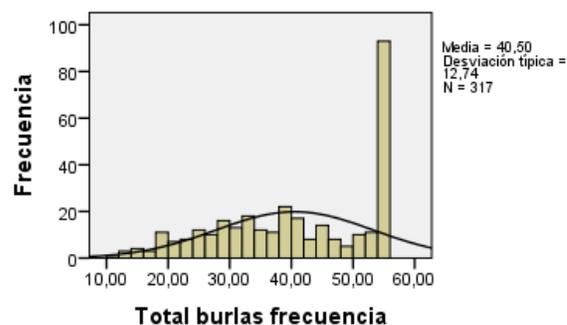
Para **Percepción de frecuencia de burlas**, en la Tabla 3 y en la Figura 3 puede observarse que la variable presenta una media de 40.498, y una asimetría de -0.332, lo que sugiere la tendencia de los datos a distribuirse en los puntajes altos de la escala. Ello que viene dado por el valor de la moda (55) el cuál es el puntaje máximo de la escala. El rango observado (0-55) es similar al rango posible (0-55) lo que señala que la distribución de los datos ocurre a lo largo de la escala de medida. El coeficiente de variación (31.45) señala la heterogeneidad de los datos. La curtosis (-1.110) indica una distribución altamente platicúrtica.

Puede concluirse a partir de la distribución de los datos que en general los participantes presentan una alta percepción de frecuencia de burlas en sus vidas.

Tabla 3. Descriptivos de la variable burlas

Variable	Burlas
Media	40.498
Mediana	41.000
Moda	55.000
Desviación Típica	12.740
Asimetría	-0.332
Curtosis	-1.110
Rango Observado	11-55
Rango Posible	0-55
N	317

Figura 3. Histograma de la distribución de los puntajes de burlas



Para la **Actitud hacia la apariencia corporal** en la Tabla 4 y en la Figura 4 puede observarse que la variable presenta una media de 112.006 y una asimetría de -0.851 que indica que los datos se concentran en los puntajes altos de la escala. El rango observado (13-156) es similar al rango posible (0-156), lo que indica que la distribución de los datos ocurre

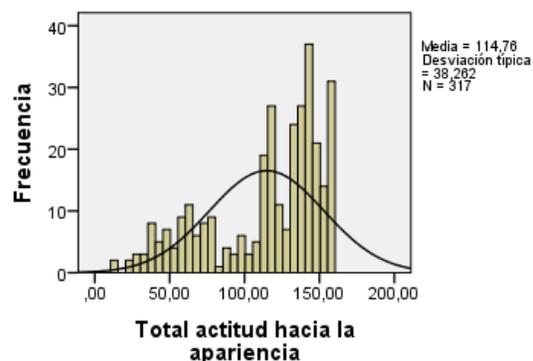
casi a lo largo de la totalidad de la escala de medida. El coeficiente de variación (33.19) señala la heterogeneidad de los datos. La curtosis (-0.432) indica una distribución platicúrtica.

Puede concluirse a partir de la distribución de los datos que en general los participantes presentan una mayor actitud positiva hacia el ideal físico delgado propuesto por la sociedad, es decir, mayor tendencia a dejarse influenciar por este patrón.

Tabla 4. Descriptivos de la variable Actitud hacia la apariencia

Variable	Actitud hacia la apariencia
Media	112.006
Mediana	124.000
Moda	160.000
Desviación Típica	37.181
Asimetría	-0.851
Curtosis	-0.432
Rango Observado	13-156
Rango Posible	0-156
N	317

Figura 4. Histograma de la distribución de los puntajes de Actitud hacia la apariencia



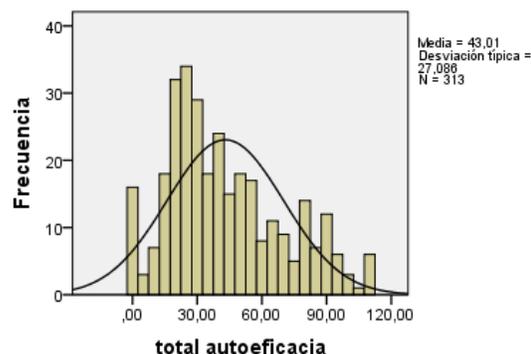
Para la **Autoeficacia en el control del peso** en la Tabla 5 y en la Figura 5 puede observarse que la variable presenta una media de 43.009 y una asimetría de 0.627 lo que sugiere una tendencia de los datos a concentrarse en los puntajes bajos de la escala. El rango observado (0-111) es igual al rango posible (0-111), lo que señala que la distribución de los datos ocurre a lo largo de la totalidad de la escala de medida. El coeficiente de variación (62.97) señala la heterogeneidad de los datos. La curtosis (-0.368) indica una distribución platicúrtica.

Puede concluirse a partir de la distribución de los datos que en general los participantes presentan una baja autoeficacia percibida en el control de su peso.

Tabla 5. Descriptivos de la variable Autoeficacia

Variable	Autoeficacia
Media	43.009
Mediana	37.000
Moda	0.000
Desviación Típica	27.086
Asimetría	0.627
Curtosis	-0.368
Rango Observado	0-111
Rango Posible	0-111
N	317

Figura 5. Histograma de la distribución de los puntajes de Autoeficacia



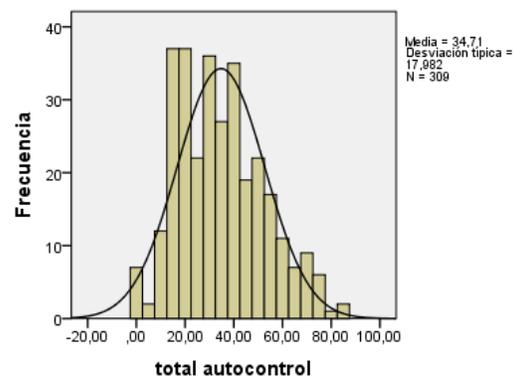
Para el **Autocontrol del control del peso** en la Tabla 6 y en la Figura 6 puede observarse que la variable presenta una media de 34.708 y una asimetría de 0.478 lo que sugiere una tendencia de los datos a concentrarse en los puntajes bajos de la escala. El rango observado (0-87) es igual al rango posible (0-87), lo que señala que la distribución de los datos ocurre a lo largo de la totalidad de la escala de medida. El coeficiente de variación (51.80) señala la heterogeneidad de los datos. La curtosis (-0.244) indica una distribución con tendencia a mesocúrtica.

Puede concluirse a partir de la distribución de los datos que en general los participantes consideran que tienen un autocontrol entre moderado a bajo para el control de su peso.

Tabla 6. Descriptivos de la variable Autocontrol

Variable	Autocontrol
Media	34.708
Mediana	33.000
Moda	29.000
Desviación Típica	17.982
Asimetría	0.478
Curtosis	-0.244
Rango Observado	0-87
Rango Posible	0-87
N	317

Figura 6. Histograma de la distribución de los puntajes de Autocontrol



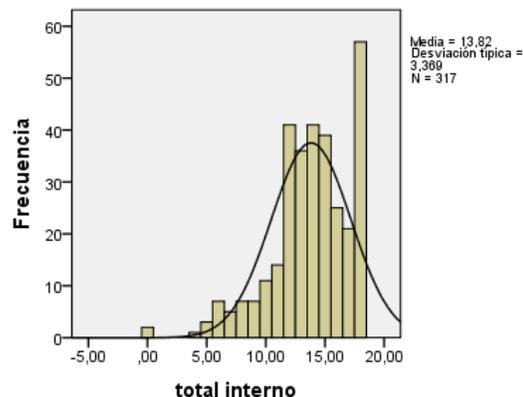
Para el **Locus de control Interno** en la Tabla 7 y en la Figura 7 puede observarse que la variable presenta una media de 13.820 y una asimetría de -0.951 señalando que los datos se concentran en los puntajes altos de la escala. El rango observado (0-18) es igual al rango posible (0-18), lo que señala que la distribución de los datos ocurre a lo largo de la totalidad de la escala de medida. El coeficiente de variación (24.38) señala la homogeneidad de los datos. La curtosis (1.305) indica una distribución altamente leptocúrtica.

Puede concluirse a partir de la distribución de los datos que en general los participantes tienen altas creencias de internalidad en el control de su peso

Tabla 7. Descriptivos de la variable Locus de control interno

Variable	Locus interno
Media	13.820
Mediana	14.000
Moda	18.000
Desviación Típica	3.369
Asimetría	- 0.951
Curtosis	1.305
Rango	0-18
Observado	
Rango Posible	0-18
N	317

Figura 7. Histograma de la distribución de los puntajes de Locus de control interno



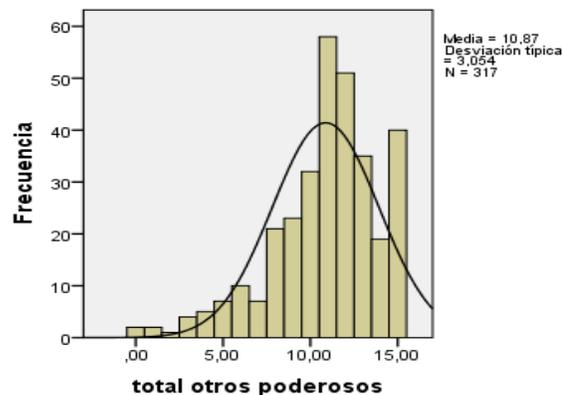
Para el **Locus de control por otros poderosos** en la Tabla 8 y en la Figura 8 puede observarse que la variable presenta una media de 10.871 y una asimetría de -0.961 señalando que los datos se concentran en los puntajes altos de la escala. El rango observado (0-15) es igual al rango posible (0-15), lo que señala que la distribución de los datos ocurre a lo largo de la totalidad de la escala de medida. El coeficiente de variación (28.09) señala la homogeneidad de los datos. La curtosis (1.089) indica una distribución altamente leptocúrtica.

Puede concluirse a partir de la distribución de los datos que en general los participantes tienen altas creencias de otros poderosos en el control de su peso

Tabla 8. Descriptivos de la variable Locus de control otros poderosos

Variable	Locus otros poderosos
Media	10.871
Mediana	11.000
Moda	11.000
Desviación Típica	3.054
Asimetría	- 0.961
Curtosis	1.089
Rango Observado	0-15
Rango Posible	0-15
N	317

Figura 8. Histograma de la distribución de los puntajes de Locus de control otros poderosos



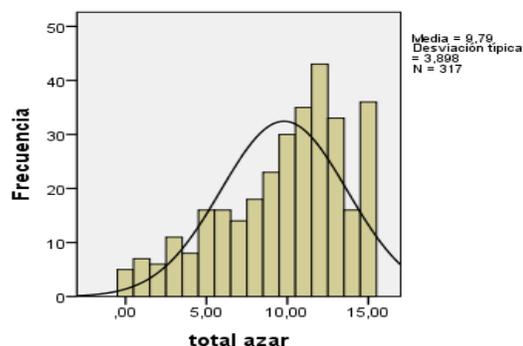
Para el **Locus de control por azar** en la Tabla 9 y en la Figura 9 puede observarse que la variable presenta una media de 9.789 y una asimetría de -0.667 señalando que los datos se concentran en los puntajes altos de la escala. El rango observado (0-15) es igual al rango posible (0-15), lo que señala que la distribución de los datos ocurre a lo largo de la totalidad de la escala de medida. El coeficiente de variación (39.83) señala la heterogeneidad de los datos. La curtosis (-0.359) indica una distribución platicúrtica.

Puede concluirse a partir de la distribución de los datos que en general los participantes tienen altas creencias del azar en el control de su peso

Tabla 9. Descriptivos de la variable Locus de control azar

Variable	Locus otros poderosos
Media	9.789
Mediana	11.000
Moda	12.000
Desviación Típica	3.899
Asimetría	-0.667
Curtosis	-0.359
Rango	0-15
Observado	
Rango Posible	0-15
N	317

Figura 9. Histograma de la distribución de los puntajes de Locus de control Azar



En resumen, los participantes que componen la muestra de esta investigación se caracterizan por presentar poca satisfacción hacia la vida.

En relación con las variables socioculturales, se caracterizan por tener moderada insatisfacción con su imagen corporal, alta percepción de frecuencias de burlas en relación a su peso y su ejecución de actividades a lo largo de la vida y mayor tendencia a dejarse influenciar por el ideal físico delgado valorado por la sociedad.

Por otro lado, con respecto a las variables de control personal de la conducta, los participantes presentan baja autoeficacia percibida para el control de su peso, niveles moderados a bajos en la percepción de habilidades de autorregulación para el control del su peso, y altas creencias tanto en internalidad, otros poderosos y azar como influyentes en el control del peso.

Correlaciones entre las variables en estudio

Con la finalidad de establecer asociaciones entre las variables de estudio, se presentan los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson que resultaron estadísticamente significativos (Tabla 10).

Tabla 10. Correlaciones entre las variables de estudio

**La correlación es significativa en el nivel 0.01

	Satisfacción con la vida	Insatisfacción imagen corporal	Burlas	Actitud hacia la apariencia	Autoeficacia control peso	Autocontrol peso	Interno control peso	Otros poderosos control peso	Azar control peso
Satisfacción con la vida		-0.094	-0.657**	-0.572**	0.546**	0.442**	-0.207**	-0.171**	-0.364**
Insatisfacción con la imagen corporal			0.156**	0.316**	-0.261**	-0.249**	0.124*	0.091	0.137*
Burlas				0.607**	-0.509**	-0.404**	0.279**	0.236**	0.302**
Actitud hacia la apariencia					-0.631**	-0.449**	0.392**	0.386**	0.507**
Autoeficacia control peso						0.692**	-0.086	-0.182**	-0.476**
Autocontrol peso							-0.083	-0.162**	-0.374**
Interno control peso								0.707**	0.469**
Otros poderosos control peso									0.639**
Azar control peso									

*La correlación es significativa en el nivel 0.05

Satisfacción con la vida correlacionó de forma moderada y negativa con Percepción de frecuencia de burlas (-0.657) y Actitud hacia la apariencia (-0.572), lo que señala que una

mayor percepción de frecuencia de burlas durante la vida y una mayor actitud hacia la apariencia se asocia con menor satisfacción con la vida.

También correlacionó de forma moderada y positiva con autoeficacia en el control del peso (0.546) y autocontrol del peso (0.442) y de forma baja y negativa con las tres dimensiones de locus de control del peso, Interno (-0.207), Otros poderosos (-0.171) y azar (-0.364). Estos resultados señalan que mayor autoeficacia percibida y mayor autocontrol del peso se asocian con mayor satisfacción con la vida. Por otro lado, mayor internalidad, mayor creencia en otros poderosos y mayor creencia en el azar tiende a asociarse con menor satisfacción con la vida.

Insatisfacción con la imagen corporal correlacionó de forma baja y positiva con percepción de frecuencia de burlas (0.156) y moderada baja con actitud hacia la apariencia (0.316), así como de forma baja y negativa con autoeficacia en el control del peso (-0.261) y autocontrol del peso (-0.249), lo que señala que mayor percepción de frecuencia de burlas y mayor actitud hacia la apariencia se asocian con mayor insatisfacción con la imagen corporal. Por otro lado, menor autoeficacia percibida y menor autocontrol del peso se asocian con mayor insatisfacción con la imagen corporal.

La variable **percepción de frecuencia de Burlas** correlacionó de forma moderada alta y positiva (0.607) con actitud hacia la apariencia, lo que señala que mayor actitud hacia la apariencia se asocia con mayor percepción de frecuencia de burlas durante la vida. En relación con las variables de control se encontró una correlación moderada y negativa con autoeficacia en el control del peso (-0.509) y con autocontrol del peso (-0.404), indicando que mayor autoeficacia percibida y mayor autocontrol del peso se asocian con menor percepción de frecuencia de burlas durante la vida. Finalmente se encontraron correlaciones bajas y positivas con las tres dimensiones de locus de control, interno (0.279), otros

poderosos (0.236) y azar (0.302), lo que señala que mayor internalidad, mayor creencia en otros poderosos y mayor creencia en el azar se asocian con mayor percepción de frecuencia de burlas durante la vida.

Actitud hacia la apariencia correlacionó de forma moderada alta y negativa con la autoeficacia en el control del peso (-0.631) señalando que mayor autoeficacia percibida en el control de peso se asocia con menor actitud hacia la apariencia. En relación a las dimensiones de locus de control del peso, encontramos una correlación moderada baja y positiva con interno (0.392) y con otros poderosos (0.386), mientras que la asociación con azar fue moderada y positiva (0.507). Estos resultados señalan que mayor internalidad, mayor creencia en otros poderosos y menor creencia en el azar se asocian con mayor actitud hacia la apariencia.

La variable **autoeficacia en el control del peso** correlacionó de forma alta y positiva con autocontrol del peso (0.692), lo que sugiere que mayor autocontrol se asocia con mayor autoeficacia percibida. Se encontraron correlaciones significativas con las dimensiones externas de locus de control del peso, de forma baja y negativa con otros poderosos (-0.182) y moderada y negativa con azar (-0.476), menor creencia de otros poderosos y menor creencia en el azar se asocian con mayor autoeficacia percibida para controlar su peso.

Autocontrol del peso correlacionó de forma baja y negativa con otros poderosos del locus de control del peso (-0.162) y moderada baja y negativa con azar (-0.374), señalando que mayor creencia en otros poderosos y mayor creencia en el azar se asocian con menor autocontrol del peso.

La **dimensión interno de locus de control del peso** correlacionó de forma alta y positiva con locus de control por otros poderosos (0.707) y moderada con azar (0.469),

señalando que mayor creencia en otros poderosos y mayor creencia en el azar se asocian con mayor internalidad.

Finalmente, la **dimensión otros poderosos de locus de control del peso** correlacionó de forma moderada-alta y positiva con azar (0.639), señalando que mayor creencia en otros poderosos se asocia con mayor creencia en el azar.

Regresión jerárquica

Con la finalidad de establecer el efecto moderador de las variables de control personal de la conducta en la relación entre las variables socioculturales y la satisfacción con la vida, se presentan a continuación los análisis de regresión jerárquica. Para ello se presentan en primera instancia el examen de los supuestos básicos que deben cumplirse para llevar a cabo los análisis de regresión.

Supuestos

- *Normalidad de la variable dependiente:*

En los gráficos P-P normal de regresión residuo tipificado o diagrama normal de la probabilidad (figuras 10, 11, 12, 13 y 14) se observa que la mayoría de las variables se desvían ligeramente de la distribución normal, sin embargo, dado que la prueba de regresión es robusta y que se cuenta con una “N” adecuada, se decide llevar a cabo la regresión, sin realizar transformaciones de las variables asimétricas

Figura 10. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es autocontrol del peso

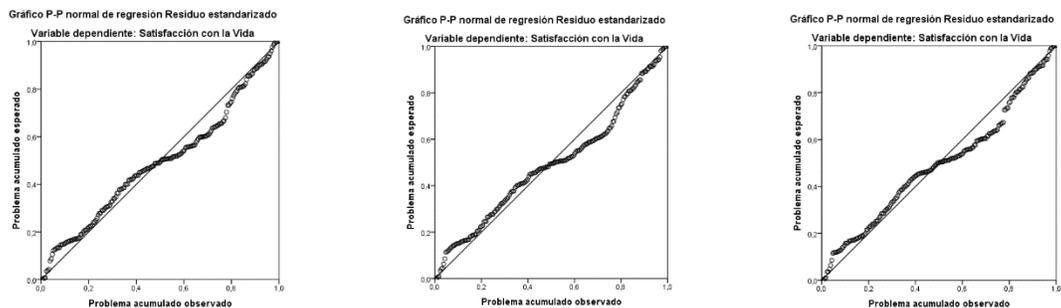


Figura 11. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es autoeficacia en el control del peso

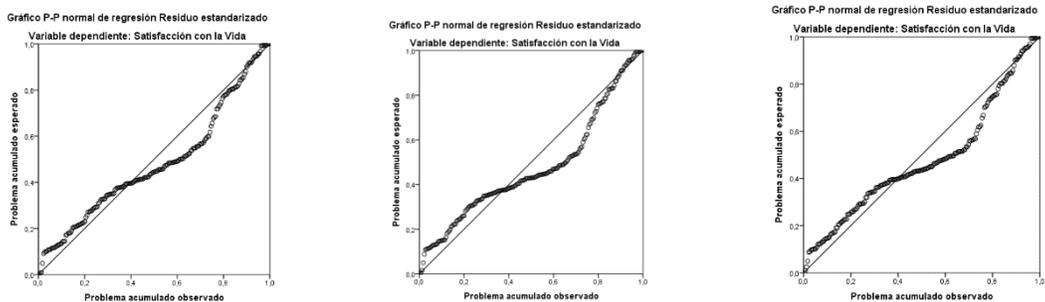


Figura 12. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es interno de locus de control del peso



Figura 13. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es otros poderosos de locus de control del peso

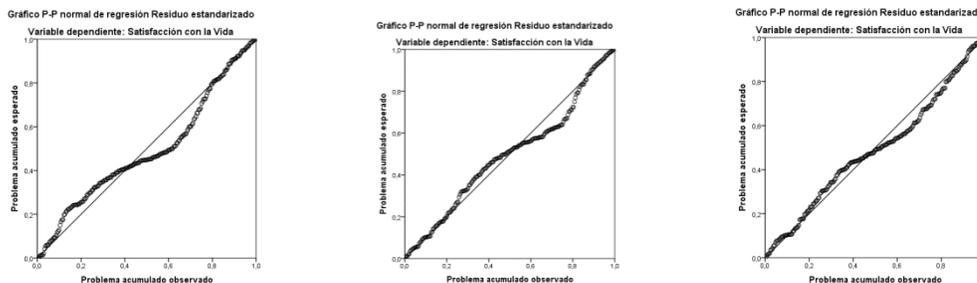
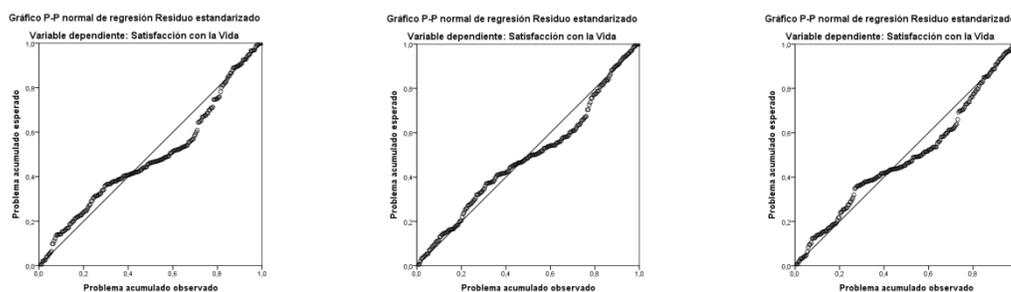


Figura 14. Gráficos de Proporciones Acumuladas para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es azar de locus de control del peso



- *Ausencia de multicolinealidad:*

No existe multicolinealidad entre las variables predictoras, lo cual puede observarse en la tabla 10 de correlaciones bivariadas que las mismas son menores a 0.7, valor sostenido por Hair et al. (2000) como límite superior en las correlaciones entre variables para poder hablar de baja o nula multicolinealidad.

- *Linealidad entre las variables independientes y la variable dependiente:*

En la tabla 10 puede observarse la existencia de correlaciones significativas entre las variables independientes y la variable dependiente, a excepción de la variable imagen corporal. Estos valores permiten establecer que este supuesto se cumple.

-

Supuestos de los errores:

Homocedasticidad de la varianza:

En los gráficos de dispersión (Figuras 15, 16, 17, 18, y 19) se observa que el mínimo de los residuos tipificados oscila entre -2.337 y -3.404, mientras que el máximo, entre 3.310 y 4.541. En estos casos los valores extremos son escasos y la mayoría de los datos se ubica entre ± 3 , rango señalado por Pardo y Ruiz (2002) necesarios para hablar igualdad de varianzas. Estos gráficos permiten señalar que la variabilidad de los residuos para los valores pronosticados tipificados de las variables a predecir es relativamente constante, presentando aproximadamente el mismo ancho, lo que permite señalar que son homocedásticos.

Figura 15. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es autocontrol del peso

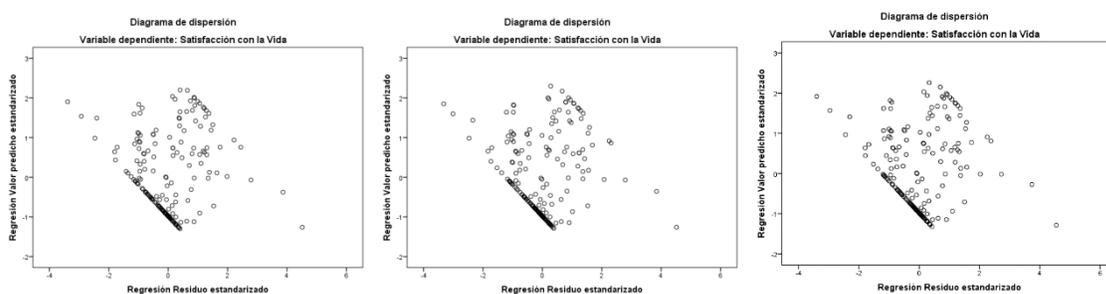


Figura 16. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es autoeficacia en el control del peso

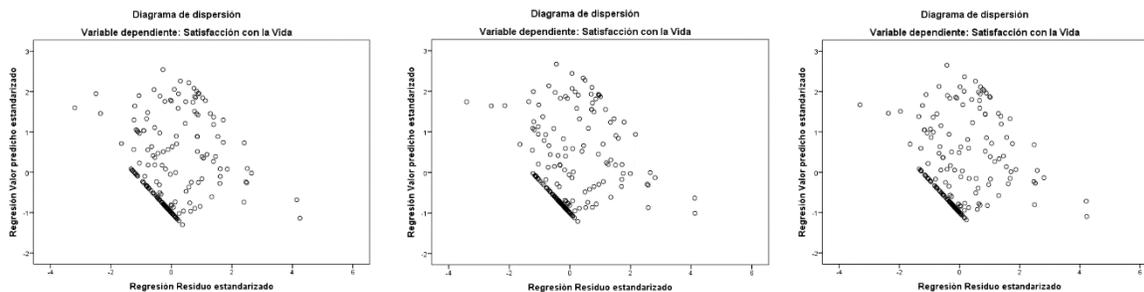


Figura 17. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es interno de locus de control del peso

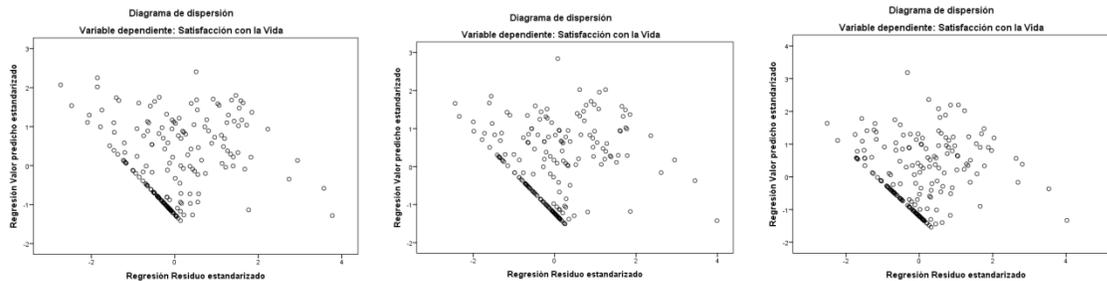


Figura 18. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es otros poderosos de locus de control del peso

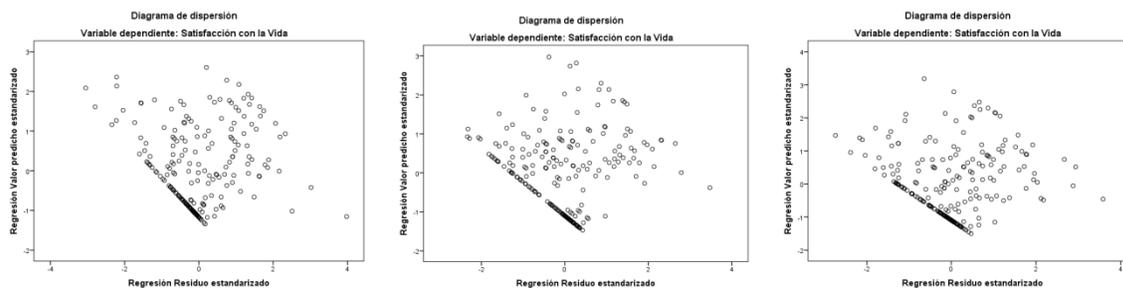
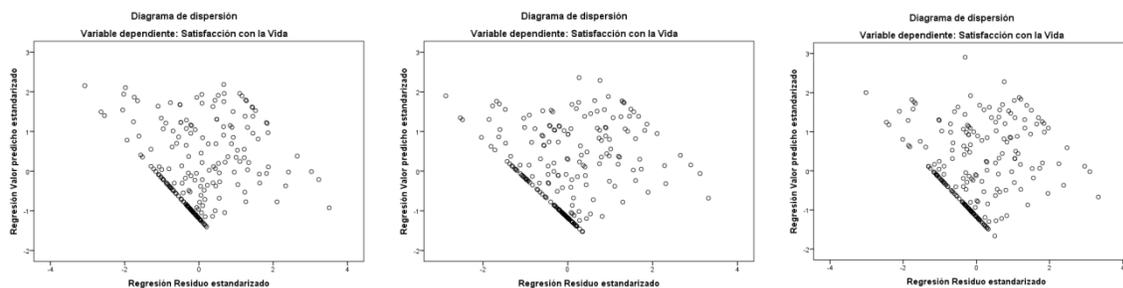


Figura 19. Gráficos de dispersión para satisfacción con la vida cuando la variable moderadora es azar de locus de control del peso



▪ *Independencia de los errores:*

Para las regresiones donde se prueba el efecto moderador de las variables autocontrol del peso, autoeficacia en el control del peso, interno de locus de control del peso y azar de locus de control del peso, las pruebas de la independencia de los residuos Durbin-Watson arrojaron valores que oscilan entre 1.512 y 2.001, los cuales son muy cercanos a dos, por lo

cual se puede señalar que los errores no están correlacionados y que son, por lo tanto, independientes. Para la variable otros poderosos, los valores del Durbin- Watson son 1.442, 1.465 y 1.489, cercanos al límite inferior necesario (1.5) para indicar que los errores no están correlacionados.

• Distribución normal de los errores:

La media obtenida de los errores en todas las regresiones calculadas es igual a 0.000, y los extremos de las distribuciones oscilan entre -3 y +3, tal y como se observa en los gráficos de los residuos (tablas 15,16,17,18 y 19).

Considerando que en general se cumplieron los supuestos, se presentan en los apartados que siguen los análisis de regresión jerárquica necesarios para determinar el posible rol moderador de las variables de control personal de la conducta, en la relación entre las variables socioculturales y la satisfacción con la vida en personas obesas que asisten a tratamiento.

Análisis de Regresión

Para estudiar el efecto moderador del control personal de la conducta sobre la relación entre los aspectos socioculturales y la satisfacción con la vida, se realizaron cinco regresiones jerárquicas (autocontrol, autoeficacia y locus de control interno, locus de control azar y locus de control otros poderosos) para cada variable predictora (insatisfacción con la imagen corporal, percepción de frecuencia de burlas y actitud hacia la apariencia), para un total de 15 regresiones.

Para cada caso, en el primer paso del análisis de regresión jerárquica se introdujeron las variables sociodemográficas sexo y edad; en el segundo paso las variables socioculturales que no son objeto de moderación en la regresión, en el tercer paso la variable sociocultural

seleccionada como variable predictora y la variable de control como probable moderadora. Finalmente, en el cuarto paso se incluyó el producto cruzado de la variable predictora con la variable moderadora considerada en el modelo.

Para mayor comprensión de los análisis realizados, en la tabla XX se presentan cómo se introdujeron las variables en las tres regresiones realizadas para cada una de las variables predictoras principales.

Tabla 11. Orden de entrada de las variables sociodemográficas y moderadora en las regresiones jerárquicas

	VI principal: <i>Insatisfacción con la imagen corporal</i>	VI principal: <i>Burlas</i>	VI principal: <i>Actitud hacia la apariencia</i>
Paso 1 <i>Control de variables</i>	Sexo Edad	Sexo Edad	Sexo Edad
Paso 2 <i>Control de variables</i>	Burlas Actitud hacia la apariencia	Actitud hacia la apariencia Insatisfacción con la imagen corporal	Burlas Insatisfacción con la imagen corporal
Paso 3 <i>Efecto principal</i>	Variable <i>moderadora</i> * Insatisfacción con la imagen corporal	Variable <i>moderadora</i> * Burlas	Variable <i>moderadora</i> * Actitud hacia la apariencia
Paso 4 <i>Efecto moderador</i>	Producto cruzado de Insatisfacción con la imagen corporal con la variable <i>moderadora</i> *	Producto cruzado de Burlas con la variable <i>moderadora</i> *	Producto cruzado de Actitud hacia la apariencia con la variable <i>moderadora</i> *

*Variable moderadora: autocontrol de peso, autoeficacia, interno, otros poderosos y azar

Regresiones Jerárquicas con la variable autocontrol del peso como moderadora

En la tabla 12 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **autocontrol del peso** en la relación entre **insatisfacción con la imagen corporal** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 12. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora y autocontrol del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1										
(Constante)	2.252		1.191	.235	.145	.021	.021	2.152	2	.119
Sexo	1.467	.098	1.401	.163						
Edad	0.080	.101	1.440	.151						
Modelo 2										
(Constante)	22.800		13.415	.000	.780	.608	.587	147.384	2	.000
Sexo	-1.115	-.075	-1.608	.109						
Edad	.044	.056	1.245	.215						
Burlas	-.245	-.457	-7.687	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.072	-.407	-6.683	.000						
Modelo 3										
(Constante)	18.316		7.155	.000	.786	.618	.011	2.707	2	.069
Sexo	-1.158	-.078	-1.669	.097						
Edad	.050	.063	1.386	.167						
Burlas	-.229	-.428	-7.082	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.066	-.376	-5.699	.000						
Insatisfacción con la imagen corporal	.007	.043	.878	.381						
Autocontrol	1.662	.120	2.207	.028						
Modelo 4										
(Constante)	17.074		5.735	.000	.787	.620	.001	.262	1	.609
Sexo	-1.172	-.079	-1.688	.093						
Edad	.053	.067	1.466	.144						
Burlas	-.224	-.420	-6.858	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.062	-.354	-4.956	.000						
Insatisfacción con la imagen corporal	.008	.048	.972	.332						
Autocontrol	2.351	.170	2.082	.039						
Insatisfacción imagen X autocontrol	.000	-.055	-.819	.414						

El modelo 1 explica un 2.1% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es no significativo (F= 2.152, p= .119).

Al incluir en el modelo 2 las variables burlas y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 60.8%, resultando el modelo significativo (F= 76.350, p= .000). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 58.7%, con una F de cambio de 147.384 y una significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables insatisfacción con la imagen corporal y autocontrol del peso, y la explicación aumenta a 61.8%, donde el modelo significativo (F=

52.684, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 1.1%, con una F de cambio de 147.384 no significativa ($p = .069$), así la inclusión de estas variables no aporta una explicación significativa de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora insatisfacción con la imagen corporal y la variable moderadora autocontrol del peso. La explicación aumenta a 62.2% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F = 45.178$, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.1%, con una F de cambio de 0.262 no significativa ($p = .609$), por lo que la interacción no es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma moderada y negativa por burlas ($\beta = -.420$, $p = .000$), moderada-baja y negativa por actitud hacia la apariencia ($\beta = -.354$, $p = .000$) y leve y positiva por autocontrol ($\beta = .170$, $p = .036$), lo que significa que a mayor percepción de frecuencia de burlas, a menor actitud hacia la apariencia y a mayor autocontrol de peso, hay mayor satisfacción con la vida. Finalmente, no se obtuvo un efecto moderador de la variable autocontrol sobre la relación entre insatisfacción con la imagen corporal y satisfacción con la vida.

En la tabla 13 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **autocontrol del peso** en la relación entre **burlas** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 13. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora y autocontrol del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	2.252		1.191	.235	.145	.021	.021	2.152	2	.119
Sexo	1.467	.098	1.401	.163						
Edad	.080	.101	1.440	.151						
Modelo 2 (Constante)	17.307		9.009	.000	.702	.493	.472	91.595	2	.000
Sexo	-1.314	-.088	-1.656	.099						
Edad	.080	.101	1.961	.051						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.129	-.730	-13.101	.000						
Actitud hacia la apariencia	.009	.055	.991	.323						
Modelo 3 (Constante)	18.316		7.155	.000	.786	.618	.126	32.115	2	.000
Sexo	-1.158	-.078	-1.669	.097						
Edad	.050	.063	1.386	.167						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.066	-.376	-5.699	.000						
Actitud hacia la apariencia	.007	.043	.878	.381						
Burlas	-.229	-.428	-7.082	.000						
Autocontrol	1.662	.120	2.207	.028						
Modelo 4 (Constante)	7.572		1.674	.096	.796	.634	.015	8.159	1	.005
Sexo	-.811	-.054	-1.172	.243						
Edad	.049	.062	1.395	.165						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.069	-.394	-6.045	.000						
Actitud hacia la apariencia	.009	.057	1.185	.237						
Burlas	.021	.040	.228	.820						
Autocontrol	8.141	.589	3.412	.001						
Burlas X autocontrol	-.157	-.489	-2.856	.005						

El modelo 1 explica un 2.1% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, donde el modelo es no significativo ($F= 2.152$, $p=.119$).

Al incluir en el modelo 2 las variables insatisfacción con la imagen corporal y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 49.3%, resultando el modelo significativo ($F= 47.853$, $p=.000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 47.2%, con una F de cambio de 91.595 y una significancia de .000, lo que indica que estas nuevas variables explican dicho porcentaje de la varianza de la satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables burlas y autocontrol del peso, y la explicación aumenta a 61.8%, resultando el modelo significativo ($F= 52.684$, $p=.000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 12.6%, con una F de cambio de 32.115 significativa ($p=.000$).

Dicho valor corresponde al porcentaje de varianza de satisfacción con la vida es explicado por la combinación lineal de las variables introducidas en este modelo.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora burlas y la variable moderadora autocontrol del peso. La explicación aumenta a 63.4% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F= 47.981$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 1.5%, con una F de cambio de 8.159 significativa ($p= .005$), señalando que la interacción es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma moderada y negativa por insatisfacción con la imagen corporal ($\beta= -.489$, $p= .000$) y moderada y positiva por autocontrol ($\beta= .589$, $p= .001$), lo que significa que a menor insatisfacción con la imagen corporal y a mayor autocontrol de peso, se observa mayor satisfacción con la vida.

Dado que el producto cruzado (interacción) de las variables burlas y autocontrol es significativo ($\beta= -.489$, $p= .005$), se procede a analizar el gráfico de interacción XX para determinar el efecto moderador del autocontrol del peso en la relación entre burlas y satisfacción con la vida.

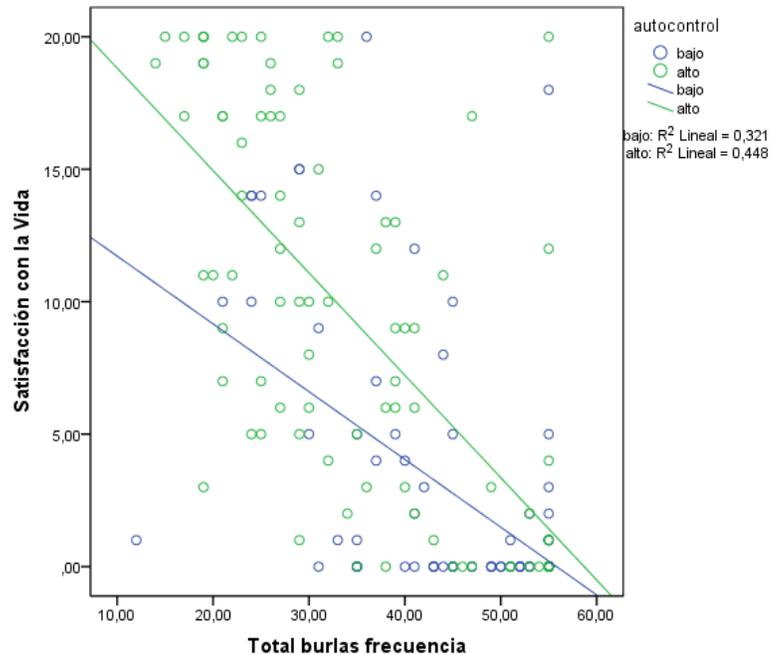


Figura 20: Gráfico de Interacción de burlas x autocontrol sobre satisfacción con la vida

En la figura 20 puede observarse que las personas obesas que perciben haber estado más expuestas a burlas manifiestan menor satisfacción con la vida. No obstante, esta relación es ligeramente mayor cuando la persona tiene un alto autocontrol de peso, es decir a medida que la exposición a burlas es mayor, aquellas personas obesas que reportan tener mayor habilidad de autocontrol manifiestan significativamente mayor insatisfacción con la vida que las personas que presentan menor sensibilidad a burlas. En el grupo de bajo autocontrol del peso la relación entre burlas y satisfacción con la vida es menor.

En la tabla 14 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **autocontrol del peso** en la relación entre **actitud hacia la apariencia** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 14 Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora y autocontrol del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	2.252		1.191	.235	.145	.021	.021	2.152	2	.119
Sexo	1.467	.098	1.401	.163						
Edad	.080	.101	1.440	.151						
Modelo 2 (Constante)	21.148		10.613	.000	.722	.522	.501	103.092	2	.000
Sexo	-.145	-.010	-.192	.848						
Edad	.024	.030	.607	.544						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.009	-.055	-1.063	.289						
Burlas	-.378	-.706	-13.926	.000						
Modelo 3 (Constante)	18.316		7.155	.000	.786	.618	.097	24.723	2	.000
Sexo	-1.158	-.078	-1.669	.097						
Edad	.050	.063	1.386	.167						
Insatisfacción con la imagen corporal	.007	.043	.878	.381						
Burlas	-.229	-.428	-7.082	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.066	-.376	-5.699	.000						
Autocontrol	1.662	.120	2.207	.028						
Modelo 4 (Constante)	12.614		2.748	.007	.789	.623	.004	2.235	1	.137
Sexo	-.959	-.064	-1.362	.175						
Edad	.052	.066	1.460	.146						
Insatisfacción con la imagen corporal	.008	.050	1.036	.302						
Burlas	-.234	-.437	-7.224	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.020	-.114	-.611	.542						
Autocontrol	5.009	.362	2.121	.035						
Actitud hacia la apariencia X autocontrol	-.029	-.246	-1.495	.137						

El modelo 1 explica un 2.1% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es no significativo ($F= 2.152$, $p= .119$).

Al incluir en el modelo 2 las variables insatisfacción con la imagen corporal y burlas, la explicación aumenta a 52.2%, resultando el modelo significativo ($F= 53.726$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 50.1%, con una F de cambio de 103.092 y una significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables actitud hacia la apariencia y autocontrol del peso, y la explicación aumenta a 61.8%, resultando el modelo significativo ($F= 52.684$, $p=$

.000). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 9.7%, con una F de cambio de 24.793 significativa ($p = .000$). Dicho valor corresponde al porcentaje de varianza de satisfacción con la vida es explicado por la combinación lineal de las variables introducidas en este modelo.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora actitud hacia la apariencia y la variable moderadora autocontrol del peso. La explicación aumenta a 62.3% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F = 45.763$, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.4%, con una F de cambio de 2.235 no significativa ($p = .137$), por lo que la interacción no es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma moderada y negativa por burlas ($\beta = -.437$, $p = .000$) y moderada-baja y positiva por autocontrol ($\beta = .362$, $p = .035$), lo que significa en las personas obesas, a menor percepción de frecuencias de burlas y a mayor autocontrol de peso, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, no se obtuvo un efecto moderador de la variable autocontrol sobre la relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida.

Regresiones Jerárquicas con la variable autoeficacia en el control del peso como moderadora

En la tabla 15 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **autoeficacia en el control del peso** en la relación entre **insatisfacción con la imagen corporal** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 15. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora y autoeficacia en el control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	2.170		1.179	.240	.176	.031	.031	3.224	2	.041
Sexo	1.983	.134	1.937	.054						
Edad	.079	.102	1.477	.141						
Modelo 2 (Constante)	24.038		13.819	.000	.778	.605	.574	146.913	2	.000
Sexo	-1.144	-.077	-1.664	.098						
Edad	.022	.029	.640	.523						
Burlas	-.236	-.442	-7.350	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.075	-.423	-6.860	.000						
Modelo 3 (Constante)	21.883		9.581	.000	.781	.609	.004	1.110	2	.332
Sexo	-1.171	-.079	-1.687	.093						
Edad	.026	.034	.758	.449						
Burlas	-.229	-.430	-7.069	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.070	-.394	-5.360	.000						
Insatisfacción con la imagen corporal	.008	.051	1.041	.299						
Autoeficacia	1.111	.078	1.219	.224						
Modelo 4 (Constante)	21.655		8.745	.000	.781	.610	.001	0.59	1	.809
Sexo	-1.164	-.079	-1.670	.096						
Edad	.028	.036	.785	.434						
Burlas	-.229	-.428	-7.012	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.070	-.393	-5.319	.000						
Insatisfacción con la imagen corporal	.010	.058	1.001	.318						
Autoeficacia	1.448	.101	.869	.386						
Insatisfacción imagen X autoeficacia	-.004	-.024	-.242	.809						

El modelo 1 explica un 3.1% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo ($F= 3.224$, $p= 0.41$).

Al incluir en el modelo 2 las variables burlas y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 60.5%, resultando el modelo significativo ($F= 77.399$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 57.4%, con una F de cambio de 146.913 y una significancia de .000, lo que indica que la combinación lineal de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables insatisfacción con la imagen corporal y autoeficacia en el control del peso, y la explicación aumenta a 61.0%, resultando el modelo significativo ($F= 52.026$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.4%, con

una F de cambio de 1.110 no significativa ($p = .332$), así la inclusión de estas variables no aporta una explicación significativa de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora insatisfacción con la imagen corporal y la variable moderadora autoeficacia en el control del peso. La explicación aumenta a 62.2% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F = 44.392$, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.01%, con una F de cambio de 0.59 no significativa ($p = .809$), por lo que la interacción no es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma moderada y negativa por burlas ($\beta = -.428$, $p = .000$) y moderada-baja y negativa por actitud hacia la apariencia ($\beta = -.393$, $p = .000$), lo que significa que a menor percepción de frecuencias de burlas y a menor actitud hacia la apariencia, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, no se obtuvo un efecto moderador de la variable autoeficacia en el control del peso sobre la relación entre insatisfacción con la imagen corporal y satisfacción con la vida.

En la tabla 16 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **autoeficacia en el control del peso** en la relación entre **burlas** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

El modelo 1 explica un 3.1% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo ($F = 3.224$, $p = 0.41$).

Tabla 16. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora y autoeficacia en el control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	2.170		1.179	.240	.176	.031	.031	3.244	2	.041
Sexo	1.983	.134	1.937	.054						
Edad	.079	.102	1.477	.141						
Modelo 2 (Constante)	18.842		9.815	.000	.710	.504	.473	96.200	2	.000
Sexo	-1.072	-.073	-1.384	.168						
Edad	.049	.063	1.262	.208						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.132	-.741	-	.000						
Actitud hacia la apariencia	.011	.069	1.284	.201						
Modelo 3 (Constante)	21.883		9.581	.000	.781	.609	.106	27.112	2	.000
Sexo	-1.171	-.079	-1.687	.093						
Edad	.026	.034	.758	.449						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.070	-.394	-5.360	.000						
Actitud hacia la apariencia	.008	.051	1.041	.299						
Burlas	-.229	-.430	-7.069	.000						
Autoeficacia	1.111	.078	1.219	.224						
Modelo 4 (Constante)	19.338		7.186	.000	.785	.616	.006	3.113	1	.079
Sexo	-.976	-.066	-1.396	.164						
Edad	.014	.018	.403	.687						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.067	-.376	-5.083	.000						
Actitud hacia la apariencia	.009	.056	1.166	.245						
Burlas	-.180	-.338	-4.237	.000						
Autoeficacia	5.417	.379	2.081	.039						
Burlas X autoeficacia	-.102	-.268	-1.764	.079						

Al incluir en el modelo 2 las variables insatisfacción con la imagen corporal y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 50.4%, resultando el modelo significativo ($F=51.236$, $p=.000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 47.3%, con una F de cambio de 96.200 y una significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas explica dicho porcentaje de la varianza de la satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables burlas y autoeficacia en el control del peso, y la explicación aumenta a 60.9%, resultando el modelo significativo ($F=51.236$, $p=.000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 10.6%, con una F de cambio de 27.112 significativa ($p=.000$). Dicho valor corresponde al porcentaje de varianza de satisfacción con

la vida que es explicado por la combinación lineal de las variables introducidas en este modelo.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora burlas y la variable moderadora autoeficacia en el control del peso. La explicación aumenta a 61.6% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F=45.509$, $p=.000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.6%, con una F de cambio de 3.113 ($p=.079$), lo que señala que la interacción no es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada por de forma moderada-baja y negativa por burlas ($\beta=-.338$, $p=.000$), moderada-baja y negativa por insatisfacción con la imagen corporal y burlas ($\beta=-.376$, $p=.000$), y moderada-baja y positiva por autoeficacia ($\beta=.379$, $p=.000$), lo que significa que a menor percepción de frecuencia de burlas, menor actitud hacia la apariencia y mayor autoeficacia en el control del peso mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, no se obtuvo un efecto moderador de la variable autoeficacia en el control del peso sobre la relación entre burlas y satisfacción con la vida.

En la tabla 17 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **autoeficacia en el control del peso** en la relación entre **actitud hacia la apariencia** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 17 Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora y autoeficacia en el control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	2.170		1.179	.240	.176	.031	.031	3.244	2	.041
Sexo	1.983	.134	1.937	.054						
Edad	.079	.102	1.477	.141						
Modelo 2 (Constante)	21.688		10.816	.000	.718	.516	.485	101.075	2	.000
Sexo	-.194	-.013	-.258	.796						
Edad	.017	.021	.432	.667						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.008	-.051	-1.002	.317						
Burlas	-.377	-.706	-13.897	.000						
Modelo 3 (Constante)	21.883		9.581	.000	.781	.609	.094	24.046	2	.000
Sexo	-1.171	-.079	-1.687	.093						
Edad	.026	.034	.758	.449						
Insatisfacción con la imagen corporal	.008	.051	1.041	.299						
Burlas	-.229	-.430	-7.069	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.070	-.394	-5.360	.000						
Autoeficacia	1.111	.078	1.219	.224						
Modelo 4 (Constante)	18.526		5.551	.000	.783	.613	.004	1.896	1	.170
Sexo	-1.018	-.069	-1.450	.149						
Edad	.024	.031	.692	.490						
Insatisfacción con la imagen corporal	.008	.048	.998	.320						
Bulas	-.234	-.439	-7.195	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.044	-.247	-1.899	.059						
Autoeficacia	5.356	.375	1.666	.097						
Actitud hacia la apariencia X Autoeficacia	-.034	-.233	-1.377	.170						

El modelo 1 explica un 3.1% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo ($F= 3.224$, $p= 0.41$).

Al incluir en el modelo 2 las variables insatisfacción con la imagen corporal y burlas, la explicación aumenta a 51.6%, resultando el modelo significativo ($F= 53.751$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 48.5%, con una F de cambio de 101.075 y una significancia de .000, lo que indica que la combinación lineal de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables actitud hacia la apariencia y autoeficacia en el control del peso, y la explicación aumenta a 60.9%, resultando el modelo significativo ($F= 52.026$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 9.4%, con una F de cambio de

24.046 significativa ($p = .000$). Dicho valor corresponde al porcentaje de varianza de satisfacción con la vida es explicado por la combinación lineal de las variables introducidas en este modelo.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora actitud hacia la apariencia y la variable moderadora autoeficacia en el control del peso. La explicación aumenta a 61.3% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F = 45.044$, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.4%, con una F de cambio de 1.896 no significativa ($p = .170$), por lo que la interacción no es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma moderada y negativa por burla ($\beta = -.439$, $p = .000$), lo que significa a menor percepción de frecuencia de burlas, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, no se obtuvo un efecto moderador de la variable autoeficacia en el control del peso sobre la relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida.

Regresiones Jerárquicas con la variable Interno de locus de control del peso como moderadora

En la tabla 18 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **Interno de locus de control del peso** en la relación entre la **insatisfacción con la imagen corporal** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 18. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora e interno de locus de control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	1.713		1.023	.307						
Sexo	1.793	.133	1.894	.060	.199	.039	.039	4.066	2	.019
Edad	.092	.131	1.867	.063						
Modelo 2 (Constante)	17.934		9.409	.000	.661	.438	.398	69.363	2	.000
Sexo	-.270	-.020	-.352	.725						
Edad	.044	.063	1.160	.248						
Burlas	-.247	-.510	-7.478	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.034	-.203	-2.880	.004						
Modelo 3 (Constante)	16.782		8.033	.000	.667	.445	.008	1.315	2	.271
Sexo	.004	.000	.005	.996						
Edad	.054	.077	1.379	.170						
Burlas	-.236	-.487	-6.993	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.032	-.193	-2.498	.013						
Insatisfacción con la imagen corporal	.007	.049	.821	.413						
Interno	-1.106	-.087	-1.437	.152						
Modelo 4 (Constante)	16.022		7.229	.000	.669	.448	.003	1.050	1	.307
Sexo	-.063	-.005	-.080	.936						
Edad	.056	.079	1.421	.157						
Burlas	-.229	-.472	-6.644	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.035	-.209	-2.652	.009						
Insatisfacción con la imagen corporal	.016	.108	1.301	.195						
Interno	.450	.036	.264	.792						
Insatisfacción imagen X Interno	-.017	-.153	-1.025	.307						

El modelo 1 explica un 3.9% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo ($F= 4.066$, $p= .019$).

Al incluir en el modelo 2 las variables burlas y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 43.8%, resultando el modelo significativo ($F= 38.118$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 39.8%, con una F de cambio de 69.363 y una significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables insatisfacción con la imagen corporal y locus de control interno, y la explicación aumenta a 44.5%, resultando el modelo significativo ($F= 25.932$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.8%, con una F de cambio de

1.315 no significativa ($p= .271$), así la inclusión de estas variables no aporta una explicación significativa de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora insatisfacción con la imagen corporal y la variable moderadora interno de locus de control del peso. La explicación aumenta a 44.8% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F= 22.384$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.3%, con una F de cambio de 1.050 ($p= .307$), indicando que la interacción no es significativa.

Para el modelo final, la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada moderada y negativa por burlas ($\beta= -.472$, $p= .000$) y baja y negativa por actitud hacia la apariencia ($\beta= -.209$, $p= .000$), lo que significa que a menor percepción de frecuencia de burlas y a menor actitud hacia la apariencia, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, no se obtuvo un efecto moderador de la variable Interno de locus de control del control del peso sobre la relación entre insatisfacción con la imagen corporal y satisfacción con la vida.

En la tabla 19 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **interno de locus de control del peso** en la relación entre **burlas** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 19. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora e interno de locus de control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR^2	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	1.713		1.023	.307	.199	.039	.039	4.066	2	.019
Sexo	1.793	.133	1.894	.060						
Edad	.092	.131	1.867	.063						
Modelo 2 (Constante)	11.959		5.528	.000	.533	.284	.244	33.433	2	.000
Sexo	-.295	-.022	-.340	.734						
Edad	.082	.117	1.875	.062						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.091	-.547	-8.040	.000						
Actitud hacia la apariencia	.014	.091	1.354	.177						
Modelo 3 (Constante)	16.782		8.033	.000	.667	.445	.161	28.191	2	.000
Sexo	.004	.000	.005	.996						
Edad	.054	.077	1.379	.170						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.032	-.193	-2.498	.013						
Actitud hacia la apariencia	.007	.049	.821	.413						
Burlas	-.236	-.487	-6.993	.000						
Interno	-1.106	-.087	-1.437	.152						
Modelo 4 (Constante)	14.036		6.157	.000	.683	.466	.021	7.705	1	.006
Sexo	.272	.020	.350	.727						
Edad	.047	.066	1.206	.229						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.028	-.168	-2.188	.030						
Actitud hacia la apariencia	.010	.064	1.078	.282						
Burlas	-.172	-.354	-4.243	.000						
Interno	5.228	.413	2.175	.031						
Burlas X Interno	-.157	-.598	-2.776	.006						

El modelo 1 explica un 3.9% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo ($F= 4.066$, $p= .019$).

Al incluir en el modelo 2 las variables insatisfacción con la imagen corporal y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 28.4%, resultando el modelo significativo ($F= 19.416$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 24.4%, con una F de cambio de 33.433 y una significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de la satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables burlas y locus de control interno, y la explicación aumenta a 44.5%, resultando el modelo significativo ($F= 25.932$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 16.1%, con una F de cambio de 28.191 significativa

($p = .000$). Dicho valor corresponde al porcentaje de varianza de satisfacción con la vida que es explicado por la combinación lineal de las variables introducidas en este modelo.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora burlas y la variable moderadora interno de locus de control del peso. La explicación aumenta a 46.6% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F = 24.097$, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 2.1%, con una F de cambio de 7.705 ($p = .006$), señalando que la interacción es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma baja y negativa por insatisfacción con la imagen corporal ($\beta = -.168$, $p = .030$), moderada-baja y negativa por burlas ($\beta = -.354$, $p = .030$) y moderada y positiva por interno ($\beta = .413$, $p = .031$), lo que significa que, a menor insatisfacción con la imagen personal, a menor percepción de frecuencias de burlas y a mayor locus de control interno, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, se obtuvo un efecto moderador de la variable interno de locus de control del peso sobre la relación entre burlas y satisfacción con la vida.

Dado que el producto cruzado (interacción) de las variables burlas e interno es significativo ($\beta = -.598$, $p = .006$), se procede a analizar el gráfico de interacción XX para determinar el efecto moderador de interno de locus de control del peso en la relación entre burlas y satisfacción con la vida.

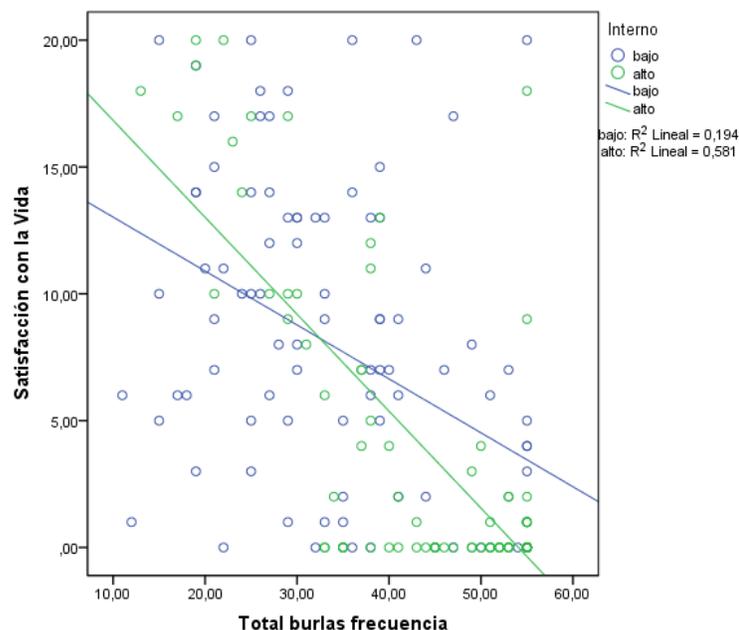


Figura 21: Gráfico de interacción de burlas x interno de locus de control sobre satisfacción con la vida

En la figura 21 puede observarse que en general las personas obesas que perciben haber estado más expuestas a las burlas manifiestan estar más insatisfechas con la vida. No obstante, esta relación es más fuerte cuando la persona tiene una alta internalidad, es decir, a medida que la exposición a burlas es mayor, aquellas personas obesas que reportan mayor creencia de ser responsables de su peso manifiestan significativamente mayor insatisfacción con la vida que las personas que presentan menor sensibilidad a las burlas. En el grupo de baja internalidad, la relación entre burlas y satisfacción con la vida es baja.

En la tabla 20 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **interno de locus de control del peso** en la relación entre **actitud hacia la apariencia** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 20. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora e interno de locus de control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR^2	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	1.713		1.023	.307	.199	.039	.039	4.066	2	.019
Sexo	1.793	.133	1.894	.060						
Edad	.092	.131	1.867	.063						
Modelo 2 (Constante)	16.425		7.933	.000	.643	.414	.374	62.622	2	.000
Sexo	.281	.021	.367	.714						
Edad	.042	.060	1.054	.293						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.002	-.015	-.257	.797						
Burlas	-.303	-.625	-11.069	.000						
Modelo 3 (Constante)	16.782		8.033	.000	.667	.445	.031	0.441	2	.005
Sexo	.004	.000	.005	.996						
Edad	.054	.077	1.379	.170						
Insatisfacción con la imagen corporal	.007	.049	.821	.413						
Burlas	-.236	-.487	-6.993	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.032	-.193	-2.498	.013						
Interno	-1.106	-.087	-1.437	.152						
Modelo 4 (Constante)	13.948		6.560	.000	.699	.489	.044	16.640	1	.000
Sexo	-.276	-.020	-.364	.716						
Edad	.039	.055	1.027	.306						
Insatisfacción con la imagen corporal	.005	.033	.575	.566						
Bulas	-.219	-.452	-6.698	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.002	-.010	-.121	.904						
Interno	8.050	.636	3.406	.001						
Actitud hacia la apariencia X Interno	-.078	-.856	-4.079	.000						

El modelo 1 explica un 3.9% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo ($F= 4.066$, $p= .019$).

Al incluir en el modelo 2 las variables insatisfacción con la imagen corporal y burlas, la explicación aumenta a 41.4%, resultando el modelo significativo ($F= 34.610$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 37.4%, con una F de cambio de 62.622 y una significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables actitud hacia la apariencia y locus de control interno, y la explicación aumenta a 44.5%, resultando el modelo significativo ($F= 25.932$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 3.1%, con una F de cambio de 0.441

significativa ($p = .005$). Dicho valor corresponde al porcentaje de varianza de satisfacción con la vida que es explicado por la combinación lineal de las variables introducidas en este modelo.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora actitud hacia la apariencia y la variable moderadora interno de locus de control del peso. La explicación aumenta a 48.9% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F = 26.397$, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 4.4%, con una F de cambio de 16.640 ($p = .000$), por lo que la interacción es significativa.

Para el modelo final, la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma moderada y negativa por burlas ($\beta = -.450$, $p = .000$) y alta y positiva por interno ($\beta = .636$, $p = .000$) lo que significa que a mayor percepción de frecuencias de burlas y menor locus de control interno menor es la satisfacción con la vida. Finalmente, se obtuvo un efecto moderador de la variable Interno de locus de control del control del peso sobre la relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida.

Dado que el producto cruzado (interacción) de las variables actitud hacia la apariencia e interno es significativo ($\beta = -.856$, $p = .000$), se procede a analizar el gráfico de interacción XX para determinar el efecto moderador de interno de locus de control del peso en la relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida.

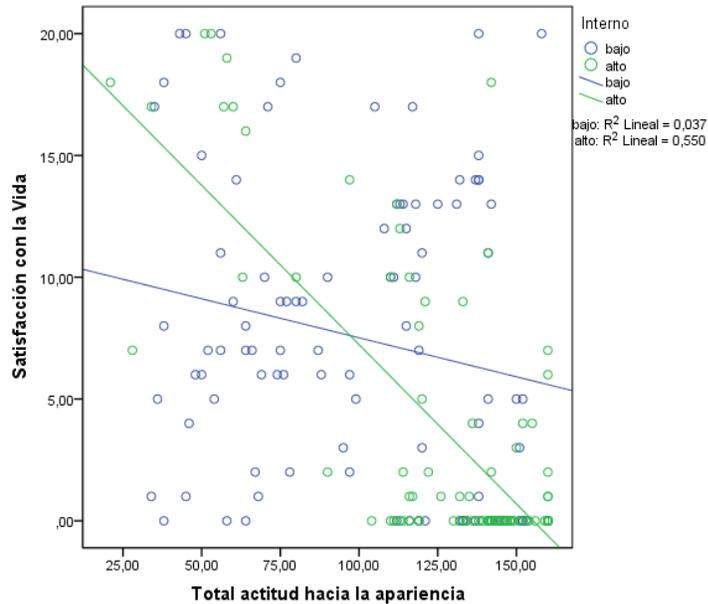


Figura 22: Gráfico de interacción de actitud hacia la apariencia x interno de locus de control sobre satisfacción con la vida

En la figura 22 puede observarse que en general las personas obesas que presentan mayor actitud hacia la apariencia manifiestan estar más insatisfechas con la vida. No obstante, esta relación es más fuerte cuando la persona tiene una alta internalidad, es decir, a mayor actitud hacia la apariencia dejándose influenciar más por el ideal delgado, aquellas personas obesas que reportan mayor creencia de ser responsables de su peso manifiestan significativamente mayor insatisfacción con la vida que las personas que presentan menor actitud hacia la apariencia. Cuando el locus de control del peso interno es bajo, no hay relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida.

Regresiones Jerárquicas con la variable otros poderosos de locus de control del peso como moderadora

En la tabla 21 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **otros poderosos de locus de control del peso**

en la relación entre la **insatisfacción con la imagen corporal** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 21. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora y otros poderosos de locus de control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	1.669		1.055	.293	.200	.040	.040	4.648	2	.011
Sexo	1.790	.134	2.029	.044						
Edad	.091	.130	1.965	.051						
Modelo 2 (Constante)	19.021		11.369	.000	.707	.500	.460	102.086	2	.000
Sexo	-.194	-.015	-.284	.777						
Edad	.044	.062	1.286	.200						
Burlas	-.264	-.536	-8.705	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.036	-.225	-3.500	.001						
Modelo 3 (Constante)	18.149		10.218	.000	.711	.505	.005	1.167	2	.313
Sexo	-.057	-.004	-.083	.934						
Edad	.049	.070	1.438	.152						
Burlas	-.263	-.535	-8.663	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.037	-.233	-3.243	.001						
Insatisfacción con la imagen corporal	.011	.073	1.420	.157						
Otros poderosos	-.386	-.029	-.547	.585						
Modelo 4 (Constante)	16.577		7.991	.000	.714	.510	.005	2.120	2	.147
Sexo	.002	.000	.003	.997						
Edad	.055	.078	1.598	.111						
Burlas	-.260	-.528	-8.560	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.038	-.238	-3.306	.001						
Insatisfacción con la imagen corporal	.027	.176	2.014	.045						
Otros poderosos	1.604	.122	1.044	.298						
Insatisfacción imagen X Otros poderosos	-.023	-.205	-1.456	.147						

El modelo 1 explica un 4.0% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo (F= 4.648, p= .011).

Al incluir en el modelo 2 las variables burlas y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 50.0%, resultando el modelo significativo (F= 55.464, p= .000). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 46%, con una F de cambio de 102.086 y una significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables insatisfacción con la imagen corporal y otros poderosos de locus de control del peso, y la explicación aumenta a 50.5%, resultando el modelo significativo ($F= 37.420$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.5%, con una F de cambio de 1.167 no significativa ($p= .313$), así la inclusión de estas variables no aporta una explicación significativa de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora insatisfacción con la imagen corporal y la variable moderadora otros poderosos de locus de control del peso. La explicación aumenta a 51.0% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F= 32.541$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.5%, con una F de cambio de 2.120 ($p= .147$), indicando que la interacción no es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma alta y negativa por burlas ($\beta= -.528$, $p= .000$), baja y negativa por actitud hacia la apariencia ($\beta= -.238$, $p= .000$) y baja y negativa por insatisfacción con la imagen corporal ($\beta= .176$, $p= .045$), lo que significa que, a menor percepción de frecuencias de burlas, a menor actitud hacia la apariencia y a mayor insatisfacción con la imagen corporal, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, no se obtuvo un efecto moderador de la variable otros poderosos de locus de control del peso sobre la relación entre insatisfacción con la imagen corporal y satisfacción con la vida.

En la tabla 22 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **otros poderosos de locus de control del peso** en la relación entre **burlas** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 22. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora y otros de locus de control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	1.669		1.055	.293	.200	.040	.040	4.648	2	.011
Sexo	1.790	.134	2.029	.044						
Edad	.091	.130	1.965	.051						
Modelo 2 (Constante)	12.189		6.464	.000	.580	.336	.296	49.564	2	.000
Sexo	-.663	-.050	-.840	.402						
Edad	.092	.131	2.357	.019						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.096	-.599	-9.876	.000						
Actitud hacia la apariencia	.014	.091	1.543	.124						
Modelo 3 (Constante)	18.149		10.218	.000	.711	.505	.169	37.530	2	.000
Sexo	-.057	-.004	-.083	.934						
Edad	.049	.070	1.438	.152						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.037	-.233	-3.243	.001						
Actitud hacia la apariencia	.011	.073	1.420	.157						
Burlas	-.263	-.535	-8.663	.000						
Otros poderosos	-.386	-.029	-.547	.585						
Modelo 4 (Constante)	11.232		5.626	.000	.760	.577	.072	37.399	1	.000
Sexo	-.006	.000	-.010	.992						
Edad	.049	.069	1.534	.126						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.031	-.192	-2.867	.005						
Actitud hacia la apariencia	.012	.079	1.669	.097						
Burlas	-.096	-.195	-2.441	.015						
Otros poderosos	10.754	.818	5.557	.000						
Burlas X Otros poderosos	-.284	-1.050	-6.115	.000						

El modelo 1 explica un 4.0% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo ($F= 4.648$, $p= .011$).

Al incluir en el modelo 2 las variables insatisfacción con la imagen corporal y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 33.6%, resultando el modelo significativo ($F= 28.113$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 29.6%, con una F de cambio de 49.564 y una significancia de .000, lo que indica la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de la satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables burlas y otros poderosos de locus de control del peso, y la explicación aumenta a 50.5%, resultando el modelo significativo ($F= 37.420$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 16.9%, con una F de cambio de 37.530

significativa ($p = .000$). Dicho valor corresponde al porcentaje de varianza de satisfacción con la vida que es explicado por la combinación lineal de las variables introducidas en este modelo.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora burlas y la variable moderadora otros poderosos de locus de control del peso. La explicación aumenta a 57.7% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F = 42.724$, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 7.2%, con una F de cambio de 37.399 ($p = .000$), señalando que la interacción es significativa.

Para el modelo final, la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma baja y negativa insatisfacción con la imagen corporal ($\beta = -.192$, $p = .005$), baja y negativa por burlas ($\beta = -.195$, $p = .015$) y alta y positiva por otros poderosos ($\beta = .818$, $p = .000$), lo que significa que a menor insatisfacción con la imagen corporal, a menor percepción de frecuencias de burlas y a mayor locus de control por otros poderosos, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, se obtuvo un efecto moderador de la variable otros poderosos de locus de control del peso sobre la relación entre burlas y satisfacción con la vida.

Dado que el producto cruzado (interacción) de las variables burlas y otros poderosos es significativo ($\beta = -1.050$, $p = .000$), se procede a analizar el gráfico de interacción XX para determinar el efecto moderador de otros poderosos de locus de control del peso en la relación entre burlas y satisfacción con la vida.

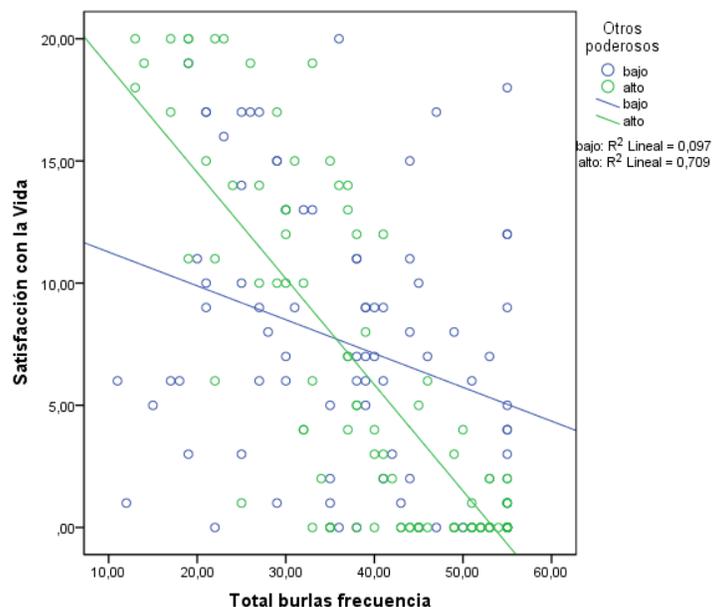


Figura 23: Gráfico de interacción de burlas x otros poderosos de locus de control sobre satisfacción con la vida

En la figura 23 puede observarse que en general las personas obesas que son más sensibles a las burlas manifiestan estar más insatisfechas con la vida. No obstante, esta relación es más fuerte cuando la persona tiene mayor creencia en el poder de otros poderosos, es decir, a medida que la exposición a burlas es mayor, aquellas personas obesas que reportan creer más en el poder de otras personas para el control de su peso manifiestan significativamente mayor insatisfacción con la vida que las personas que presentan menor sensibilidad a las burlas. La relación entre burlas y satisfacción con la vida es casi nula cuando el locus de control por otros poderosos es bajo.

En la tabla 23 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **otros poderosos de locus de control del peso**

en la relación entre **actitud hacia la apariencia** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 23. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora y otros poderosos de locus de control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR^2	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	1.669		1.055	.293	.200	.040	.040	4.648	2	.011
Sexo	1.790	.134	2.029	.044						
Edad	.091	.130	1.965	.051						
Modelo 2 (Constante)	17.321		9.571	.000	.688	.473	.433	91.178	2	.000
Sexo	.665	.050	.982	.327						
Edad	.036	.051	1.024	.307						
Insatisfacción con la imagen corporal	.004	.026	.509	.612						
Burlas	-.331	-.674	-13.430	.000						
Modelo 3 (Constante)	18.149		10.218	.000	.711	.505	.032	7.164	2	.001
Sexo	-.057	-.004	-.083	.934						
Edad	.049	.070	1.438	.152						
Insatisfacción con la imagen corporal	.011	.073	1.420	.157						
Burlas	-.263	-.535	-8.663	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.037	-.233	-3.243	.001						
Otros poderosos	-.386	-.029	-.547	.585						
Modelo 4 (Constante)	12.439		6.655	.000	.763	.582	.044	40.049	1	.000
Sexo	-.759	-.057	-1.177	.240						
Edad	.049	.070	1.564	.119						
Insatisfacción con la imagen corporal	.012	.074	1.566	.119						
Bulas	-.235	-.479	-8.315	.000						
Actitud hacia la apariencia	.018	.110	1.283	.201						
Otros poderosos	10.695	.813	5.726	.000						
Actitud hacia la apariencia X Otros poderosos	-.105	-1.118	-6.328	.000						

El modelo 1 explica un 4.0% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo ($F= 4.648$, $p= .011$).

Al incluir en el modelo 2 las variables burlas e insatisfacción con la imagen corporal, la explicación aumenta a 47.3%, resultando el modelo significativo ($F= 49.784$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 43.3%, con una F de cambio de 91.178 y una

significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables actitud hacia la apariencia y otros poderosos en el control del peso, y la explicación aumenta a 50.5%, resultando el modelo significativo ($F= 37.420$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 3.2%, con una F de cambio de 7.164 significativa ($p= .001$), así la inclusión de estas variables aporta dicho porcentaje en la explicación de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora actitud hacia la apariencia y la variable moderadora otros poderosos de locus de control del peso. La explicación aumenta a 58.2% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F= 43.489$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 4.4%, con una F de cambio de 40.409 ($p= .000$), indicando que la interacción es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicado de forma moderada y negativa por burlas ($\beta= -.479$, $p= .000$) alta y positiva por otros poderosos ($\beta= .813$, $p= .000$), lo que significa que a menor percepción de frecuencias de burlas y a mayor locus de control por otros poderosos, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, se obtuvo un efecto moderador de la variable otros poderosos de locus de control del control del peso sobre la relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida.

Dado que el producto cruzado (interacción) de las variables actitud hacia la apariencia y otros poderosos de locus de control es significativo ($\beta= -1.118$, $p= .000$), se procede a analizar el gráfico de interacción XX para determinar el efecto moderador de otros poderosos de locus de control del peso en la relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida.

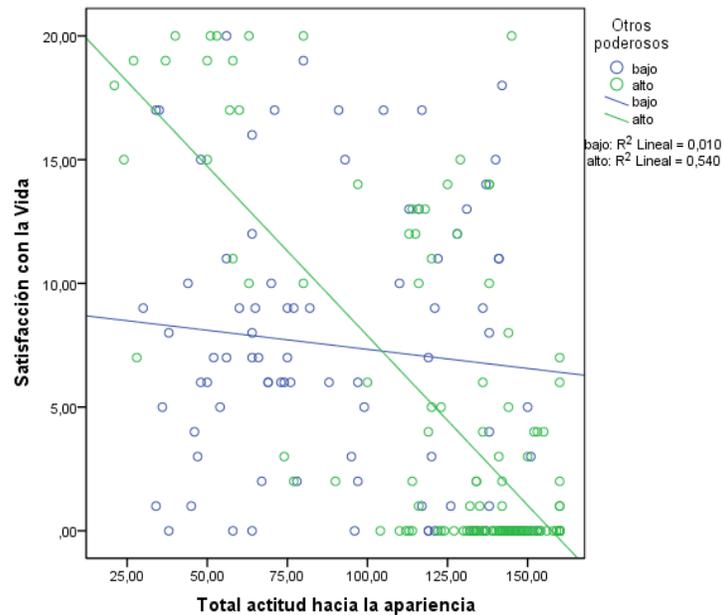


Figura 24: Gráfico de interacción de actitud hacia la apariencia x otros poderosos de locus de control sobre satisfacción con la vida

En la figura 24 se observa que en las personas obesas con un alto locus de control del peso por otros poderosos existe una relación fuerte entre la actitud hacia la apariencia y la satisfacción con la vida. Es decir, aquellas que se dejan influenciar más por los aspectos socioculturales que fomentan la delgadez manifiestan estar más insatisfechas con la vida. La relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida es nula cuando el locus de control por otros poderosos es bajo.

Regresiones Jerárquicas con la variable azar de locus de control del peso como moderadora

En la tabla 24 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **azar de locus de control del peso** en la

relación entre la **insatisfacción con la imagen corporal** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 24. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de insatisfacción con la imagen corporal como predictora y azar de locus de control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	1.807		1.054	.293	.165	.027	.027	3.159	2	.044
Sexo	1.226	.087	1.318	.189						
Edad	.101	.134	2.044	.042						
Modelo 2 (Constante)	19.427		10.691	.000	.684	.467	.440	92.557	2	.000
Sexo	-.817	-.058	-1.140	.256						
Edad	.054	.072	1.457	.146						
Burlas	-.218	-.426	-6.734	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.055	-.328	-5.062	.000						
Modelo 3 (Constante)	17.904		9.537	.000	.705	.497	.030	6.569	2	.002
Sexo	-1.034	-.073	-1.455	.147						
Edad	.059	.078	1.625	.106						
Burlas	-.217	-.424	-6.865	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.040	-.238	-3.179	.002						
Insatisfacción con la imagen corporal	.012	.077	1.504	.134						
Azar	-2.575	-.193	-3.157	.002						
Modelo 4 (Constante)	17.478		8.817	.000	.706	.498	.001	.547	1	.500
Sexo	-1.042	-.074	-1.464	.145						
Edad	.059	.079	1.634	.104						
Burlas	-.215	-.421	-6.797	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.042	-.252	-3.242	.001						
Insatisfacción con la imagen corporal	.019	.120	1.467	.144						
Azar	-1.526	-.115	-.870	.385						
Insatisfacción imagen X Azar	-.011	-.094	-.676	.500						

El modelo 1 explica un 2.7% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo (F= 3.159, p= .044).

Al incluir en el modelo 2 las variables burlas y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 46.7%, resultando el modelo significativo (F= 41.138, p= .000). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 44%, con una F de cambio de 92.557 y una significancia de .000, lo que indica que la combinación lineal al introducir estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables insatisfacción con la imagen corporal y azar de locus de control del peso, y la explicación aumenta a 49.7%, resultando el modelo significativo ($F= 36.577$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 3%, con una F de cambio de 6.569 significativa ($p= .002$), así la inclusión de estas variables aporta dicho porcentaje en la explicación de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora insatisfacción con la imagen corporal y la variable moderadora azar de locus de control del peso. La explicación aumenta a 49.8% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F= 36.557$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 0.1%, con una F de cambio de .547 ($p= .500$), indicando que la interacción no es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma negativa y moderada por burlas ($\beta= -.421$, $p= .000$) y baja y negativa por actitud hacia la apariencia ($\beta= -.252$, $p= .000$) lo que significa que a menor percepción de frecuencias de burlas y a menor actitud hacia la apariencia, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, no se obtuvo un efecto moderador de la variable azar de locus de control del control del peso sobre la relación entre insatisfacción con la imagen corporal y satisfacción con la vida.

En la tabla 25 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **azar de locus de control del peso** en la relación entre **burlas** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 25. Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de burlas como predictora y azar de locus de control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R2	ΔR2	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	1.807		1.054	.293	.165	.027	.027	3.159	2	.044
Sexo	1.226	.087	1.318	.189						
Edad	.101	.134	2.044	.042						
Modelo 2 (Constante)	13.902		7.099	.000	.607	.368	.341	60.442	2	.000
Sexo	-.849	-.060	-1.083	.280						
Edad	.080	.107	1.993	.047						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.105	-.628	-10.902	.000						
Actitud hacia la apariencia	.016	.099	1.750	.082						
Modelo 3 (Constante)	17.904		9.537	.000	.705	.497	.129	28.465	2	.000
Sexo	-1.034	-.073	-1.455	.147						
Edad	.059	.078	1.625	.106						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.040	-.238	-3.179	.002						
Actitud hacia la apariencia	.012	.077	1.504	.134						
Burlas	-.217	-.424	-6.865	.000						
Azar	-2.575	-.193	-3.157	.002						
Modelo 4 (Constante)	16.083		7.997	.000	.714	.510	.012	5.606	1	.019
Sexo	-1.117	-.079	-1.586	.114						
Edad	.059	.078	1.645	.101						
Insatisfacción con la imagen corporal	-.041	-.247	-3.319	.001						
Actitud hacia la apariencia	.012	.072	1.435	.153						
Burlas	-.160	-.313	-4.067	.000						
Azar	2.654	.199	1.129	.260						
Burlas X Azar	-.125	-.456	-2.368	.019						

El modelo 1 explica un 2.7% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo ($F= 3.159$, $p= .044$).

Al incluir en el modelo 2 las variables insatisfacción con la imagen corporal y actitud hacia la apariencia, la explicación aumenta a 36.8%, resultando el modelo significativo ($F= 32.631$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 34.1%, con una F de cambio de 60.442 y una significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de la satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables burlas y azar de locus de control del peso, y la explicación aumenta a 49.7%, resultando el modelo significativo ($F= 36.577$, $p= .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 12.9%, con una F de cambio de 28.465 significativa

($p = .000$). Dicho valor corresponde al porcentaje de varianza de satisfacción con la vida que es explicado por la combinación lineal de las variables introducidas en este modelo.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora burlas y la variable moderadora azar de locus de control del peso. La explicación aumenta a 51.0% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F = 32.803$, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 1.2%, con una F de cambio de 5.609 ($p = .019$), señalando que la interacción es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma baja y negativa por insatisfacción con la imagen corporal ($\beta = -.247$, $p = .001$), y moderada-baja y negativa burlas ($\beta = -.313$, $p = .000$), lo que significa que a menor insatisfacción con la imagen corporal y a menor percepción de frecuencia de burlas, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, se obtuvo un efecto moderador de la variable azar de locus de control del peso sobre la relación entre burlas y satisfacción con la vida.

Dado que el producto cruzado (interacción) de las variables burlas y azar es significativo ($\beta = -.456$, $p = .019$), se procede a analizar el gráfico de interacción XX para determinar el efecto moderador de azar de locus de control del peso en la relación entre burlas y satisfacción con la vida.

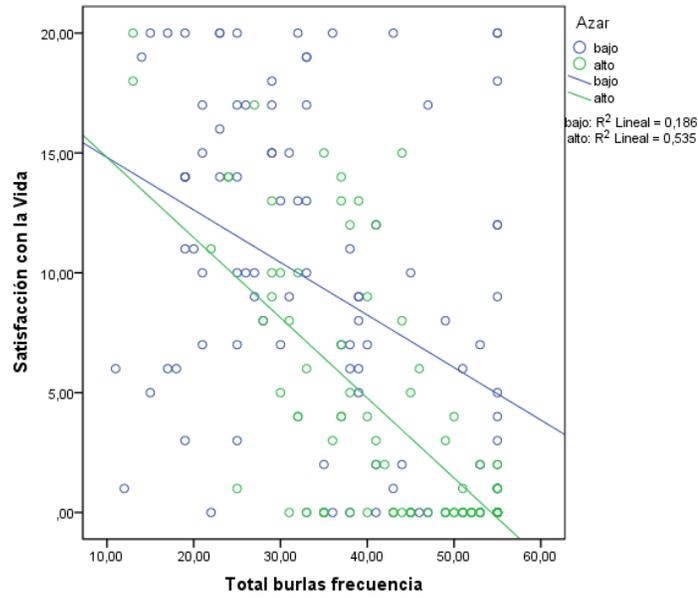


Figura 25: Gráfico de interacción de burlas x azar de locus de control sobre satisfacción con la vida

En la figura 25 puede observarse que en general las personas obesas que son más sensibles a las burlas manifiestan estar más insatisfechas con la vida. No obstante, esta relación es más fuerte cuando la persona tiene mayor creencia en el azar, es decir, a medida que la exposición a burlas es mayor, aquellas personas obesas que reportan creer más en que el azar determina su peso manifiestan significativamente mayor insatisfacción con la vida que las personas que presentan menor sensibilidad a las burlas. La relación entre burlas y satisfacción con la vida es baja cuando el locus de control del peso por azar es bajo.

En la tabla 26 se presentan los resultados del análisis de regresión jerárquica para evaluar el posible rol moderador de la variable **azar de locus de control del peso** en la relación entre **actitud hacia la apariencia** y **satisfacción con la vida** en personas obesas que asisten a tratamiento.

Tabla 26 Análisis de regresión jerárquica para la variable satisfacción con la vida con el producto cruzado de actitud hacia la apariencia como predictora y azar de locus de control del peso como moderadora

	B	Beta	t	Sig	R	R ²	ΔR ²	ΔF	gl	Sig. del cambio en F
Modelo 1 (Constante)	1.807		1.054	.293	.165	.027	.027	3.159	2	.044
Sexo	1.226	.087	1.318	.189						
Edad	.101	.134	2.044	.042						
Modelo 2 (Constante)	16.718		8.370	.000	.638	.407	.380	71.719	2	.000
Sexo	.045	.003	.060	.952						
Edad	.056	.074	1.426	.155						
Insatisfacción con la imagen corporal	.004	.023	.439	.661						
Burlas	-.321	-.629	-11.886	.000						
Modelo 3 (Constante)	17.904		9.537	.000	.719	.517	.020	8.942	2	.000
Sexo	-1.034	-.073	-1.455	.147						
Edad	.059	.078	1.625	.106						
Insatisfacción con la imagen corporal	.012	.077	1.504	.134						
Burlas	-.217	-.424	-6.865	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.040	-.238	-3.179	.002						
Azar	-2.575	-.193	-3.157	.002						
Modelo 4 (Constante)	16.664		8.814	.000	.763	.582	.044	40.049	1	.003
Sexo	-1.616	-.114	-2.229	.027						
Edad	.051	.068	1.424	.156						
Insatisfacción con la imagen corporal	.009	.058	1.151	.251						
Burlas	-.202	-.396	-6.441	.000						
Actitud hacia la apariencia	-.023	-.136	-1.678	.095						
Azar	5.784	.434	1.989	.048						
Actitud hacia la apariencia X Azar	-.069	-.731	-2.990	.003						

El modelo 1 explica un 2.7% de la varianza de satisfacción con la vida a través de la combinación de las variables sexo y edad, y es significativo (F= 3.159, p= .044).

Al incluir en el modelo 2 las variables burlas e insatisfacción con la imagen corporal, la explicación aumenta a 40.7%, resultando el modelo significativo (F= 38.427, p= .000). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 38.0%, con una F de cambio de 71.719 y una significancia de .000, lo que indica que la introducción de estas nuevas variables explica dicho porcentaje de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 3 se incluyen las variables actitud hacia la apariencia y azar de locus de control del peso, y la explicación aumenta a 51.7%, resultando el modelo significativo (F= 36.577, p= .000). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 2.0%, con una F de cambio de

8.942 significativa ($p = .000$), así la inclusión de estas variables aporta dicho porcentaje en la explicación de la varianza de satisfacción con la vida.

En el modelo 4 se incluye el producto cruzado de la variable predictora actitud hacia la apariencia y la variable moderadora azar de locus de control del peso. La explicación aumenta a 58.2% de la varianza de la variable satisfacción con la vida, resultando el modelo significativo ($F = 33.751$, $p = .000$). En este paso, el cambio en R cuadrado es de 4.4%, con una F de cambio de 40.409 ($p = .003$), indicando que la interacción es significativa.

Para el modelo final la mayor proporción de varianza de satisfacción con la vida es explicada de forma baja y negativa por sexo ($\beta = -.114$, $p = .027$) y moderada-baja por burlas ($\beta = -.396$, $p = .000$) y azar ($\beta = .434$, $p = .048$), lo que significa que ser hombre, a menor percepción de frecuencias de burlas y a mayor locus de control por azar, mayor es la satisfacción con la vida. Finalmente, se obtuvo un efecto moderador de la variable azar de locus de control del control del peso sobre la relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida.

Dado que el producto cruzado (interacción) de la variable actitud hacia la apariencia y azar de locus de control es significativo ($\beta = -.731$, $p = .003$), se procede a analizar el gráfico de interacción XX para determinar el efecto moderador de azar de locus de control del peso en la relación entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida.

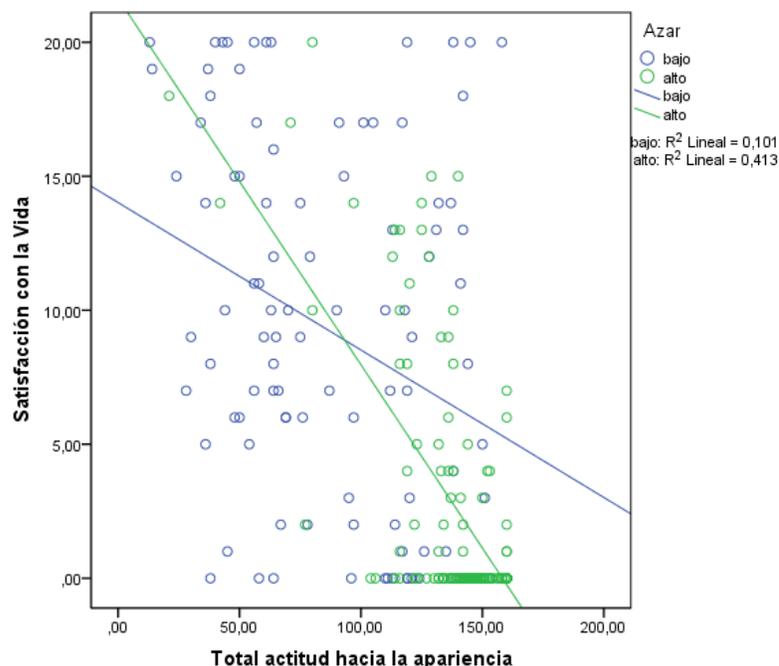


Figura 26: Gráfico de interacción de actitud hacia la apariencia x azar de locus de control sobre satisfacción con la vida

En la figura 26 se observa que en general las personas obesas que tienen mayor actitud hacia la apariencia, valorando más el ideal estético delgado, manifiestan estar más insatisfechas con la vida. No obstante, esta relación es más fuerte cuando la persona tiene mayor creencia en el azar como responsable del peso que tiene, es decir, a medida que se dejan influenciar más por los aspectos socioculturales que fomentan la delgadez, aquellas personas obesas que reportan mayor creencia en azar como determinante de su peso, manifiestan significativamente mayor insatisfacción con la vida que las personas que presentan menor actitud hacia la apariencia. La relación entre la actitud hacia la apariencia y la satisfacción con la vida es baja cuando el locus de control del peso por azar es bajo.

En resumen, se encontró un efecto moderador del autocontrol del peso y de las tres dimensiones de locus de control del peso en algunas relaciones entre las variables socioculturales y satisfacción con la vida.

En las personas obesas con alto autocontrol del se presenta una relación más fuerte entre la sensibilidad a las burlas y la satisfacción con la vida, donde mayor percepción de haber estado expuesto a burlas conlleva mayor insatisfacción con la vida.

En relación con el locus de control, las personas obesas con mayor internalidad, muestran una relación más fuerte entre burlas y satisfacción con la vida, así como entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida. Ello quiere en las personas con mayor creencia de ser responsables de su peso, cuando mayor es la sensibilidad a las burlas o cuando mayor es la influencia del ideal delgado valorado por la sociedad, mayor es la insatisfacción con la vida. Sin embargo, cuando esta creencia es baja, la relación entre estas variables socioculturales y la satisfacción con la vida es casi nula.

Por otro lado, las personas obesas con mayor creencia en otros poderosos también muestran una relación más fuerte entre burlas y satisfacción con la vida, así como entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida. Ello quiere en las personas que creen más en el poder de otros poderosos para el control del peso, cuando mayor es la sensibilidad a las burlas o cuando mayor es la influencia del ideal delgado valorado por la sociedad, mayor es la insatisfacción con la vida. Sin embargo, cuando esta creencia es baja, la relación entre estas variables socioculturales y la satisfacción con la vida es casi nula.

En relación con el azar, las personas obesas con mayor creencia de este tipo también muestran una relación más fuerte entre burlas y satisfacción con la vida, así como entre actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida. Ello quiere en las personas que creen más en el azar como responsable de peso, cuando mayor es la sensibilidad a las burlas o

cuando mayor es la influencia del ideal delgado valorado por la sociedad, mayor es la insatisfacción con la vida. Sin embargo, cuando esta creencia es baja, la relación entre estas variables socioculturales y la satisfacción con la vida es baja.

Finalmente, la autoeficacia en el control del peso no tuvo ningún efecto moderador en la relación entre las variables insatisfacción con la imagen corporal, sensibilidad a las burlas y actitud hacia la apariencia con la variable satisfacción con la vida.

V.- DISCUSIÓN

Enmarcada en el campo de la psicología de la salud (Oblitas, 2017), desde un modelo biopsicosocial (Gurung, 2019), la presente investigación tuvo por objetivo determinar, en personas obesas, el efecto moderador de la autorregulación del peso, la autoeficacia en el control del peso y el locus de control del peso en la influencia de las variables actitud hacia la apariencia física, percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal sobre la variable satisfacción con la vida.

Con esta finalidad, se buscó establecer si las variables de control personal de la conducta cumplen un rol protector en las personas obesas al disminuir el efecto negativo de la presión social sobre su satisfacción con la vida. Ello con el fin último, tal y como establecen los lineamientos de la OMS (2004), de poder identificar variables personales protectoras que puedan ser foco de intervención en planes preventivos y remediales para amortiguar el efecto negativo del contexto sociocultural, fomentar el bienestar psicológico de la persona obesa y facilitar la participación activa en su pérdida de peso.

En primer lugar, la discusión de resultados se inicia con el análisis de cómo se manifiestan las variables en la muestra de estudio. Se encontró que los participantes de este estudio se sienten mayormente insatisfechos con su vida, lo que coincide con la mayoría de los estudios en el área (Ball et al., 2004; Holec et al., 2016; Jarosz y Gugushvili, 2022; Kuroki, 2016; Mo y Bai, 2023; Ragazzonni et al. 1996).

Cabe resaltar que los participantes de este estudio asistían a tratamiento para perder peso, una condición que estudios previos han relacionado con presencia de mayor nivel de psicopatología y estrés (Fitzgibbon et al., 1993; Henderson y Huon, 2002), así como mayor malestar emocional caracterizado por ansiedad y depresión (Abouzedet et al., 2022), reforzando

la idea de que muestran insatisfacción con su vida.

Además, ser obeso trae consigo una serie de consecuencias tanto físicas, como sociales, psicológicas y económicas (Herman et al., 2019), por lo que no es de extrañar que se sientan insatisfechos con su vida. Por ejemplo, la probable aparición de otras enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias y diabetes, entre otras (Abouzed, 2022); las dificultades para encontrar pareja, vestimenta a la moda o simplemente un asiento cómodo (Matz et al., 2002; Milkewicz et al., 2004); los impedimentos para caminar, trotar o ejercitarse debido a las dificultades respiratorias que ocasiona el exceso de peso (Aronne, 2002), el prejuicio y estigma a los que son sometidos por la sociedad (Puhl y Heuer, 2010) y por los profesionales de la salud (Sbraccia y Finer, 2019); la discriminación en ambientes laborales (Rothblum et al., 1990) y la carga económica que suponen para los sistemas de salud pública (Lim et al., 2020).

En relación con las variables socioculturales los participantes de este estudio reportaron mayor tendencia a dejarse influenciar por el ideal estético delgado prevalente en la sociedad, ser altamente sensibles a las burlas a las que han estado sometidos a lo largo de su vida y moderadamente insatisfechos con su imagen corporal. Al igual que lo encontrado en la presente investigación, numerosos estudios han enfatizado que las personas obesas sienten presión por alcanzar el ideal delgado valorado por la sociedad (Baghurst et al., 2006; Rodhaina y Gourmelen, 2018; Tiggemann y Slater, 2004); son más sensibles a las burlas a lo largo de su vida (Balantekin et al., 2014; Cash et al., 1986; Goldfield et al., 2010; Puhl et al., 2017) y manifiestan mayor insatisfacción con su imagen corporal (Fox, 1997; Ghannadiasl, Hoseini, 2020; Herbozo et al., 2013; Weinberger et al., 2016).

Este perfil psicosocial encontrado en los participantes de esta investigación deja ver claramente que lo señalado por Silvestre y Stavile (2005) debe ser considerado en el abordaje

de la obesidad. Los autores sostienen que los esfuerzos que se realicen en seguir un tratamiento para bajar de peso serían poco efectivos si no se llega a concretizar cómo y de qué manera las variables psicosociales afectan al individuo obeso. En esta misma línea de pensamiento, Herman et al. (2019) sostienen que el fracaso de los tratamientos para perder peso se debe al hecho de no tomar en cuenta los factores sociales y culturales, los cuales considera son los principales determinantes de qué y cómo las personas comen.

En relación con las variables de control personal de la conducta, los participantes de este estudio reportaron moderada a baja percepción de habilidades de autorregulación del peso, baja percepción de autoeficacia en el control de su peso, alta creencia en el control interno del peso, alta creencia en otros poderosos en el control del peso y alta creencia en el azar asociado al control del peso. Hallazgos previos reportan bajos niveles de autorregulación en personas obesas (Andrade et al., 2010; Campos Uzcanga et al., 2012, 2017). Esto niveles moderados a bajos de autorregulación encontrados en este y los estudios citados, es probable que pueda deberse al hecho de que las personas obesas se sientan incapaces de superar la influencia de un ambiente que estimula la obesidad, que, por tanto, hagan lo que hagan engordarán a pesar de sus mejores esfuerzos, tal y como Logue (2003) sostiene.

Por otro lado, en relación con la autoeficacia y el locus de control las investigaciones muestran resultados contradictorios con lo encontrado en esta investigación. Por ejemplo, la mayoría de los estudios enfatizan la importancia de tener una alta autoeficacia para el control o pérdida de peso (Baird et al., 2014; Martin et al., 2004; Prestwich et al., 2013; Warzinski et al., 2008), sin embargo, los participantes de este estudio presentan baja autoeficacia percibida. Podría pensarse que las personas obesas que buscan tratamiento para perder peso se sienten capaces de poder cumplir con las indicaciones ya que, como sostiene Bandura

(1989) si la persona no se siente eficaz para realizar un tipo de acción no se verá involucrada en ella. Contrariamente a ello, este resultado sugiere que quizá las personas buscan tratamiento porque no se sienten capaces de bajar de peso por sí solas y por ende buscan ayuda; lo cual podría verse corroborado por las altas creencias en otros poderosos de locus de control encontrados en esta investigación.

El locus de control también es una variable controvertida, ya que los estudios muestran resultados distintos. Cioffi (2022) encontró menor control interno en personas obesas, sin embargo, los estudios de Anastasiou et al. (2015); Andreoletti et al. (2001), Lugli (2018), Mills (1994), Mills y Cullen (1994) y Nir y Neumann (1995) son consistentes con los resultados de la presente investigación donde los participantes se caracterizaron por tener alta internalidad y, en consecuencia, creer que sus actos determinan el peso que tienen. Este resultado contradice lo sostenido por Mackey (2002), quien señala que las personas con alto locus de control interno realizan mayor número de conductas saludables, entre las que señala “mejor control de su peso”.

En este sentido, cabe recordar que Rotter (1975) sostiene la importancia de evitar asumir que las características asociadas a una mayor internalidad son positivas y deseadas en comparación a las asociadas a una mayor externalidad. Y este comentario cobra relevancia al revisar los resultados sobre la externalidad en el locus de control de los participantes de esta investigación, quienes reportaron mayor creencia en la ayuda de otros poderosos para perder peso, tales como médicos, nutricionistas, psicólogos y entrenadores; y alta creencia en el azar como responsable de su peso, lo que coincide con lo encontrado por Rodin et al. (1989) y Cheng y Furnham (2019) quienes reportaron mayor creencia en eventos externos que están fuera de control.

Este patrón de locus de control en las personas obesas que asisten a tratamiento pudiera ser la explicación de por qué siguen obesas. Tener un locus de control interno les facilitaría decidir hacer algo para remediar la situación, pero no lo suficiente como para continuar en el proceso. Igualmente, pueden creer en la ayuda que los especialistas pudieran ofrecerles, pero no lo suficiente como para ponerse en sus manos, seguir las indicaciones al pie de la letra y llegar hasta el final del tratamiento. Lugli, (2018) concluye en su investigación que el hecho de tener niveles altos tanto de locus de control interno como de locus de control por otros poderosos podría ser precisamente la razón por la cual estas personas continúan obesas. En la presente investigación también se plantea la hipótesis de que podría ser la razón por la cual estas personas con obesidad buscaron tratamiento para perder peso, aspecto que queda por resolver en futuros estudios, planteándose la duda de si este patrón dual de locus de control en personas obesas influye en la decisión de ingresar a tratamiento para perder peso o contrariamente podría explicar el hecho de no hacer nada y permanecer obesos.

Los resultados encontrados dejan abierta la necesidad de seguir estudiando si el locus de control interno es favorable en comparación al locus de control externo, y refuerzan además la idea de la importancia de considerar un perfil equilibrado entre estas creencias para una mejor adaptación de la persona, quedando aún por demostrar si realmente es más saludable y adaptativo un locus de control interno que una mirada “*Bilocal*” del constructo, tal y como lo definieron Wong y Sproule (1985).

Luego de haber analizado el comportamiento de las variables en los participantes de este estudio, a continuación, se procede a analizar los hallazgos encontrados en relación con la moderación de las variables de control personal sobre la relación existente entre las variables psicosociales y la satisfacción con la vida, objetivo principal de la presente investigación.

Para facilitar la comprensión de los resultados, se presentan las moderaciones encontradas agrupadas para cada variable moderadora en su relación con las variables socioculturales y la satisfacción con la vida, iniciando con autorregulación, posteriormente con autoeficacia y finalizando con locus de control. Como cierre de este apartado se realiza una discusión general de cada una de las variables moderadoras.

Autorregulación como moderadora:

La autorregulación del peso modera solamente la relación entre sensibilidad a las burlas y satisfacción con la vida. En este sentido, cabe destacar en primera instancia, que los resultados confirman que las personas obesas que manifiestan mayor sensibilidad a las burlas manifiestan menor satisfacción con la vida, tal y como señalan diversos estudios en relación a la influencia de esta variable en diversas medidas de malestar psicológico (Agliata et al., 2006; Hayden-Wade et al., 2005; Janssen et al., 2004; Gallardo y Plumed-Domingo et al., 2022; Guardabassi y Tomasetto, 2022; Neumark-Sztainer et al., 2002). En relación con la moderación de la autorregulación del peso, se encuentra que tener altos niveles de autorregulación potencian el efecto que las burlas tienen sobre la satisfacción con la vida de las personas obesas, aunque esta relación es menos intensa, en aquellas personas con bajo autorregulación.

Según Bandura (1987) la autorregulación implica tres funciones relacionadas entre sí que puedan estar implicadas en este efecto potenciador encontrado. Ser autorregulado implica en un primer momento tener la capacidad de autoobservación (Bandura, 1987), darse cuenta de los elementos implicados en su comportamiento o en aquello que se está viviendo. En este sentido, es posible que las personas obesas que asisten a tratamiento lo hacen por haber observado su comportamiento y reconocer que son responsables de su peso. Esta conciencia de su obesidad puede hacer que facilite verse más afectados por las burlas que

otros realizan y generar en consecuencia un mayor impacto de las burlas sobre el decremento de su satisfacción con la vida.

En segundo lugar, la autorregulación implica la autoevaluación (Bandura, 1987) o la capacidad de establecer criterios o metas a alcanzar. En esta subfunción la persona compara su ejecución con las metas establecidas. Es probable que las burlas faciliten el proceso comparativo (Festinger, 1957) y como resultado las personas obesas concluyan que no han alcanzado la meta esperada y, por tanto, por un lado, validan estas burlas, y por el otro manifiestan reacciones negativas (Bandura, 1987) por su fracaso, incrementando de esta manera el efecto negativo que tienen las burlas sobre los niveles de insatisfacción con la vida que manifiestan.

Bandura (1981) sostiene que la autovigilancia de la conducta que atañe a la competencia y a la autoestima, es especialmente capaz de activar reacciones afectivas que pueden distorsionar las autopercepciones en el momento de emitirse la conducta y en los recuerdos posteriores de ellos; por lo que no es de extrañar que las personas que participaron en este estudio, que se perciben más autorreguladas, tengan mayor conciencia de que las burlas están basadas en su condición actual de obeso (autoconcepto) y que además no han logrado alcanzar las metas establecidas, validando estos comentarios burlescos al emitir emociones negativas relacionadas con su apariencia y competencia física, y por tanto potenciando el efecto negativo de las burlas sobre los niveles de satisfacción con la vida.

Por otro lado, los resultados confirman que las personas obesas que se ven más influenciadas por el ideal estético delgado valorado por la sociedad manifiestan menor satisfacción con la vida, apoyando lo reseñado por estudios previos (Hernández et al., 2012; Homan, 2010, Vázquez et al., 2000). Sin embargo, no se encontró un efecto moderador de la autorregulación sobre esta relación, ello probablemente porque el impacto de los medios de

comunicación es a nivel masivo hacia la obesidad y no un tema personal dirigido específicamente a la persona, por lo que si bien, las personas obesas se dejan afectar por este ideal delgado valorado por la sociedad impactando negativamente en su satisfacción con la vida, están claras que no es un mensaje directamente enviado a ellas y por tanto, tal vez no lo etiquetan como algo personal de lo que son responsables y no activan sus procesos de autoobservación, autoevaluación y autorreacción. Es probable que las personas obesas que buscan tratamiento tengan conciencia que sus habilidades de autorregulación no tienen el poder para cambiar este ideal social, por lo que no se sienten responsables de ello y por tanto su percepción de autorregulación no cambia la relación entre la actitud hacia la apariencia y la satisfacción con la vida, que, si bien existe, no se ve potenciada o inhibida por alguno de los niveles de su autorregulación.

Para Thompson et al. (2004), las personas pueden cambiar su conducta para tratar de ajustarse a ese estándar incorporando ese valor cultural pero no logran cambiar el estándar, por lo que independientemente de sus niveles de autorregulación el efecto negativo sobre la satisfacción con la vida es el mismo, así las habilidades de autorregulación son estrategias que permiten el cambio individual, pero no son útiles como estrategias de cambio social, por tanto, no impactan en la socialización masiva a través de los medios tradicionales o digitales de ese ideal delgado que influye en la satisfacción con la vida de las personas obesas.

Finalmente, para los participantes de este estudio, no hubo un efecto de la insatisfacción de la imagen corporal sobre la satisfacción con la vida, contrario a lo reportado por diversos estudios sobre el efecto en la salud mental de las personas (Delgado-Floody et al., 2020; Ghannadiasl y Hoseini, 2020; Griffiths, 2016; Phillips, 1996; Raich, 2004). De igual forma, no hubo un efecto moderador de la autorregulación en la relación entre estas dos variables.

Este resultado puede ser explicado desde el modelo de la terapia cognitiva (Beck, 2015) que establece que los pensamientos determinan las emociones y las conductas de las personas y no al revés. En este sentido, podría plantearse que resultando la insatisfacción el componente afectivo de la imagen corporal (Thompson, 1990), ésta tendría poco o ningún impacto en un aspecto cognitivo, como lo es la satisfacción con la vida (Diener et al., 1998) y en este caso, en personas obesas. A su vez, la ausencia de moderación de las habilidades de autorregulación podría deberse al hecho de que dichas habilidades se relacionan con regular conductas relacionadas con el peso y no con estados afectivos como lo es la insatisfacción con la imagen corporal o con valoraciones cognitivas como lo es la insatisfacción con la vida.

Autoeficacia como moderadora:

Sorpresivamente, no hubo efecto moderador de la autoeficacia percibida en el control del peso sobre ninguna de las relaciones entre las 3 variables socioculturales (burlas, Insatisfacción con la imagen corporal y Actitud hacia la apariencia) con la satisfacción con la vida. Ello quiere decir que independientemente de los niveles de autoeficacia para el control del peso, la influencia de estas variables es la misma sobre la satisfacción con la vida. Este resultado contradice numerosos hallazgos sobre el papel moderador que tiene la autoeficacia en diferentes contextos, como por ejemplo en el área laboral (Forteza Bagán et al., 2000; Merino et al., 2015; Meseguer et al., 2014), en ventas (Viera et al., 2022), en salud (Fida et al., 2015; Indregard et al., 2018; Salanova et al., 2006) y en educación (Peltier et al., 2022, Schütze et al., 2017) entre otros; por lo que los resultados encontrados arrojan información novedosa para la comprensión de esta variable, en general y específicamente, en el área de la obesidad.

Antes de analizar las posibles razones por las cuales la autoeficacia en el control del peso no moderó ninguna de las relaciones evaluadas, es importante mencionar que los participantes de este estudio reportaron baja autoeficacia, por tanto, no creen sentirse capaz de poner en práctica las habilidades y conocimientos que perciben poseer para lograr el control de su peso. Salas-Auvert (2008) señala que las personas con baja autoeficacia tienden a percibir los estresores como inmanejables y a concentrarse en sus deficiencias percibidas. Igualmente, Warner y Schwarzer (2017), sostienen que tienden a experimentar dudas y ansiedad, son más propensos a tener pensamientos debilitantes, evitan situaciones difíciles y se dan por vencidos fácilmente cuando surgen problemas. Al ser personas obesas que buscan ayuda para perder peso, probablemente lo han intentado otras veces y no han tenido éxito, lo que disminuye en consecuencia la percepción de eficacia sobre su capacidad de poder alcanzar la meta deseada. Al ser una muestra tan homogénea en lo que a esta variable se refiere, la poca variabilidad en los niveles de autoeficacia probablemente no permitió explorar la posibilidad de que los diferentes niveles de la misma moderaran o modificaran la relación existente entre las variables socioculturales con la satisfacción con la vida.

Por otro lado, Bandura (1987) señala claramente en su teoría cognitivo social, que la opinión que el hombre tenga de su eficacia personal es uno de los aspectos que más influye en la vida diaria. El pensamiento autorreferente está relacionado con cómo el individuo juzga sus propias capacidades y cómo sus autopercepciones de eficacia afectan a su motivación y a su propia conducta. De igual forma, el autor sostiene que la autoeficacia es un buen predictor de la conducta futura. Sin embargo, si bien desde la teoría, la autoeficacia en el control del peso pudiera ser un buen predictor de la conducta futura, aspecto que no evalúa la presente investigación, los resultados encontrados sugieren que no se comporta como como

factor protector, ni como factor de riesgo, en la relación de las variables socioculturales con la satisfacción con la vida de las personas obesas que asisten a tratamiento.

Precisamente por ser la autoeficacia percibida una variable cognitiva que habla de la percepción de la persona para realizar un comportamiento específico en el futuro, en este caso controlar su peso, y no referirse directamente a la percepción de poder afrontar las variables psicosociales evaluadas en esta investigación, sea ésta la razón por la cual no tiene una función moderadora. La autoeficacia está relacionada con una conducta específica en un contexto específico (Maddux, 1995; Warner y Schwarzer, 2017), por tanto, al ser una cognición autorreferida de un aspecto tan concreto como es el perder peso no altera el impacto que las variables psicosociales tienen sobre la satisfacción con la vida en personas obesas. Es decir, la autoeficacia percibida para controlar el peso no se relaciona con el sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertos estresores de la vida (Bandura, 1977; 1992), en este caso de orden socio cultural, y por tanto no influye en la relación de estas variables con la satisfacción con la vida.

En consecuencia, parecería lógico pensar que una medida de autoeficacia sociocultural para el afrontamiento de diferentes situaciones relacionadas con el ideal de ser delgado pudiera ser una medida más adecuada para estudiar la autoeficacia como variable moderadora en este estudio. De hecho, Fernández ballesteros et al. (2004) hablan de una eficacia individual social refiriéndose a la percepción de eficacia individual para mejorar las condiciones sociales tales como desempleo, recesiones económicas, crímenes, corrupción y terrorismo. Es probable que esta medida de orden sociocultural que se propone en el presente estudio pueda abrigarse bajo el paraguas del concepto propuesto por estos autores.

Por otro lado, cabría preguntarse si la medida de autoeficacia general propuesta por Schwarzer (1992), la cual se entiende como un constructo global que hace referencia a la

creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana, también pudiera funcionar como una variable moderadora en la relación entre las variables socioculturales evaluadas en el presente estudio y la satisfacción con la vida.

En este sentido, Clavijo et al. (2020) plantean que el abordaje general de la autoeficacia hace mención a una creencia global y relativamente estable, sobre la capacidad para afrontar una amplia variedad de situaciones estresantes que suele activarse en situaciones que demandan un repertorio de conductas de afrontamiento más variado y complejo, como, por ejemplo, un cuadro depresivo (Volz et al., 2016). Quizá, el contexto sociocultural que rechaza la obesidad y valora la delgadez, presionando a las personas obesas y desvalorizándolas a través de las burlas, pueda considerarse como una situación que demanda este tipo de afrontamiento, y por tanto pudiera ser más útil pensar que una medida de autoeficacia general pueda moderar el impacto de dicho contexto sobre la satisfacción con la vida de estas personas.

Locus de control como moderadora

Por otro lado, se encontró moderación de las tres dimensiones de locus de control del peso en la relación entre burlas y satisfacción con la vida. En relación con la internalidad, tener una alta creencia de ser responsable del peso que se tiene, potencia el efecto negativo de las burlas sobre la satisfacción con la vida de las personas obesas, aunque esta relación es menos intensa en aquellas personas con baja internalidad en el control del peso. Tal y como Lugli (2018) sostiene, es probable que una persona obesa con alta internalidad reconozca que perder peso depende en mayor medida de sus esfuerzos, y de hecho quizá en el pasado haya logrado su objetivo, sin embargo, la experiencia le ha demostrado que tarde o temprano

recupera el peso perdido (Vera Guerrero, 1998; Lowe, 2003; Mauro, 2008). El reconocimiento de este hecho puede ser la razón por la que una alta internalidad potencia el efecto negativo de las burlas sobre la satisfacción con la vida, ya que las burlas de alguna manera validan el hecho de no haber podido alcanzar sus metas y por tanto se sienten más insatisfechos con la vida. Gershaw (1989) propone que las personas con alta internalidad se culpan por sus fracasos y por ende experimentan mayor ansiedad. Es posible que, al creerse responsables de su peso, puedan tener mayor sensibilidad a las burlas a las que son sometidas, sintiéndose responsables de ello e incrementando en consecuencia su insatisfacción con la vida.

Por otro lado, tener una alta creencia del poder de otras personas para el control del peso también potencia el efecto negativo que las burlas tienen sobre la satisfacción con la vida en las personas obesas, sin embargo esta relación es casi nula cuando el locus de control por otros poderosos es bajo. Creer en que otros poderosos tienen control sobre el propio peso implica reconocer que se necesita ayuda para perder peso (Lugli, 2018), y al igual que pasa con la internalidad, este reconocimiento valida las burlas como una prueba más del fracaso de los intentos realizados para alcanzar la meta y por tanto manifiestan mayor insatisfacción con la vida. Otra explicación posible a los resultados encontrados podría venir dada porque esta creencia de darle voz a otros con poder, pueda deberse a una creencia más general de estar pendiente de los comentarios de otras personas, y en este sentido considerar como importante lo que la sociedad u otras personas piensen de su peso y competencia, explicando por qué creer en otros poderosos intensifica el efecto negativo de las burlas sobre la satisfacción con la vida.

Finalmente, tener una alta creencia del azar en el control del peso también potencia el efecto negativo que las burlas tienen sobre la satisfacción con la vida en las personas

obesas, aunque esta relación es baja cuando el locus de control por azar es bajo. Es probable que esta tendencia a creer en el azar como responsable del peso que se tenga puede hacer a las personas más sensibles a las burlas por un sentimiento de desamparo relacionado con considerar que no es responsable de ser gordo y que los otros no reconocen este hecho. Creer que el peso depende del azar, la genética o la mala suerte, podría generar una postura de indefensión aprendida (Hiroto y Seligman, 1975; Miller y Seligman, 1975; Seligman, 1975) en la persona obesa y considerar que no depende de ella, por tanto, las burlas sobre algo que no puede cambiar impactan más en su sistema cognitivo y la hacen más insatisfecha con la vida.

Igualmente, la relación entre Actitud hacia la apariencia y satisfacción con la vida es moderada por las tres dimensiones de locus de control de peso: interno, otros poderosos y azar. En relación con la internalidad, tener una alta creencia de ser responsable del peso que se tiene potencia el efecto negativo de la actitud hacia la apariencia que valora el ideal delgado sobre la satisfacción con la vida de las personas obesas, resultando esta relación ausente en aquellas personas con baja internalidad en el control del peso.

Las personas que se dejan influenciar por el estándar social delgado valorado por la sociedad incorporan valores culturales que se convierten en guías y principios de normas sociales relacionadas con la talla y apariencia, hasta el punto de modificar su propia conducta con el objetivo de aproximarse a ese estándar (Thompson et al., 2004). En este sentido, con el fin último de alcanzar la delgadez valorada, las personas pueden incluso desarrollar patrones conductuales inadecuados, relacionados con la alimentación o con características personales que pueden ocasionar una diversidad de trastornos de salud física y psicológicos a largo plazo (Mariscal, 2013; Rivarola y Penna, 2006; Unikel-Santoncini et al., 2017). Si a dicho comportamiento se le suma la creencia de ser responsable del peso que se tiene y que

por tanto depende de sus acciones para cambiarlo, no es de extrañar que esta internalidad haga pensar a la persona obesa que se deja influenciar por la actitud hacia la apariencia que también es responsable de alcanzar el ideal estético delgado valorado por la sociedad, meta difícil de lograr para una persona obesa. La creencia de internalidad como responsable del peso que se tiene, puede incrementar el malestar experimentado porque la persona no se ajusta al estándar social y en cierto modo se atribuye la responsabilidad de ello. De esta manera, asume la responsabilidad de no parecerse al estándar valorado, incrementando el sentimiento de culpa y potenciando el efecto negativo de la actitud hacia la apariencia sobre la insatisfacción con la vida.

Por otro lado, tener una alta creencia de otros poderosos en el control del peso potencia el efecto negativo de la actitud hacia la apariencia que valora el ideal delgado sobre la satisfacción con la vida de las personas obesas, donde esta relación, al igual que con interno, es ausente en aquellas personas con baja creencia en otros poderosos en el control del peso. Las personas obesas que asisten a tratamiento confían en que los especialistas tienen el poder para ayudarles a alcanzar sus metas. Pero aquellas que tienen altas creencias en el poder de otros poderosos presentan mayor influencia del ideal estético delgado sobre su insatisfacción con la vida, probablemente porque estos especialistas son los que le dan sugerencias de qué hacer para alcanzar ese ideal delgado y de alguna manera validan la posibilidad de alcanzarlo, ya sea al recetar dietas, establecer una rutina de ejercicios o hasta sugerir un proceso quirúrgico. De esta forma las personas obesas se motivan a realizar dichas acciones, y al no ser una tarea fácil de lograr incrementa el impacto negativo de la actitud hacia la apariencia sobre la satisfacción con la vida, incrementando los niveles de insatisfacción.

De igual forma podría pensarse que los medios de comunicación que fomentan la delgadez son percibidos por las personas obesas como otro poderoso que da consejos para

alcanzar dicho ideal. En este orden de ideas Striegel-Moore et al. (1986) afirman que los medios de comunicación no solamente determinan cual es la figura ideal, sino que también enseñan y orientan acerca de cómo alcanzarla, y por tanto las personas obesas con mayor creencia en otros poderosos son más sensibles a estos comerciales o programas informativos generando un mayor impacto en su insatisfacción con la vida.

Finalmente, tener una alta creencia en el azar como responsable del peso que se tiene potencia el efecto negativo de la actitud hacia la apariencia que valora el ideal delgado sobre la satisfacción con la vida de las personas obesas, aunque esta relación es baja en aquellas personas con baja creencia en el azar como responsable en el control del peso. Una vez más el sentimiento de impotencia o desesperanza (Seligman, 1975) por no poder cambiar el peso o la figura que se tiene y alcanzar el ideal delgado valorado por la sociedad, debido a una alta creencia en el azar como responsable de ello, incrementa el efecto negativo de la actitud hacia la apariencia sobre los niveles de satisfacción, potenciándolo en las personas con mayor azar. Sin embargo, esta moderación también se observa, aunque con menor intensidad, en personas con bajas creencias en el azar, el destino o la genética como responsables del peso que se tiene, lo que sugiere que esa leve sensación de desesperanza es lo suficientemente importante para afectar la relación entre actitud hacia la apariencia y la satisfacción con la vida.

Para finalizar con la discusión sobre las moderaciones, se hace notorio que la relación entre insatisfacción con la imagen corporal y satisfacción con la vida no es moderada por alguna de las 3 dimensiones de locus de control, lo que quiere decir que esta relación no se ve modificada en función de las creencias de internalidad, otros poderosos o el azar. Pruzinsky y Cash (1990) señalan que la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y que no tiene por qué tener un buen correlato con la realidad. En este sentido, es probable que al ser la insatisfacción corporal un producto

personal de un proceso de comparación que la persona realiza (Tiggemann y Slater, 2004), las creencias de locus de control, que están relacionadas con la atribución de resultados externos observables en el medio ambiente y no dependen de la subjetividad del individuo (Shapiro et al., 1996), no tengan impacto sobre la relación entre insatisfacción con la imagen corporal y la satisfacción con la vida en personas obesas.

En otro orden de ideas, las explicaciones que las personas asumen sobre las consecuencias de sus conductas son cogniciones de la realidad que no hacen referencia directamente a los elementos que influyen en la presencia de emociones y pensamientos negativos relacionados con la imagen corporal (Garner y Garfinkel, 1981), tales como experiencias previas y presión social hacia la apariencia (Baile Ayensa, 2003), lo cual pudiera ser la razón por la cual el locus de control no modera la relación que existe entre insatisfacción con la imagen corporal y satisfacción con la vida, manteniendo esta relación en la misma magnitud independientemente que la persona crea en factores internos, otros poderosos o el azar como responsable de peso que tenga. Sin embargo, esta hipótesis queda como un aspecto a investigar en futuros estudios.

Hasta el momento de la presente discusión, sea hecho énfasis en el rol moderador de las variables de control personal relacionadas con el control del peso (autorregulación, autoeficacia y locus de control) para cada una de las variables socioculturales (burlas, actitud hacia la apariencia e insatisfacción con la imagen corporal) en su relación con la satisfacción con la vida en personas obesas que asisten a tratamiento. A continuación, se procede a reflexionar de forma general sobre el papel de las variables de control personal del peso en su papel moderador en el área de las influencias socioculturales en el control del peso y la satisfacción con la vida.

El fin último de la presente investigación estuvo dirigido a identificar variables de índole personal que pudieran ser objeto de intervención para disminuir el efecto negativo que previos estudios han identificado (Albano et al., 2019; Hernández et al., 2012; Fields y Brown et al., 2021; Guzmán y Lugli, 2009) de algunas variables socioculturales sobre la satisfacción con la vida de personas obesas que asisten a tratamiento. En este sentido se infirió que las variables de control personal pudieran funcionar como factores protectores del impacto que las burlas, las influencias sobre el ideal delgado y la insatisfacción con la imagen corporal tienen sobre la satisfacción con la vida.

En primer lugar, se pensó que las habilidades de autorregulación podrían proteger a las personas obesas del impacto negativo de las variables socioculturales sobre la satisfacción con la vida porque es bien sabido que estas habilidades son esenciales para el control del peso y se incluyen en todo tratamiento dirigido a ello (Annesi, 2013; Annesi et al., 2015; Gianessi, 2012; Halberstadt et al., 2017; Larraburu, 2004; Ochoa, 1996; Saldaña, 1994; Tyler et al., 2007). Más allá del área de la obesidad, Bandura (2005) sostiene que en el área de la salud en general, “la autorregulación es una buena medicina” (p. 11). Al controlar sus hábitos de salud, las personas pueden vivir más tiempo, de forma más saludable y retrasando así, el proceso de envejecimiento (Bandura, 2005). En este sentido, los programas para el desarrollo de habilidades motivacionales y de autorregulación para que las personas adopten estilos de vida saludables se convierten en un objetivo primordial en la psicología de la salud. Tal y como sostiene Hennessy (2020), la autorregulación es un mecanismo principal en las intervenciones para el cambio de los comportamientos relacionados con la salud.

Sin embargo, la moderación de la autorregulación del peso de la relación entre burlas y satisfacción con la vida encontrada en la presente investigación, pone en tela de juicio los beneficios inequívocos de la autorregulación que promulga Bandura (2005). Pareciera que,

en el contexto de las influencias socioculturales sobre la obesidad, específicamente en relación con los comentarios despectivos referente al peso y a la competencia física, percibirse autorregulado se convierte en un factor de riesgo al incrementar el efecto negativo de las burlas sobre la satisfacción con la vida de las personas obesas.

Indudablemente en el campo médico no existe una medicina universal que cure todas las enfermedades, por tanto, tampoco parece razonable esperar que una “prescripción conductual”, tal y como la denomina Bandura (2005), sea una solución aplicable a toda problemática en salud y mucho menos beneficiosa. Si bien la autorregulación se ha considerado una habilidad deseable, este estudio deja en evidencia la necesidad de no considerar a ciegas las bondades de ella, ya que si bien, de forma directa puede impactar positivamente en la salud de las personas a través de la realización de comportamientos saludables (Hagger, 2019), como por ejemplo dejar de fumar o perder peso, de forma indirecta puede potenciar efectos nocivos de otras variables sobre la salud física o mental, tal y como se observan en los resultados de esta investigación.

En relación con la autoeficacia del control del peso, en un inicio se infirió su efecto protector debido a los resultados en diversas áreas que así lo demuestran (Indregard et al., 2018; Merino et al., 2015; Peltier et al., 2022; Schütze et al., 2017; Viera et al., 2022). Sin embargo, sin desmerecer los resultados previos, esta investigación, específicamente en el área de obesidad, no verifica la idea de la moderación para ninguna de las variables psicosociales en su relación con la satisfacción con la vida. Este resultado más que contradecir los hallazgos previos se considera un recordatorio de la naturaleza teórica del constructo autoeficacia. Bandura (1987) define la autoeficacia como una variable contextual, por lo que probablemente debió hacerse uso de una medida relacionada con sentirse capaz de manejar situaciones psicosociales y no una medida de autoeficacia en el control del peso.

Este detalle metodológico pudiera ser la razón por la cual no se encontró moderación, quedando igualmente la incertidumbre de si una medida general de autoeficacia, como la planteada por Schwarzer (1992), pueda ser válida para los intereses de este tipo de investigación.

En este mismo nivel de análisis teórico, cabe recordar que la autoeficacia siempre se refiere a la conducta futura (Warner y Schwarzer, 2017), a que tan capaz se siente la persona de poder realizar una acción en un futuro. Sin embargo, las variables psicosociales y la satisfacción con la vida evaluadas en este estudio hacen referencia al momento presente en el que los participantes contestaron los cuestionarios, evidenciando un problema metodológico a considerar en relación con la medición de las variables en su dimensión temporal. Pareciera que considerar una variable proyectada al futuro pudiera no tener capacidad de moderar relaciones entre variables referidas al presente. Queda por determinar si este desfase temporal también podría contribuir a la explicación de la ausencia de moderación de la autoeficacia en el control del peso en el impacto que las burlas, la influencia del ideal estético delgado y la insatisfacción con la imagen corporal tienen sobre la satisfacción con la vida en las personas obesas.

Por último, es este estudio se pensó que el locus de control podría ser una variable moderadora, en virtud de que las creencias de control tienen un papel importante en el comportamiento humano y puede explicar por qué algunas personas afrontan de forma resiliente las circunstancias difíciles, mientras otros lo hacen desde una gama de emociones negativas (Lefcourt, 1992).

Efectivamente, el locus de control resultó ser una variable moderadora de dos de las tres relaciones estudiadas entre las variables socioculturales y la satisfacción con la vida: burlas y actitud hacia la apariencia. Aún más interesante fue el hecho de encontrar que, para

estas dos relaciones, hubo moderación de los tres tipos de locus de control: interno, otros poderosos y azar.

En primer lugar, se desea mencionar el hecho de haber utilizado una escala de locus de control contextualizada al tema del control del peso, tal y como lo recomiendan Rotter (1975), Phares (1976) y Lefcourt (1976, 1982) al señalar que las predicciones máximas se obtienen mejor si el investigador adapta sus medidas a condiciones particulares, en lugar de utilizar medidas más globales y menos específicas, que pudieran ser irrelevantes para el contexto en el que se utiliza. En este sentido, pareciera que las creencias específicas relacionadas con el control del peso resultaron una medida apropiada para explorar el papel moderador en el área de la influencia de variables socioculturales sobre la satisfacción con la vida.

En virtud de que la literatura apoya la idea de la importancia de tener un locus de control interno en el área de la salud, el cual favorecería la realización de hábitos saludables, mejor adherencia al tratamiento, mejor adaptación y mayor bienestar (Galindo y Ardila, 2012; Morowatisharifabad et al., 2010; Oros, 2005; Vera et al, 2009; Wallston, 2004), los resultados de la presente investigación obligan a colocar una mirada cuestionadora sobre los beneficios de tener altas creencias internas.

Si bien Rotter (1966) enfatiza en la importancia del locus de control para comprender los procesos de aprendizaje y en sus escritos se infiere la supremacía de un locus de control interno, también deja claro, tal y como se ha comentado anteriormente, que hay que tener cuidado de asumir que las características individuales de las personas con locus de control interno son todas positivas. En este sentido Marks (1998) señala que este sesgo hacia la internalidad es producto de que el constructo fue desarrollado bajo la cultura occidental, donde siempre se le ha dado valor a la autonomía personal. De esta forma, las investigaciones

y prácticas se vieron marcadas por la idea popular de que la creencia en un control interno es más deseable que la creencia en un control externo (Evans et al., 1993).

Ya Lugli (2018) planteaba que probablemente una persona obesa con alta internalidad, reconoce que perder peso depende en mayor medida de sus esfuerzos y quizá en el pasado haya logrado su objetivo, pero como es bien sabido, con el paso del tiempo se recupera el peso perdido (Lowe, 2003; Mauro et al., 2007; Vera, 1998), por lo que una alta internalidad podría funcionar como un factor desmotivador ya que la persona obesa tiene plena conciencia de lo mucho que debe hacer y del esfuerzo que implica asumir total responsabilidad en la solución de su problemática, lo que le hace sentir culpa por sus fracasos y una mayor ansiedad o estrés (Gershaw, 1989). A su vez este estado emocional negativo la lleva a aumentar su ingesta emocional (Nguyen et al., 2009; Snoek et al., 2008) con el consiguiente aumento peso y perpetuando en consecuencia la obesidad (Iruarrizaga et al., 2001).

Por otro lado, diversos autores sostienen que las personas enfocadas externamente se benefician más de la asistencia brindada por los dietistas y los proveedores de atención médica (Stone y Werner, 2012; Tucker et al., 2011). En este mismo orden de idea, Lugli (2018) sostiene que creer en otros poderosos para el control del peso, tales como médicos, nutricionistas o entrenadores físicos, puede facilitar la adherencia al tratamiento y, por ende, contribuir a la pérdida de peso. Sin embargo, en su estudio plantea que es probable que en personas obesas esta creencia no sea lo suficientemente fuerte como para confiar en los especialistas y ponerse finalmente en sus manos, por lo que permanecen obesas.

En este sentido, tanto la internalidad como la externalidad podrían tener efectos devastadores en las personas obesas, sin embargo, tal y como se mencionó anteriormente en la discusión de los descriptivos del presente estudio, también podría ser la razón por la que

las personas que participaron asistían a tratamiento, por lo que futuros estudios deberán centrar sus esfuerzos en dar respuesta a ello.

Wong y Sproule (1985) establecieron una conceptualización del locus de control con una mirada bidimensional, donde el control sobre la responsabilidad es dual y es descrito en términos de internalidad y externalidad y no de internalidad versus externalidad. Los autores llamaron a estas personas “*bilocal*” (sin traducción al español), señalando que ellas entienden que el control puede estar al mismo tiempo, tanto en factores internos, como externos. Considerando dicha conceptualización, es probable que las personas obesas que asisten a tratamiento tengan esta mirada dual del control, quedando aún por aclarar si este patrón de locus de control funciona como riesgo, al mantener a las personas obesas que están en tratamiento con su peso original, o si funciona como factor protector y es la razón por la cual asisten a tratamiento.

De igual forma se hace necesario discutir el hallazgo de cómo las creencias internas y externas, tanto de otros poderosos como de azar, relacionadas con el control del peso, pueden potenciar el efecto negativo de las burlas y de la actitud hacia la apariencia sobre la satisfacción con la vida, comportándose en consecuencia como factor de riesgo. Este resultado cuestiona que el locus de control “*bilocal*” es más funcional o adaptativo, por lo menos a lo que se refiere a las influencias socioculturales y su impacto en el bienestar psicológico de las personas obesas, evaluado a través de la satisfacción con la vida. Contrariamente, tener esta mirada dual del locus de control parece constituirse en un riesgo para la salud mental de las personas obesas que se sienten fuertemente influenciadas por la sociedad en relación a los estándares relacionados con el peso.

Finalmente, para culminar la discusión de los resultados de este estudio, se considera imperante reflexionar sobre el papel del contexto social y cultural en la problemática de la

obesidad y el control personal de la conducta. Los hallazgos relacionados con el locus de control llevan a la reflexión de extrapolar a todas las variables de control personal evaluadas en este estudio, algunas de las conclusiones que diversos autores han enfatizado. Marks (1998) describe diversos estudios que demuestran que las creencias de locus de control varían entre países y que los factores culturales y sociales explican estas diferencias. Es así como Bates y Rankin-Hill (1984) encuentran que las personas latinas manifiestan un mayor locus de control externo, y explican este resultado debido a los factores culturales y sociales asociados a los países latinoamericanos. Al ser Venezuela un país de Latinoamérica, queda la posibilidad de que este perfil de niveles moderados de locus de control por otros poderosos sea debido a la influencia cultural y social, y que esta influencia sea la que determina el perfil “*bilocal*” encontrado en la muestra de la presente investigación. Lo mismo podría pensarse de los niveles de autorregulación y autoeficacia encontrados en la muestra del presente estudio.

Venezuela es un país que se caracteriza por un alto consumo de carbohidratos, azúcares añadidos, carnes procesadas y granos refinados, así como por una menor ingesta de frutas y vegetales (Gómez Salas, 2020), ello acompañado por un bajo nivel de actividad física (Chávez, 2014), elementos de un estilo de vida que promueve la malnutrición y la obesidad. De esta forma queda expuesto que el tema de la obesidad en nuestro país está inmerso en un contexto social y cultural que podría dificultar su manejo solamente desde la óptica médica. Más aún, se constituye en un ambiente obesogénico que podría dificultar que las personas con exceso de peso puedan poner en práctica sus habilidades para controlar su peso y por ende desarrollar creencias de poco control y autoeficacia.

En resumen, los resultados de la presente investigación aportan información controvertida en el área de la psicología de la salud en relación con las variables que pueden

influir para lograr el empoderamiento de las personas de su salud (Robinson y Lachman, 2017). En este sentido, las hipótesis planteadas se cumplieron parcialmente. El efecto moderador de las habilidades de autorregulación y locus de control fue demostrado, no así en relación con la autoeficacia. Por otro lado, se esperaba un efecto protector de las habilidades de autocontrol y del locus de control interno, resultados que no se encontraron.

Si bien la literatura existente apoya la idea del que el tema del control de la conducta en el peso es relevante en el tratamiento de la obesidad, como variables importantes para el logro de la meta deseada, los resultados de las moderaciones encontradas sugieren que estas mismas variables pueden ser factores de riesgo que potencian las influencias socioculturales en personas obesas y disminuyen su satisfacción con la vida. Contrariamente, pareciera que incrementan el malestar psicológico, por lo que se plantea la disyuntiva de si estimular el fortalecimiento de estas variables de control para que las personas bajen peso o si más bien restarles importancia para asegurar el bienestar psicológico. Considerando que el peso perdido después de un tratamiento generalmente se recupera con el tiempo (Lowe, 2003; Mauro et al., 2007), cabría preguntarse si no es conveniente dar más importancia en los tratamientos para la obesidad al tema de la satisfacción con la vida o el bienestar psicológico que dotar de control a las personas, dado que, en última instancia, bajas habilidades de autorregulación y bajas creencias de locus de control resultaron ser protectoras en la relación entre variables psicosociales y satisfacción con la vida.

Por otro lado, dado que las influencias socioculturales efectivamente impactan negativamente en la satisfacción con la vida de las personas obesas que asisten a tratamiento, y considerando que Venezuela se caracteriza por una gran obsesión hacia la belleza femenina (Álvarez, 2002; Cuberos, 2007), el cambio de las creencias estigmatizantes y del ideal corporal delgado valorado por la sociedad que hacen que la persona obesa se sienta rechazada

en diversas esferas de su vida, debe ser un objetivo indispensable de intervención social. Ello refuerza la importancia de comprender la complejidad del fenómeno de la salud en la interrelación entre todos los factores, al incluir la mirada de la psicología social, y considerar los factores en interrelación, dentro de un contexto y una cultura particular en la que la persona se desenvuelve (Seoane y Garzón, 2010; Spink, 2010).

Los resultados de este estudio llevan a la reflexión de que, a pesar de la importancia de dotar a las personas obesas de estrategias para el manejo de estas influencias y de estimular su participación activa, la inclusión de políticas públicas y cambios a nivel social son indispensables para el abordaje de esta enfermedad crónica. Tal y como Herman et al. (2019), señalan, la solución al problema de la obesidad se ha buscado en el lugar equivocado al no tomar en cuenta que múltiples factores, tanto sociales como culturales, son los principales determinantes de qué y cómo las personas comen.

VI.- CONCLUSIONES

Los participantes de este estudio muestran mayor insatisfacción con la vida, lo que puede estar relacionado con las repercusiones negativas de índole social, cultural y física que implica la obesidad.

Los participantes de este estudio tienen mayor tendencia a dejarse influenciar por el ideal delgado prevalente en la sociedad, ser altamente sensibles a las burlas y moderadamente insatisfechos con su imagen corporal, dejando en evidencia la susceptibilidad de estas personas a la presión que ejerce la sociedad por un cuerpo delgado y esbelto.

Los participantes de este estudio tienen un perfil de control de la conducta relacionado con el peso caracterizado por moderada a baja percepción de habilidades de autorregulación, baja percepción de autoeficacia y altas creencias de locus de control en sus tres dimensiones: interno, otros poderosos y azar.

Tener altos niveles de autorregulación potencia el efecto negativo que las burlas ejercen sobre la satisfacción con la vida, probablemente debido a que esa capacidad de autoobservarse y autoevaluarse valida el hecho de que las burlas están basadas en su condición actual de obeso, sintiéndose responsable de ello e incrementando por tanto su insatisfacción con la vida. De esta forma, las habilidades de autorregulación están comportándose como factor de riesgo para la salud mental de la persona obesa que asiste a tratamiento, al potenciar el efecto nocivo de las burlas sobre la satisfacción con la vida.

Independientemente de los niveles de autoeficacia para el control del peso, la influencia de las variables socioculturales es la misma sobre la satisfacción con la vida, dejando en evidencia la ausencia de efecto moderador, ello posiblemente debido a

diversas razones de índole metodológica, tales como no ser una medida contextualizada en relación con las variables socioculturales y ser una variable referida al futuro y no en relación con la acción de estas variables socioculturales en el presente.

Tener una alta creencia de ser responsable del propio peso, potencia el efecto negativo de las burlas sobre la satisfacción con la vida, debido probablemente a que reconocen que perder peso depende en mayor medida de sus esfuerzos, y las burlas de alguna manera validan el hecho de no haber podido alcanzar sus metas incrementando su insatisfacción con la vida.

Tener una alta creencia del poder de otras personas para el control del peso potencia el efecto negativo que las burlas ejercen sobre la satisfacción, probablemente porque este reconocimiento del otro facilita estar pendiente de los comentarios relacionados con su peso y valida las burlas como una prueba más del fracaso para alcanzar la meta, incrementando su insatisfacción con la vida.

Tener una alta creencia del azar en el control del peso potencia el efecto negativo que las burlas ejercen sobre la satisfacción con la vida, probablemente porque sienten un desamparo relacionado con la injusticia de las burlas ya que consideran que su gordura es consecuencia de la genética, el azar o la mala suerte y la sociedad no reconoce este hecho, incrementando su insatisfacción con la vida.

Tener una alta creencia de ser responsable del propio peso potencia el efecto negativo de la actitud hacia la apariencia que valora el ideal delgado sobre la satisfacción con la vida, probablemente debido a que asumen la responsabilidad de no parecerse al estándar valorado, incrementando el sentimiento de culpa y por ende la insatisfacción con la vida.

Tener una alta creencia de otros poderosos en el control del peso potencia el efecto negativo de la actitud hacia la apariencia que valora el ideal delgado sobre la satisfacción

con la vida, probablemente porque los especialistas y los medios de comunicación son los que le dan sugerencias de qué hacer para alcanzar ese ideal delgado motivando a las personas a trabajar en ello y mantener el foco en ese ideal, incrementando en consecuencia los niveles de insatisfacción con la vida.

Tener una alta creencia en el azar como responsable del propio peso potencia el efecto negativo de la actitud hacia la apariencia que valora el ideal delgado sobre la satisfacción con la vida, debido quizá al sentimiento de impotencia o desesperanza que se genera por no poder cambiar el peso o la figura que se tiene y alcanzar el ideal delgado valorado por la sociedad, incrementando la insatisfacción con la vida.

Tener un perfil dual o “bilocal” de locus de control, manifestando tanto creencias internas como externas como responsables del propio peso, podría explicar por qué buscan tratamiento para perder peso, pero también podría ser la razón por la cual no pierden peso, quedando en consecuencia por aclarar si este perfil es un factor protector o de riesgo en lo que a peso se refiere. Contrariamente, este perfil se comporta como factor de riesgo en el área del bienestar psicológico al potenciar el efecto nocivo de las variables socioculturales sobre la satisfacción con la vida en personas obesas.

Las moderaciones encontradas en este estudio sugieren que las variables de control pueden ser factores de riesgo que potencian el efecto negativo de las influencias socioculturales en personas obesas que asisten a tratamiento, lo que disminuye su satisfacción con la vida, por lo que reviste de importancia evaluar si el entrenamiento en ellas es positivo para su bienestar psicológicos.

Los resultados de este estudio enfatizan la importancia del cambio de creencias estigmatizantes y del ideal corporal delgado valorado por la sociedad como un objetivo

de intervención social indispensable para erradicar la pandemia de la obesidad a nivel mundial.

Los resultados llevan a reconocer la importancia de la intervención de la psicología social para comprender la complejidad del fenómeno de la salud en las personas obesas y diseñar la mejor estrategia para abordar los distintos elementos sociales implicados en la obesidad, tanto a nivel de intervención clínica como a nivel de políticas públicas y sociales.

VI.- LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La muestra de este estudio estuvo conformada por personas obesas que asisten a tratamiento, por lo que los resultados solo pueden interpretarse bajo este contexto. Si bien hay numerosos estudios que enfatizan que los obesos en tratamiento son los que muestran malestar psicológico, se sugiere realizar estudios en población de obesos que no buscan tratamiento para verificar si los resultados pueden generalizarse a la población de obesos en general. Ello incluye la necesidad de realizar estudios comparativos entre obesos que asisten a tratamientos y aquellos que no.

El índice de masa corporal fue calculado usando los autos reportes de los participantes de su peso y talla. A pesar de encontrar autores que apoyan esta forma de recolección de datos, se sugiere para futuros estudios tomar medidas objetivas de estas variables para el cálculo del índice de masa corporal, con la finalidad de evitar los probables sesgos debido a la imprecisión de los datos auto reportados.

El tipo de tratamiento fue una variable no controlada en este estudio. La misma deberá incluirse en próximos estudios con la finalidad de determinar si las características del tratamiento pueden explicar diferencias en las moderaciones encontradas.

El hecho de que el instrumento de autoeficacia percibida estuviera enmarcado en el tema del control del peso pudo haber influido en que no se encontrara ninguna moderación de esta variable. Futuros estudios deberán incluir medidas específicas al contexto de las influencias socioculturales o utilizar la medida de autoeficacia general para aportar información adicional sobre la propiedad moderadora de esta variable en el área de la obesidad y la satisfacción con la vida.

El perfil “Bilocals” de locus de control encontrado en las personas obesas que asisten a tratamiento podría explicar tanto, por qué estas personas son obesas como, por qué buscan tratamiento. Se hace necesario dar respuesta a esta interrogante, lo cual podría indagarse a través de estudios cualitativos.

El diseño transversal utilizado en la presente investigación no permitió aclarar el papel a largo plazo de las variables moderadoras. Un diseño longitudinal podría dar respuesta a algunas de las siguientes interrogantes:

El perfil “Bilocals” de locus de control en altos niveles impactan negativamente en el efecto de las burlas y de la actitud hacia la apariencia sobre la satisfacción con la vida en personas obesas, lo que puede ser un factor de riesgo para la salud mental de las personas obesas, sin embargo, no puede saberse la extensión del este malestar con el paso del tiempo.

El autocontrol ha sido definido por Bandura (2005) como “una buena medicina” y descrito como una “prescripción conductual” para erradicar hábitos de vida inadecuados. Sin embargo, en este estudio altos niveles de autocontrol sugieren un mayor impacto de las burlas sobre la satisfacción con la vida, y al igual que con el perfil “Bilocals” de locus de control, funciona como factor de riesgo, sin saber si ese malestar permanece a lo largo del tiempo.

Numerosos estudios señalan la importancia de las variables de control en los tratamientos cognitivos conductuales para el control del peso, sin embargo, los resultados de este estudio sugieren que estas variables pueden ser factor de riesgo en relación con la satisfacción con la vida en personas que se ven mayormente influenciadas por las burlas relacionadas con el peso y con el ideal estético delgado valorado por la sociedad. Un estudio longitudinal en el área del control del peso y variables socioculturales, tomando medidas repetidas a lo largo del tiempo, tanto de la pérdida de peso como de la salud mental, podría

dar respuesta a la interrogante de si el intervenir en estas variables favorece la pérdida de peso, pero incrementa la insatisfacción con la vida de las personas obesas en tratamiento.

VIII.- REFERENCIAS

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A., y Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity surgery*, 20(2), 161–167. <https://doi.org/10.1007/s11695-008-9726-1>
- Abouzed, M., Elsherbiny, A. M., Kamel, A., Salama, B., Elag, K. A., Abou Elzahab, N. F., Abdelkader, H. R., y Altuhayni, A. S. (2022). Relation of Depression and Anxiety Disorders in Choosing Obesity Management in Obese Patients. *International journal of preventive medicine*, 13, 136. https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_102_21
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.96.2.358>
- AbuSabha, R., y Achterberg, C. (1997). Review of Self-Efficacy and Locus of Control for Nutrition- and Health-Related Behavior. *Journal of The American Dietetic Association*, 97(10), 1122-1132. [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(97\)00273-3](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(97)00273-3)
- Agliata, A. K., Tantleff-Dunn, S., y Renk, K. (2006). Interpretation of teasing during early adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 23-30. <https://doi.org/10.1002/jclp.20302>
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B. A., Eldredge, K. L., Wilfley, D. E., Raeburn, S. D., Henderson, J. B., y Marnell, M. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder. An additive design. *Behavior Therapy*, 25(2), 225-238. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80285-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80285-0)
- Aguilera, C., y Angarita-Ruiz, A. (2018). Epigenética de la obesidad. *Nutrición Clínica En Medicina*, 2, 47–60. <https://doi.org/10.7400/NCM.2018.12.2.5062>
- Albano, G., Rowlands, K., Baciadonna, L., Lo Coco, G., y Cardi, V. (2019). Interpersonal Difficulties in Obesity: A systematic review and meta-analysis to inform a rejection sensitivity-based model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 846-861. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.039>
- Albertson, E. R., Neff, K. D., y Dill-Shackleford, K. E. (2014). Self-Compassion and Body dissatisfaction in Women: a randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Alcántara Moreno, G. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.

- Alert, M. D., Saab, P. G., Llabre, M. M., y McCalla, J. R. (2019). Are Self-Efficacy and Weight Perception Associated With Physical Activity and Sedentary Behavior in Hispanic Adolescents?. *Health Education & Behavior*, 46(1), 53–62. <https://doi.org/10.1177/1090198118788599>
- Alloy, L.B.; Kelly, K.A., Mineka S. y Clements, C.M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J.D. Maser y C.R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499-543). American Psychiatric Press.
- Alvarez, A. (2002). *Escapando hacia el cuerpo. Cirugía estética y belleza en la Actualidad en Venezuela* [Tesis de grado, Universidad Central de Venezuela]. <http://190.169.28.21/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=78563>
- American Dietetic Association. (1997). Position of the American Dietetic Association. Weight management. *Journal of American Dietetic Association*, 97, 71-74.
- Amigo Vázquez, I. (2015). *Manual de psicología de la salud* (2da edición). Ediciones Pirámide.
- Anastasiou, C. A., Fappa, E., Karfopoulou, E., Gkza, A., y Yannakoulia, M. (2015). Weight loss maintenance in relation to locus of control: The MedWeight study. *Behaviour research and therapy*, 71, 40–44. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.05.010>
- Ancona, V., Bastarrachea, S., Lavidia, M., González, B., y Avila, R. (2002). *Consenso de Obesidad de la Fundación Mexicana para la Salud*. McGraw Hill.
- Andrade, A., Coutinho, S. R., Silva, M. N., Mata, J., Vieira, P. N., Minderico, C. S., Melanson, K. J., Baptista, F., Sardinha, L. B., y Teixeira, P. J. (2010). The effect of physical activity on weight loss is mediated by eating self-regulation. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 320-326. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.006>
- Andreoletti, C., Zebrowitz, L. A. y Lachman, M. E. (2001). Physical Appearance and Control Beliefs in Young Middle-Aged and Older Adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 969-981. <https://doi: 10.1177/0146167201278005>
- Andrew, F. (1981). *Subjective social indicators. Objective social indicators and social accounting systems*. Academic.
- Andrews, F.M., y Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of Well-Being*. Plenum.
- Annesi, J. (2013). Effects of treatment differences on psychosocial predictors of exercise and improved eating in obese, middle-age adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 10(7), 1024-1031. <https://doi.org/10.1123/jpah.10.7.1024>
- Annesi, J.J., y Gorjala, S. (2010). Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and

eating and BMI change: A field investigation. *BioPsychoSocial Medicine* 4,10. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-10>

Annesi, J. J., Johnson, P. H., y Porter, K. J. (2015). Bi-Directional Relationship Between Self-Regulation and Improved Eating: Temporal Associations With Exercise, Reduced Fatigue, and Weight Loss. *The Journal of Psychology*, 149(6), 535-553. <https://doi.org/10.1080/00223980.2014.913000>

Annesi, J., y Porter, K. (2013). Self-Regulatory Skills for Controlled Eating Emanating From Newly Initiated Physical Activity. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 7(1), 67-78. <https://doi.org/10.5590/JSBHS.2013.07.1.05>

Annis, N. M., Cash, T. F., y Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1(2), 155-167. <https://doi:10.1016/j.bodyim.2003.12.001>

Arbour, K. P., y Martin Ginis, K. A. (2006). Effects of exposure to muscular and hypermuscular media images on young men's muscularity dissatisfaction and body dissatisfaction. *Body Image*, 3(2), 153-161. <https://doi:10.1016/j.bodyim.2006.03.004>

Aronne, L. J. (2002). Classification of obesity and assessment of Obesity-Related Health Risks. *Obesity Research*, 10(S12), 105S-115S. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.203>

Avitia, G. C., Portillo Reyes, V., Reyes Leal, G. y Loya Méndez, Y. (2018). Relación del índice de masa corporal con felicidad, autoestima y depresión en adultos jóvenes. *Nóesis. Revista de ciencias sociales*, 27(53-1), 51-63. <https://doi.org/10.20983/noesis.2018.3.4>

Baghurst, T., Hollander, D. B., Nardella, B., y Haff, G. G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image*, 3(1), 87-91. <https://doi:10.1016/j.bodyim.2005.11.001>

Baile Ayensa, J.I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de humanidades "Cuadernos del Marqués de San Adrián"*, pp 1-17. [URI: http://hdl.handle.net/20.500.12226/313](http://hdl.handle.net/20.500.12226/313)
[ISSN: 1579-4806](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.11.001)

Baird, J., Jarman, M., Lawrence, W., Black, C., Davies, J., Tinati, T., Begum, R., Mortimore, A., Robinson, S., Margetts, B., Cooper, C., Barker, M., y Inskip, H. (2014). The effect of a behaviour change intervention on the diets and physical activity levels of women attending Sure Start Children's Centres: results from a complex public health intervention. *BMJ open*, 4(7), e005290. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005290>

Baker, R. C., y Kirschenbaum, D. S. (1993). Self-monitoring may be necessary for successful weight control. *Behavior Therapy*, 24(3), 377-394. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80212-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80212-6)

- Balderas Rentería, D. y Balderas Rentería, I. (2015). Control clínico integral del sobrepeso y la obesidad. En I. Balderas Rentería. *Diabetes, obesidad y síndrome metabólico: Un abordaje multidisciplinario* (pp 21-33). México: Manual Moderno. Electronico ISBN 978-607-448-483-0
- Balantekin, K. N., Savage, J. S., Marini, M. E., y Birch, L. L. (2014). Parental encouragement of dieting promotes daughters' early dieting. *Appetite*, 80, 190–196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.05.016>
- Balko, R. (2004, 7 junio). *America's Obesity Crisis: Are you responsible for your own weight?*. TIME.com. <https://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,994398,00.html>
- Ball, K. y Crawford, D. (2006). An investigation of psychological, social and environmental correlates of obesity and weight gain in young women. *International Journal of Obesity*, 30, 1-10. <https://doi: 10.1038/sj.ijo.0803267>
- Ball, K., Crawford, D., y Kenardy, J. (2004). Longitudinal relationships among overweight, life satisfaction, and aspirations in young women. *Obesity Research*, 12(6), 1019-1030. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.125>
- Balsiger, B. M., Murr, M. M., Poggio, J. L., y Sarr, M. G. (2000). BARIATRIC SURGERY: Surgery for Weight Control in Patients With Morbid Obesity. *Medical Clinics of North America*, 84(2), 477–489. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(05\)70232-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(05)70232-7).
- Bandura, A. (1974). Behavioral Theory and the models of man. Presidential address presented at the meeting of the American Psychological Association, New Orleans, August.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp.:3-38). Hemisphere.
- Bandura, A. (1982). The self and mechanisms of agency. En J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 1, pp. 3-39). Erlbaum
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales*. Martínez
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *British Psychological Society*, 10, 411-424.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50, 248-287.

- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3–38). Hemisphere Publishing Corp.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bandura, A. (2005, 1 septiembre). *The growing centrality of Self-Regulation in health promotion and disease prevention*. <https://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/ehp.v7.i3.p11>
- Bandura, A., Adams, N. E., y Beyer, J. M. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(3), 125-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.3.125>
- Barbany Cahiz, M. (2005) Concepto y clasificación de la obesidad. En B. Moreno, S. Monereo y J. Álvarez (Eds), *La obesidad en el tercer milenio* (pp.93-98). Médica Panamericana.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2nd ed.), Guilford Press.
- Bates, M. S., y Rankin-Hill, L. (1994). Control, culture and chronic pain. *Social Science & Medicine*, 39(5), 629–645. [https://doi:10.1016/0277-9536\(94\)90020-5](https://doi:10.1016/0277-9536(94)90020-5)
- Bauer, K., Bucchianeri, M., y Neumark-Sztainer, D.(2013). Mother-reported parental weighttalk and adolescent girls’ emotional health, weight control attempts, and disordered eating behaviors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 45. <https://dx.doi.org/10.1186/2050-2974-1-45>
- Baumann, M., Tchicaya, A., Lorentz, N., y Le Bihan, E. (2017). Life satisfaction and longitudinal changes in physical activity, diabetes and obesity among patients with cardiovascular diseases. *BMC public health*, 17(1), 925. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4925-0>
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Berge, J. M. (2009). A review of familial correlates of child and adolescent obesity:What has the 21st century taught us so far? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 21, 457–483. <https://dx.doi.org/10.1515/ijamh.2009.21.4.457>

- Berge, J. M., MacLehose, R., Loth, K. A., Eisenberg, M., Bucchianeri, M. M., y NeumarkSztainer, D. (2013). Parent conversations about healthful eating and weight: Associations with adolescent disordered eating behaviors. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 167, 746–753. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.78>
- Berge, J. M., MacLehose, R. F., Loth, K. A., Eisenberg, M. E., Fulkerson, J. A., y Neumark-Sztainer, D. (2015). Parent-adolescent conversations about eating, physical activity and weight: Prevalence across sociodemographic characteristics and associations with adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 122–135. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-014-9584-3>
- Bernier, M., y Avard, J. (1986). Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-reduction program. *Cognitive Therapy and Research*, 10(3), 319–338. <https://doi.org/10.1007/bf01173469>
- Bernier, M., y Poser, E. (1984). The relationship between self-efficacy, attributions, and weight loss in a weight rehabilitation program. *Rehabilitation Psychology*, 29, 95–105.
- Berkowitz, R. I., Wadden, T. A., Tershakovec, A. M., y Cronquist, J. L. (2003). Behavior therapy and sibutramine for the treatment of adolescent obesity. *JAMA*, 289(14), 1805. <https://doi.org/10.1001/jama.289.14.1805>.
- Björntorp, P., y Brodoff B. (1992). *Obesity*. Kimberley Cox.
- Blanco, M., Solano, S., Alcántara, A. I., Parks, M., Román, F. J., y Sepúlveda, A. R. (2020). Psychological well-being and weight-related teasing in childhood obesity: a case-control study. *Eating and weight disorders*, 25(3), 751–759. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00683-y>
- Blundell, J. (2000). What foods do people habitually eat? A dilemma for nutrition, an enigma for psychology. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71(1), 3–5. <https://doi.org/10.1093/ajcn/71.1.3>
- Boles, A., Kandimalla, R., y Reddy, P. H. (2017). Dynamics of diabetes and obesity: epidemiological perspective. *Biochimica et Biophysica acta. Molecular. Basis of Disease*. 1863(5) 1026–1036. <https://doi:10.1016/j.bbadis.2017.01.016>
- Bouchard, C. (2009). Defining the genetic architecture of the predisposition to obesity: a challenging but not insurmountable task. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91(1), 5–6. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28933>
- Braet, C., y Van Winckel, M. (2000). Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. *Behavior Therapy*, 31(1), 55–74. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(00\)80004-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(00)80004-0)

- Brannon, L., Feist, J., y Updegraff, J. A. (2013). *Health Psychology: An Introduction to behavior and health*. Cengage Learning.
- Brannon, L., Updegraff, J. y Feist, J. (2018). *Health Psychology: An introduction to behavioral and health*. Centage Learning.
- Bray, G. A., Greenway, F. L., Molitch, M. E., Dahms, W. T., Atkinson, R. L., y Hamilton, K. C. (1978). Use of anthropometric measures to assess weight loss. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 31(5), 769-773. <https://doi.org/10.1093/ajcn/31.5.769>
- Bretón Lesme, I., de la Cuerda Compés, C., Cambolor Alvarez, M., Garcia Peris, P., y Moreno Estéban, B. (2004). Cirugía bariátrica: seguimiento pre y postoperatorio. En B. Moreno, S. Monereo y J. Álvarez (Eds), *La obesidad en el tercer milenio* (pp.293-308). Medica Panamericana.
- Brown, T. A., Cash, T. F., y Lewis, R. J. (1989). Body-Image Disturbances in adolescent Female Binge/Purgers: A brief report of the results of a national survey in the U.S.A. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), 605-613. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00272.x>
- Bruch, H. (1961). Transformation of Oral Impulses in Eating Disorders: A Conceptual approach. *Psychiatric Quarterly*, 35(3), 458-481. <https://doi.org/10.1007/bf01573614>.
- Buela-Casal, G. Caballo, V., y Sierra, S. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Siglo XXI.
- Buckley, J. (2014). Exercise self-efficacy intervention in overweight and obese women. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1074-1084. <https://doi.org/10.1177/1359105314545096>
- Cabrera García-Ochoa, Y. (2010). El cuerpo femenino en la publicidad. *Icono* 14(8), 223-243. <https://doi.org/10.7195/ri14.v8i3.236>
- Campos Uscanga, Y., Argüelles Nava, V. G., Vázquez Martínez, F. D., y Ortiz León, M. C. (2014). Autorregulación, Autoeficacia y Orientación Nutricional para la Disminución del Exceso de Peso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII(2), 163-170.
- Campos, Y., Argüelles, V., y Lugli, Z. (2012). Autorregulación y autoeficacia en estudiantes universitarios con obesidad. *UniverSalud*, 8(16), 3-8.
- Campos Uscanga, Y., Romo González, T., del Moral Trinidad, L. E., y Carmona Hernández, N. (2017). Obesity and Self-Regulation of Physical Activity and Eating Behaviors in College Students: A Prospective Study. *MHSalud: Revista En Ciencias Del Movimiento Humano y Salud*, 14(1). <https://doi.org/10.15359/mhs.14-1.4>
- Campos, G., Ryder, E., Diez, M., Rivero, F., Fernández, V., Raleigh, X. y Arocha, C. (2003).

Prevalencia de obesidad e hiperinsulinemia en una población aparentemente sana de Venezuela y su relación con las concentraciones de lípidos y lipoproteínas del suero. *Investigación Clínica*, 44(1), 5-2.

Canning, H., y Mayer, J. (1966). Obesity — its possible effect on college acceptance. *The New England Journal of Medicine*, 275(21), 1172-1174. <https://doi.org/10.1056/nejm196611242752107>

Carek, P. Sherer, J. y Stier, D. (1997). Management of obesity: medical treatments options. *American Family Physician*, 55(2), 551-561.

Carr, D., y Friedman, M. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244-259. <https://doi.org/10.1177/002214650504600303>

Carraca, E. V., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Vieira, P. N., Minderico, C. S., Sardinha, L. B., y Teixeira, P. J. (2013). The association between physical activity and eating self-regulation in overweight and obese women. *Obesity Facts*, 6(6), 493-506. <https://doi.org/10.1159/000356449>

Carver, Ch., y Scheir, M. (2000). On The Structure of Behavioral Self-Regulation. En M. Boekaerts, P., Pintrich, y M., Zeidner, M. *Handbook of Self-Regulation*. Academic Press.

Cash, T.F., Winstead, B.W., y Janda, L.H. (1986). The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20(4), 30-37.

Casullo, M. (2002). Evaluación del Bienestar Psicológico. En: *Evaluación del Bienestar Psicológico en Latinoamérica*, 1ª Ed. Paidós.

Cattarin, J., y Thompson, J. K. (1994). A Three-Year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders*, 2(2), 114–125. <https://doi.org/10.1080/10640269408249107>

Cervone, D., y Scott, W.D. (1995). Self-efficacy theory of behavioral change: foundations, conceptual issues, and therapeutic implications. En: W., O'Donohue, y L., Krasner (Eds). *Theories of Behavioral Therapy. Exploring Behavioral Change* (Cap. 13). American Psychological Association.

Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., y D'Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 433-440. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(97\)80009-8](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(97)80009-8).

Chandler, E. y Rovira, B. (2002). Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. *Actualidad Psicológica*, 300. 541-552.

- Chávez, R. (2014). *Geografía de la Salud: Obesidad y su impacto sobre las principales causas de mortalidad y calidad de vida en Venezuela, período 1999-2007*. [tesis de grado, Universidad Central de Venezuela]. <http://saber.ucv.ve/handle/10872/20083>
- Cheng, H., y Furnham, A. (2019). Childhood locus of control and self-esteem, education, psychological distress and physical exercise as predictors of adult obesity. *Journal of Public Health*, 41(3), 439–446, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy125>
- Choquet, H., y Meyre, D. (2011). Genetics of Obesity: What have we Learned?. *Current Genomics*, 12(3), 169–179. <https://doi.org/10.2174/138920211795677895>
- Ciangura, C., Carette, C., Faucher, P., Czernichow, S., y Oppert, J. (2017). Obesidad del adulto. *EMC - Tratado De Medicina*, 21(2), 1–10. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(17\)84245-8](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(17)84245-8)
- Cioffi, J. (2002). Factors that enable and inhibit transition from a weight management program: a qualitative study. *Health Education Research*, 17(1), 19–26. <https://doi.org/10.1093/her/17.1.19>
- Clark, M. M., Cargill, B. R., Medeiros, M. L., y Pera, V. (1996). Changes in Self-Efficacy Following Obesity Treatment. *Obesity Research*, 4(2), 179–181. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1996.tb00531.x>
- Clark, A. E., Flèche, S., Layard, R., y Powdthavee, N. (2018). *The origins of happiness: The science of well-being over the life course* (First paperback edition). Princeton University Press.
- Clavijo, M., Yévenes, F., Gallardo, I., Contreras, A. M. C., y Santos, C. R. (2020). Escala de autoeficacia general: reevaluación de su evidencia de confiabilidad y validez en Chile. *Revista Médica De Chile*, 148(10), 1452–1460. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020001001452>
- Coelho, E., Fonseca, S., Pinto, G., y Mourão-Carvalho, M. I. (2016). Factors associated with body image dissatisfaction in Portuguese adolescents: obesity, sports activity and TV watching. *Motricidade*, 12(2), 18. <https://doi.org/10.6063/motricidade.6277>
- Cohen, S. y Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. En R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 235-283). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Cooper, P.J.; Taylor, M.J.; Cooper, Z. y Fairburn, M.D. (1987). The development and validation of the body shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorder*, 4(4), 485-497. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O)
- Corsica, J. y Perri, M. (2003). *Obesity. Handbook of psychology*. John Wiley & Sons, Inc.

- Costa-Font, J. y Mas, N. (2016). Globesity? The effects of globalization on obesity and caloric intake. *Food Policy*, 64, 121-132.
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Behar, R., y Arancibia, M. (2016). Influence of sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 7(2), 116–124. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.05.001>
- Cózar, L., García, L., y Jiménez, A. (2001). Abordaje dietético de la obesidad. En L. Escobar, y M. Aguilar. *Nutrición y hormonas*. Ergon.
- Cossrow, N. H. F., Jeffery, R. W., y McGuire, M. (2001). Understanding Weight Stigmatization: A focus group study. *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 208–214. [https://doi.org/10.1016/s1499-4046\(06\)60033-x](https://doi.org/10.1016/s1499-4046(06)60033-x)
- Crandall, C. S., y Biernat, M. (1990). The ideology of Anti-Fat attitudes1. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(3), 227–243. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb00408.x>
- CuadraL., H., y FlorenzanoU., R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), 83-96.
- Cuberos, V. (2007). *La etnoplástica del cuerpo. Estudio etnopsiquiátrico a propósito de las cirugías estéticas en Venezuela*. <https://cdsa.aacademica.org/000-066/1845>
- Curry, S. (2013). Obesity epidemic: pharmaceutical weight loss. *Rhode Island Medical Journal*. 100, 18–20
- Dalton, W.T. y Kitzmann, K.M. (2014) A Preliminary Investigation of Stimulus Control, SelfMonitoring, and Reinforcement in Lifestyle Interventions for Pediatric Overweight. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 6(1), 75-89. <https://doi.org/10.1177/1559827611402582>
- De González, A. B., Hartge, P., Cerhan, J. R., Flint, A., Hannan, L. M., MacInnis, R. J., Moore, S. C., Tobias, G. S., Anton-Culver, H., Freeman, L. B., Beeson, W. L., Clipp, S., English, D. R., Folsom, A. R., Freedman, D. M., Giles, G. G., Håkansson, N., Henderson, K. D., Hoffman-Bolton, J., . . . Thun, M. J. (2010). Body-Mass index and mortality among 1.46 million white adults. *The New England Journal of Medicine*, 363(23), 2211-2219. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1000367>
- De Grande, P. (2014). Reflexiones sobre la interpretación del concepto de locus de control en investigación social. *Pensando Psicología*, 10(17), 127-134. <https://doi.org/10.16925/pe.v10i17.795c>
- Degirmenci, T., Kalkan Oguzhanoglu, N., Sozeri Varma, G., Ozdel, O., y Fenkci, S. (2015). Psychological Symptoms in Obesity and Related Factors. *Noro Psikiyatri*

Arsivi, 52(1), 42–46. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.690>

- Delgado-Floody, P., Guzmán-Guzmán, I. P., Caamaño-Navarrete, F., Jerez-Mayorga, D., Zulic-Agramunt, C., y Cofré-Lizama, A. (2020). Depression is associated with lower levels of physical activity, body image dissatisfaction, and obesity in Chilean preadolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 26(4), 518–531. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1817958>
- Dennis, K. E., y Goldberg, A. P. (1996). Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addictive Behaviors*, 21(1), 103–116. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(95\)00042-9](https://doi.org/10.1016/0306-4603(95)00042-9)
- De Oliveira-Gomes, D., González-Rivas, J. P., Rosales-Pereira, K. A., De Jesus-Henriques, L., Iglesias-Fortes, R., Ugel, E., Duran, M., Dávila Alcalá, E. L., Marulanda, M. I., y Nieto-Martínez, R. (2020). Prevalencia de obesidad en la región capital de Venezuela. Resultados del EVESCAM. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 18(2), 57-63.
- De Vries, D. A., Peter, J., De Graaf, H., y Nikken, P. (2015). Adolescents' social network site use, Peer Appearance-Related Feedback, and Body Dissatisfaction: Testing a Mediation model. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(1), 211–224. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0266-4>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., y Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology* 27, 21-33. https://www.researchgate.net/publication/284651340_New_directions_in_subjective_well-being_research_The_cutting_edge.
- Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 653–663. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.68.4.653>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E. y Lucas, R. (2000). Subjective emotional well-being. *Annual Review of Psychology*, 19, 703-721.
- Diener, E. Oishi, S. y Lucas, R. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425. <https://doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>

- Diener, E., Suh, E., y Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- División de Epidemiología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2005). *Informe Epidemiológico Obesidad*. Caracas, Venezuela.
- Domínguez Bolaños, Rosa Elba, y Ibarra Cruz, Erick (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 21(96),660-679.
- Dwivedi A. y Rastogi R. (2017). Proactive Coping, Time Perspective and Life Satisfaction: A Study on Emerging Adulthood. *Journal of Health Management*, 19(2), 264-274. <https://doi:10.1177/0972063417699689>
- Ehde, D. M. (2010). Application of positive psychology to rehabilitation psychology. En R. G.; M. B. Frank; Rosenthal; Caplan (Ed.). *Handbook of rehabilitation psychology* (2nd ed., pp. 417–424). American Psychological Association.
- Elgaard Jensen, T., Kleberg Hansen, A. K., Ulijaszek, S., Munk, A. K., Madsen, A. K., Hillersdal, L., y Jespersen, A. P. (2019). Identifying notions of environment in obesity research using a mixed-methods approach. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20(4), 621–630. <https://doi.org/10.1111/obr.12807>
- Erazo, M (2012). Visión global en relación a la obesidad. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23(2), 196-200. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70298-5](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70298-5)
- Escobar, J. Espinosa, R. Sillero, S. y Segura, M. (2001). Tratamiento farmacológico de la obesidad. En L. Escobar y M. Aguilar. *Nutrición y hormonas*. Ergon
- Escrivá, D., Moreno-Latorre, E., Caplliure-Llopis, J., Benet, I. y Barrios, C. (2021). Relationship of Overweight and Obesity with Body Self-Image Dissatisfaction in Urban Mediterranean Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7770. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18157770>
- Evans, G. W., Fuller-Rowell, T. E. y Doan, S. N. (2011). Childhood cumulative risk and obesity: the mediating role of self-regulatory ability. *Pediatrics*, 129(1), 68-73. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3647>
- Evans, G. W., Shapiro, D. H., y Lewis, M. A. (1993). Specifying dysfunctional mismatches between different control dimensions. *British Journal of Psychology*, 84(2), 255–273. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1993.tb02478.x>
- Evers, C; Stok, M y De Ridder, D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792–804. <https://doi.org/10.1177/0146167210371383>

- Fabian, L., y Thompson, J. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 63-74. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198901\)8:1<63::AID-EAT2260080107>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198901)8:1<63::AID-EAT2260080107>3.0.CO;2-9)
- Facchini, M. (2002,). Vicisitudes de la imagen corporal en la Obesidad. *Actualidad Psicológica*. 27, 28-32
- FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF (2022). *Versión resumida de El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, FAO. <https://doi.org/10.4060/cc0640es>
- Fardouly, J., y Vartanian, L. R. (2016). Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.09.005>
- Feinberg, L. (1996). *Teasing: Innocent fun or sadistic malice?*. New horizon Press.
- Feingold, A. (1992). Good-looking people are not what we think. *Psychological Bulletin*, 111(2), 304–341. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.2.304>
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., y Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 138–150. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.1.138>
- Fernández Ballesteros, R., Díez-Nicolás, R., Vittoriosa Caprara, G., Barbaranello, C. y Bandura, A. (2004). Determinantes y relaciones estructurales desde la eficacia personal a la eficacia colectiva. En: M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E.A. Cifre, S. Llorens y M. Garcí-Renedo (EDS.) *Nuevos Horizontes en la evaluación sobre la autoeficacia* (pp 68-80). Publicacions de la Universitat Jaume I
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Fida, R., Paciello, M., Tramontano, C., Barbaranelli, C., y Farnese, M. L. (2015). "Yes, I Can": the protective role of personal self-efficacy in hindering counterproductive work behavior under stressful conditions. *Anxiety, stress, and coping*, 28(5), 479–499. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.969718>
- Fields, L. C., Brown, C., Skelton, J. A., Cain, K. S., y Cohen, G. M. (2021). Internalized Weight Bias, Teasing, and Self-Esteem in Children with Overweight or Obesity. *Childhood obesity*, 17(1), 43–50. <https://doi.org/10.1089/chi.2020.0150>
- Fitzgibbon, M., Kirshenbaum, D. y Stolley, M. (1993). Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychology*,

12(5), 342-345. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.12.5.342>

- Flint, S. W., Hudson, J., y Lavallee, D. (2016). The portrayal of obesity in U.K. national newspapers. *Stigma and Health*, 1(1), 16–28. <https://doi.org/10.1037/sah0000013>
- Fortea Bagán, M. A., y Fuertes Martínez, F. (2000). Autoeficacia y rediseño de puestos de trabajo. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 145–157. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1302>
- Fox, E. (1997). *Obesity and body image: An investigation of the causes of body dissatisfaction in obesity*. ProQuest. (n.d.). <https://www.proquest.com/openview/5bfe941a035d32425e4b1aceabe8a084/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Fredrickson, B.L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359(1449), 1367–1377. <https://doi.org/10.2307/4142140>
- Friedman, M., y Brownell, K. (1995). Psychological Correlates of Obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(1), 3-20. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.1.3>
- Friedman, M., Brownell, K., y Schwartz, M. (1998). Differential Relation of Psychological Functioning with the History and Experience of Weight Cycling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 646-650. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.4.646>
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., y Musante, G. J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity research*, 13(5), 907–916. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.105>
- Frost, L. (2005). Theorizing the Young Woman in the Body. *Body & Society* 11(1), 63–85. <https://doi: 10.1177/1357034X05049851>
- Formiguero, X. y Alastrué, A (2001). Cirugía de la obesidad. Técnicas y protocolos actuales. En L. Escobar y M. Aguilar. *Nutrición y hormonas*. Ergon.
- Furby, L. (1979). Individualistic bias in studies of locus of control. En A. R. Buss (Ed.), *Psychology in social context* (pp. 169–190). Irvington
- Galindo, O. y Ardila, R. (2012). Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. *Psicología latinoamericana*, 30(2). 381–407.
- Gálvez, E., Chia, N., y Valdez, J. (2005). Género, ansiedad social, autoeficacia general y autoeficacia en situaciones sociales. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6(1): 43 – 54

- Gallardo, L. O., Plumed-Domingo, J. J., y Rojo-Moreno, L. (2022). Weight-Teasing and Eating Disorders—A Comparative Study in Adolescent and Adult Samples. *Children*, 9(11), 1655. <http://dx.doi.org/10.3390/children9111655>
- García Grau, E. (1988). Evaluación conductual de grandes obesos. *Papeles del psicólogo*. Vol(33-34). <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=356>
- Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International journal of psychiatry in medicine*, 11(3), 263–284. <https://doi.org/10.2190/r55q-2u6t-lam7-rqr7>
- Gershaw, D. A. (1998). *Locus of control*. <http://virgil.azwestern.edu/~dag/lol/ControlLocus.html>
- Ghannadiasl, F., y Hoseini, N. (2020). Association of Visceral Fat Obesity with Body Image Dissatisfaction among Women. *Journal of Nutrition, Fasting and Health*, 8(3), 199-204. <https://doi:10.22038/jnfh.2020.48864.1267>
- Gianessi, C. A. (2012). From habits to self-regulation: how do we change?. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 85(2), 293-299.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campbell, A. J., Krochock, K., y Westerholm, R. I. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: evidence of moderating and mediating effects. *Clinical psychology review*, 26(3), 257–283. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.011>
- Grau Gumbau, R., Salanova Soria, M. y Peiró Silla, J.M. (2012). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 311-321. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/414>
- Griffiths, S., Hay, P., Mitchison, D., Mond, J. M., McLean, S. A., Rodgers, B., Massey, R. y Paxton, S. J. (2016). Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(6), 518–522. <https://doi:10.1111/1753-6405.12538>
- Goldfield, G., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., y Flament, M. (2010). The relation between weight-based teasing and psychological adjustment in adolescents. *Paediatrics & child health*, 15(5), 283–288. <https://doi.org/10.1093/pch/15.5.283>
- Gómez Ayala, A.E. (2007). Salud física y salud mental: un binomio indisoluble. *Farmacia Profesional*, 21(7), 53-56.
- Gómez-Peresmitré, G., Platas Acevedo, S., y Pineda-García, G. (2019). Programa de autoeficacia hacia hábitos saludables para la prevención de la obesidad en escolares mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 44-50.

<https://doi: 10.21134/rpcna.2019.06.1.6>

- Gómez Salas G. (2020). *Calidad de la dieta y su relación con la obesidad en 8 países de América Latina*. [Tesis doctoral. Universidad de Costa Rica]. <https://hdl.handle.net/10669/81654>
- González, H. (2016). *Managing patients with obesity*. Springer International Publishing Switzerland. ISBN 978-3-319-12331-8 <https://doi: 10.1007/978-3-319-12331-8>
- González, M. y Lugli, Z. (2012). Control personal de la conducta y adhesión terapéutica en balón intragástrico. *GEN*, 66(4): 250-259.
- González Jiménez, E. (2011). Genes y obesidad: una relación de causa-consecuencia. *Endocrinología y Nutrición*. 58(9), 492-496.
- Grilo, M. (1996). Treatment of Obesity: An integrative model. En: Thompson, K. (1996). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity*. APA.
- Grilo, C., Wilfley, D., Brownell, K. y Rodin, J. (1994). Teasing, body image and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 19(4), 443-450. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)90066-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)90066-3)
- Guardabassi, V., y Tomasetto, C. (2022). Weight-based teasing, body dissatisfaction, and eating restraint: Multilevel investigation among primary schoolchildren. *Health Psychology*, 41(8), 527–537. <https://doi.org/10.1037/hea0001213>
- Gurin, P., Gurin, G., y Morrison, B. M. (1978). Personal and ideological aspects of internal and external control. *Social Psychology*, 41(4), 275-296. <https://doi.org/10.2307/3033581>
- Gurung, R.A.R. (2019). *Health Psychology: Well-being in a diverse world*. SAGE.
- Guzmán, R. y Lugli Rivero, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: Un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*, 16(2), 37-50
- HaGani, N., Moran, M. R., Caspi, O., Plaut, P., Endevelt, R., y Baron-Epel, O. (2019). The Relationships between Adolescents' Obesity and the Built Environment: Are They CityDependent?. *International journal of environmental research and public health*, 16(9), 1579. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091579>
- Hagger, M. S. (2019). Habit and physical activity: Theoretical advances, practical implications, and agenda for future research. *Psychology of Sport and Exercise*, 42, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.12.007>
- Hagler, A. S., Norman, G. J., Zabinski, M. F., Sallis, J. F., Calfas, K. J., y Patrick, K. (2007). Psychosocial correlates of dietary intake among overweight and obese men. *American*

Journal of health behavior, 31(1), 3–12. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.1.3>

- Halberstadt, J., de Vet, E., Nederkoorn, C., Jansen, A., van Weelden, O. H., Eekhout, I., Heymans, M.W. y Seidell, J. C. (2017). The association of self-regulation with weight loss maintenance after an intensive combined lifestyle intervention for children and adolescents with severe obesity. *BMC Obesity*, 4, 13. <https://doi.org/10.1186/s40608-016-0140-2>
- Hanif, H. (2022). Evaluation of the Relationship between Obesity and Life Satisfaction among Male and Female Students of Pakistan. *Scandic Journal of Advanced Research and Reviews*, 3(01), 020–034 <https://doi.org/10.55966/sjarr.2022.3.1.0048>
- Hayden-Wade, H. A., Stein, R. I., Ghaderi, A., Saelens, B. E., Zabinski, M. F., y Wilfley, D. E. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity research*, 13(8), 1381–1392. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.167>
- Hashim, S.A. (1981). Human eating behaviour: implications for treatment of obesity. En G. Enzi, G. Crepaldi, G. Pozza y A.E. Reneld (Eds.), *Obesity: Pathogenesis and Treatment*. Academic Press.
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., y Stormer, S. (1995). Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *The International journal of eating disorders*, 17(1), 81–89. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199501\)17:1<81::aid-eat2260170111>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199501)17:1<81::aid-eat2260170111>3.0.co;2-y)
- Hennessy, E. A., Johnson, B. T., Acabchuk, R. L., McCloskey, K., y Stewart-James, J. (2020). Self-regulation mechanisms in health behavior change: a systematic meta-review of meta-analyses, 2006-2017. *Health psychology review*, 14(1), 6–42. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1679654>
- Henderson, N. y Huon, G. (2002). Negative affect and binge eating in overweight women. *British Journal of Health Psychology*, 7(Pt1), 77-87. <https://doi:10.1348/135910702169376>
- Henry, H., Reimer, K., Smith, C., y Reicks, M. (2006). Associations of decisional balance, processes of change, and self-efficacy with stages of change for increased fruit and vegetable intake among low-income, African-American monthers. *Journal of American Diet Association*, 106(6), 841–849. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.03.012>
- Herbozo, S., Menzel, J. E., y Thompson, J. K. (2013). Differences in appearance-related commentary, body dissatisfaction, and eating disturbance among college women of varying weight groups. *Eating behaviors*, 14(2), 204–206. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.013>

- Herman, C. P., Polivy, J., Pliner, P., y Vartanian, L. (2019). *Social influences on eating*. Springer.
- Hernández, N. Alves, D. Arroyo, M y Basabe, N (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4):1148-1155. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5829>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Hildebrandt, T., Langenbucher, J., y Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169–181. <https://doi:10.1016/j.bodyim.2004.01.001>
- Hiroto, D. S., y Seligman, M. E. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 311–327. <https://doi.org/10.1037/h0076270>
- Hjördis, B., Gunnar, E. y Daisy, S. (1989). Personality traits related to eating behavior and weight loss in a group of severely obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 315-323. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198905\)8:3<315::AID-EAT2260080307>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<315::AID-EAT2260080307>3.0.CO;2-#)
- Holec, E. Czarnecki, D., Opozda, K. Tudorowska, M Y Ziolkowski, M. (2016). The Life Satisfaction Level of Obese People with Depressive Disorder Compared to Healthy Individuals. *Medical Research Journal*, 1(2), 88-91. <https://doi:10.5603/MRJ.2016.0014>
- Holland, G., y Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Homan K. (2010). Athletic-ideal and thin-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body image*, 7(3), 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.02.004>
- Indregard, A. R., Knardahl, S., y Nielsen, M. B. (2018). Emotional Dissonance, Mental Health Complaints, and Sickness Absence Among Health- and Social Workers. The Moderating Role of Self-Efficacy. *Frontiers in psychology*, 9, 592. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00592>
- Instituto Nacional de Nutrición (2013) Sobrepeso y obesidad en Venezuela (prevalencia y factores condicionantes). Fondo editorial Gente de Maíz. <https://www.inn.gob.ve/pdf/libros/sobrepeso.pdf>

- Iturra, V., Sarrias, M. (2023) The Impact of Bodyweight on Life Satisfaction among School-Aged Children: Are the Mechanisms Gender-Based?. *Child Indicators Research*, 16, 135–165. <https://doi.org/10.1007/s12187-022-09973-x>
- Iruarrizaga, I., Romero, N., Camuñas, N., Rubio, M.A., y Cabrerizo, L. (2001). *Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida*. Psicología.com. <https://psiquiatria.com/tratamientos/entrenamiento-en-control-emocional-en-obesidad-morbida/>
- Jankauskiene, R., y Baceviciene, M. (2021). An exploration of the tripartite influence model of body image in Lithuanian sample of young adults: does body weight make a difference?. *Eating and weight disorders: EWD*, 26(6), 1781–1791. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00996-3>
- Kanfer, F.H., y Caroly, F.H. (1982). *Self Management and Behavior Change*. Pergamon Press.
- Kanfer, F.H., y Gaelik-Buys, L. (1991). Self-management methods. En: Kanfer, F.H., y Goldstein, A.P. (Eds). *Helping People Change* (Cap. 8). Pergamon Press.
- Jacobs, S. B., y Wagner, M. K. (1984). Obese and nonobese individuals: behavioral and personality characteristics. *Addictive behaviors*, 9(2), 223–226. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(84\)90062-5](https://doi.org/10.1016/0306-4603(84)90062-5)
- Jackson, T. D., Grilo, C. M., y Masheb, R. M. (2000). Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obesity Research*, 8(6), 451–458. <https://doi.org/10.1038/oby.2000.56>
- Jang, M. H., y Lee, G. (2013). Body image dissatisfaction as a mediator of the association between BMI, self-esteem and mental health in early adolescents: a multiple-group path analysis across gender. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(2), 165–175. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.2.165>
- Jankauskiene, R., y Baceviciene, M. (2021). An exploration of the tripartite influence model of body image in Lithuanian sample of young adults: does body weight make a difference?. *Eating and weight disorders: EWD*, 26(6), 1781–1791. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00996-3>
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., y Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113(5), 1187–1194. <https://doi:10.1542/peds.113.5.1187>
- Jarosz, E., Gugushvili, A. (2022). BMI and dissatisfaction with life: contextual factors and socioemotional costs of obesity. *Quality of Life Research*, 31, 1167–1177. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02912-3>

- Jia, P. (2020). Obesogenic environment and childhood obesity. *Review Obesity*, 22(1) 1-3
<https://doi.org/10.1111/obr.13158>
- Jiménez, E. G. (2011). Genes y obesidad: una relación de causa-consecuencia. *Endocrinología y Nutrición*, 58(9), 492–496. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2011.06.004>
- Jordan, H. A., Canavan, A. J., y Steer, R. A. (1985). Patterns of weight change: the interval 6 to 10 years after initial weight loss in a cognitive-behavioral treatment program. *Psychological reports*, 57(1), 195–203.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1985.57.1.195>
- Kalavana TV, Maes S, y De Gucht V (2010). Interpersonal and Self-regulation Determinants of Healthy and Unhealthy Eating Behavior in Adolescents. *Journal of Health Psychology*, 15(1):44-52. <https://doi:10.1177/1359105309345168>
- Kaplan, H. I., y Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *The Journal of nervous and mental disease*, 125(2), 181–201. <https://doi.org/10.1097/00005053-195704000-00004>
- Kerlinger, F.N., y Lee, H.B. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. Mc Graw Hill.
- Keyes, C. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social indicators research*, 77(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007-1022. <https://doi:10.1037//0022-3514.82.6.1007>
- Kim, S. H., y Willis, L. A. (2007). Talking about obesity: news framing of who is responsible for causing and fixing the problem. *Journal of health communication*, 12(4), 359–376.
<https://doi.org/10.1080/10810730701326051>
- Klein, S. (2001). Medical management of obesity. *Surgical Clinical North America*, 81, 1025-1038.
- Kramer, F. M., Jeffery, R. W., Forster, J. L., y Snell, M. K. (1989). Long-term follow-up of behavioral treatment for obesity: patterns of weight regain among men and women. *International journal of obesity*, 13(2), 123–136.
- Kreausukon, P., Gellert, P., Lippke, S., y Schwarzer, R. (2012). Planning and self-efficacy can increase fruit and vegetable consumption: a randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 35(4), 443–451. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9373-1>
- Kowalski, R. (1997). *Aversive interpersonal behaviors*. Plenum.

- Kowalski, R. M. (2000). "I was Only Kidding!": Victims' and Perpetrators' Perceptions of Teasing. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(2), 231–241. <https://doi.org/10.1177/0146167200264009>
- Kuroki, M. (2016). Life satisfaction, overweightness and obesity. *International Journal of Wellbeing*, 6(2), 93-110. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i2.519>
- Larraburu, I. (2004). *Acoso a los Obesos*. http://www.compumedicina.com/psiquiatría/psiq_main.shtml.
- Lee, C., Ford, J., y Gramotnev, H. (2009). The life control scale: validation with a population cohort of middle-aged Australian women. *International journal of behavioral medicine*, 16(2), 148–157. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9013-5>.
- Lefcourt, H. M. (1976). *Locus of control: Current trends in theory and research*. Lawrence Erlbaum.
- Lefcourt, H. M. (1982). *Locus of control: Current trends in theory and research*. (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Lefcourt, H. M. (1991). Locus of control. En J. P. Robinson, P. R. Shaver, y L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 413–499). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50013-7>
- Levenson H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 41(3), 397–404. <https://doi.org/10.1037/h0035357>
- Lim, H.J., Xue H. y Wang, Y. (2020). Global Trends in Obesity (pp 1217-1236). En: H.L., Meiselman (Ed). *Handbook of eating and drinking*. Cham: Springer International Publishing. (pp. 1217-1236). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-14504-0>
- Lim H.J., Xue H., y Wang Y. (2020) Global Trends in Obesity. En: Meiselman H. (eds) *Handbook of Eating and Drinking*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14504-0_157
- Link, L. B., y Jacobson, J. S. (2008). Factors affecting adherence to a raw vegan diet. *Complementary therapies in clinical practice*, 14(1), 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2006.12.005>
- Linley, A., Maltby, J., Wood, A., Osborne, G., y Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences*, 47, 878-884. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.010>
- Liou D, y Kulik L (2020). Self-efficacy and psychosocial considerations of obesity risk reduction behaviors in young adult white Americans. *PLoS ONE* 15(6), e0235219.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235219>

- Logue, (1995). *Self-control: Waiting for Tomorrow for What You Want Today*. Prentice Hall.
- Lores, T., Musker, M., Collins, K., Burke, A., Perry, S. W., Wong, M.-L., y Licinio, J. (2020). Pilot trial of a group cognitive behavioural therapy program for comorbid depression and obesity. *BMC Psychology*, 8(34). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00400-w>
- Lowe M. R. (2003). Self-regulation of energy intake in the prevention and treatment of obesity: is it feasible?. *Obesity research, 11 Suppl*, 44S–59S. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.223>
- Lubbers, R., Loughlin, C. y Zweig, D. (2005). Young workers' job self-efficacy and affect: Pathways to health and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 199-214. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2004.03.002>
- Lucas, R. E., Diener, E., y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 616–628. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.3.616>
- Lugli Rivero, Z., (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 43-55.
- Lugli, Z. (2018). Control de la conducta en personas con diferentes índices de masa corporal. *Pensamiento psicológico*, 19(1), 83-94.
- Lugli, Z. Arzolar, M., y Vivas, E. (2009). Construcción y validación del Inventario de autorregulación del peso: Validación preliminar. *Psicología y salud*, 19(2), 281-287.
- Lugli, Z. y Vivas E. (2001). Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud pública de México*, 43(1), 9-16.
- Lugli, Z., y Vivas, E. (2011). Construcción y validación del Inventario de locus de control del peso. Resultados preliminares. *Psicología y Salud*, 21(2), 165-172.
- Luppino, F.S., de Wit, L.M., Bouvy, P.F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B.W.J.H., y Zitman, F.G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220.-229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>.
- Lyubomirsky, S., y Dickerhoof, R. (2010). A construal approach to increasing happiness. En J. E. Maddux y J. Tangney (Eds.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (pp. 229–244). Guilford Press.
- Mackey, A. (2002). *Power, Pessimism y Prevention: The Impact of Locus of Control on Physical Health*. Psybersite at Miami University. <https://www.units.miamioh.edu/psybersite/control/health.shtml>

- Madanat, H. N., Hawks, S. R., y Brown, R. B. (2006). Validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 among a random sample of Jordanian women. *Body Image*, 3(4), 421–425. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.09.004>
- Maddux, J. (2018). *Subjective Well-being and life satisfaction*. Routledge.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2008). *TSA, Test de siluetas para adolescentes*. TEA.
- Major, B., Testa, M., y Bylsma, W. (1991). Responses to upward vs. downward comparisons: The impact of esteem-relevance and perceived control. En J. Suls and T. A. Wills (Eds.), *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp. 237-260). Erlbaum.
- Malo Serrano, M., Castillo N. y Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2): 173-178. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>
- Mariscal, G. L. (2013). Influencias socioculturales asociadas a la percepción corporal en niño(a)s: una revisión y análisis de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 58-67
- Martin, P. D., Dutton, G. R., y Brantley, P. J. (2004). Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obesity research*, 12(4), 646–651. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.74>
- Mata Cárdenas, B.D. y Yeverino Gutiérrez, M.L. (2015). Panorama general de la obesidad y el síndrome metabólico. En I. Balderas Rentería. *Diabetes, obesidad y síndrome metabólico: Un abordaje multidisciplinario* (pp 220-227). Manual Moderno. ISBN 978-607-448-483-0
- Marceau, P., Hould, F. S., Lebel, S., Marceau, S., y Biron, S. (2001). Malabsorptive obesity surgery. *The Surgical clinics of North America*, 81(5), 1113–1127. [https://doi.org/10.1016/s0039-6109\(05\)70187-0](https://doi.org/10.1016/s0039-6109(05)70187-0).
- Marks, L. I. (1998). Deconstructing Locus of Control: Implications for Practitioners. *Journal of Counseling and Development*, 76(3), 251–260. <https://doi:10.1002/j.1556-6676.1998.tb02540.x>
- Matarazzo J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American psychologist*, 35(9), 807–817. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.35.9.807>
- Matthews, J., y Moran, A. (2011). Physical activity and self-regulation strategy use in adolescents. *American Journal of health behavior*, 35(6), 807–814. <https://doi.org/10.5993/ajhb.35.6.16>
- Matz, P., Foster, G., Faith, M. y Wadden, T. (2002). Correlates of Body Image Dissatisfaction Among Overweight Women Seeking Weight Loss. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 70(4), 1040-1044. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.1040>

Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S. y Sharma, A. M. (2008). Barriers to Obesity Treatment. *European Journal of Internal Medicine*, 19(3), 173-180. [https://doi: 10.1016/j.ejim.2007.09.011](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2007.09.011)

Mayer, J. (1968). *Overweight: Causes, Cost and Control*. Chapter 7, p.p 92-99. Prentice-Hall, Inc.

McKenna, R.J. (1972). Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects: a comparison of the Schachterian and psychosomatic conceptions. *Journal of personality and social psychology*, 22 3, 311-9 .

McMahon, D.M. (2006). *Una historia de la felicidad*. Taurus.

Merino, E., Fernández, M., y Bargsted, M. (2015). El papel moderador de la autoeficacia ocupacional entre la satisfacción y la irritación laboral. *Universitas Psychologica*, 14(1), 219- 230. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.pmao>

Meseguer, Mariano, Soler, María I., y García-Izquierdo, Mariano. (2014). El papel moderador de la autoeficacia profesional entre situaciones de acoso laboral y la salud en una muestra multiocupacional. *Anales de Psicología*, 30(2), 573-578. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.161251>

Metalis, S. A., Hess, E. H., y Beaver, P. W. (1982). Pupillometric Analysis of Two Theories of Obesity. *Perceptual and Motor Skills*, 55(1), 87-92. <https://doi.org/10.2466/pms.1982.55.1.87>

Mikkelsen, E. G. y Einarsen, S. (2002). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized selfefficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 397–405. <https://doi: 10.1111/1467-9450.00307>.

Milkewicz, N., Cash, T., Hrabosky, J. (2004). Body Image and psychosocial differences among stable average weight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1, 155-167. <https://doi: 10.1016/j.bodyim.2003.12.001>

Miller, W. R., y Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228–238. <https://doi.org/10.1037/h0076720>

Mills J. K. (1994). Interpersonal dependency correlates and locus of control orientation among obese adults in outpatient treatment for obesity. *The Journal of psychology*, 128(6), 667–674. <https://doi.org/10.1080/00223980.1994.9921295>

- Mills, J. y Cullen, T. (1994). Locus of Control Orientation among Obese Adults in Outpatient Treatment for Obesity. *Journal of Psychology*, 128(3), 333-337. <https://doi:10.1080/00223980.1994.9712737>
- Ministerio del Poder Popular para la salud (2020). *Manual para el abordaje integral de la diabetes y la obesidad en la red comunal de la atención de salud*. <https://drive.google.com/file/d/1RF8eocoiRer0IeNXjQ3qIuFci4zDrBVf/view>
- Mo, Qz.L., Bai, By. (2023). Explicit attitudes toward obesity and life satisfaction in Chinese adolescents: the mediating role of weight dissatisfaction and moderating role of weight status. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04556-7>
- Morán, I. C., Cruz, V., y Iñárritu, M. del C. (2007). El índice de masa corporal y la imagen corporal percibida como indicadores del estado nutricional en universitarios. (Spanish). *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 50(2), 76–79.
- Moreno García, D. (2003). Cultura alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 4(3). <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/112/95>
- Moreno Esteban, B. y Andía Melero, V. M. (2009). Tratamiento de la obesidad. *Revista Siete Días Médicos*, 778, 34-38.
- Morowatisharifabad, M. A., Mahmoodabad, S. S., Baghianimoghadam, M. H., y Tonekaboni, N. R. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International journal of diabetes in developing countries*, 30(1), 27–32. <https://doi.org/10.4103/0973-3930.60009>
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Pearson Education.
- Murolo, L. (2009). Sobre los estereotipos de belleza creados por el sistema, impuestos por los medios de comunicación y sostenidos por la sociedad. *Questión*, 1(22). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/32305>
- Muruaga, S., Pascual Pastor, P., Risco Salso, M., y Rodríguez Martínez, E. (2007). *El cuerpo de la mujer en la publicidad: ¿todavía no sabes lo guapa que eres?* <https://www.mujeerparalasalud.org/el-cuerpo-de-la-mujer-en-la-publicidad-todavia-no-sabes-lo-guapa-que-eres-2/>
- Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Miller, A. B., Goldstein, S. E., y Edwards-Leeper, L. (2004). Body size stigmatization in preschool children: the role of control attributions. *Journal of pediatric psychology*, 29(8), 613–620. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh063>
- Myers, A y Rosen J.C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolism Disorders*, 23(3), 21-30. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800765>

- Navarro Wallmark, B.G. (2015). Alternativas terapéuticas quirúrgicas para la obesidad. En I. Balderas Rentería. *Diabetes, obesidad y síndrome metabólico: Un abordaje multidisciplinario* (pp 265-282). Manual Moderno. ISBN 978-607-448-483-0
- Neff, K. D., y Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23–50. <http://dx.doi.org/10.1111/j.14676494.2008.00537.x>
- Nelson, K. M., McFarland, L., y Relber, G. (2007). Factors influencing disease self-management among veterans with diabetes and poor glycemic control. *Journal of General Internal Medicine*, 22(4), 442–447. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0053-8>
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resnick, M. D., y Blum, R. W. (1997). Psychosocial concerns and weight control behaviors among overweight and nonoverweight Native American adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(6), 598–604. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(97\)00154-5](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(97)00154-5)
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P., y Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26(1), 123–131. <https://doi:10.1038/sj.ijo.0801853>
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Chen, C., Larson, N. I., Christoph, M. J., y Sherwood, N. E. (2018). Eating, activity, and weight-related problems from Adolescence to Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(2), 133–141.
- Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B., y Spruijt-Metz, D. (2009). Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eating disorders*, 17(3), 211–224. <https://doi.org/10.1080/10640260902848543>
- Nir, Z. y Neumann, I. (1995). Relationship among Self-Esteem, Internal-External Locus of Control, and Weight Change After Participation in a Weight Reduction Program. *Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 482-490. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199507\)51:4<482::AID-JCLP2270510403>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199507)51:4<482::AID-JCLP2270510403>3.0.CO;2-A)
- Oblitas, L.A. . et al. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (4ta edición). Cengage Learning
- Ogden, J. (2019). La psicología de ponerse a dieta. Ediciones Mensajero.
- Ochoa, E. (1996). *De la anorexia a la bulimia*. Santillana.
- Oishi, S., Diener, E., y Lucas, R. E. (2007). The Optimum Level of Well-Being: Can People

Be Too Happy?. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 2(4), 346–360. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00048.x>

Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1): 9 -15

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2021). *Combate contra la obesidad y el sobrepeso. Iniciativas del sector privado en América Latina y el Caribe*. <https://www.fao.org/3/cb2369es/CB2369ES.pdf>

Organización Mundial de la salud (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. <https://www.who.int/publications/i/item/924159215X>

Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos básicos*. 48ª edición. http://apps.who.int/gb/bd/s/s_inde

Organización Mundial de la salud (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado*. <https://www.alansaludmental.com/promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/documentos-oms-sobre-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/>

Organización Panamericana de la Salud (2013). *Salud mental. Guía del promotor comunitario*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31342>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.) *Overweight and Obesity*. <https://www.paho.org/en/enlace/overweight-and-obesity>

Oros, L. (2005). Locus de control: evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14(1), 89-98

Padgett, J., y Biro, F. M. (2003). Different shapes in different cultures: body dissatisfaction, overweight, and obesity in African-American and caucasian females. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 16(6), 349–354. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2003.09.007>

Paquette, M. C., y Raine, K. (2004). Sociocultural context of women's body image. *Social science & medicine*, 59(5), 1047–1058. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.016>

Pardo, A. y Ruíz, M.A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. McGraw Hill.

- Park C. L. (2015). Integrating positive psychology into health-related quality of life research. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 24(7), 1645–1651. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0889-z>
- Parker, S. L., Jimmieson, N. L. y Johnson, K. M. (2011). General selfefficacy influences affective task reactions during a work simulation: the temporal effects of changes in workload at different levels of control. *Anxiety Stress Coping*, 26(2), 217-39. <https://doi: 10.1080/10615806.2011.651616>.
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Paxton S.J, Neumark-Sztainer D, Hannan P.J, y Eisenberg M.E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology*, 35(4):539–549. <https://doi.org/10.1207/s15374424jccp 3504 5>.
- Peat, C. M., y Muehlenkamp, J. J. (2011). Self-objectification, disordered eating and depression: A test of mediational pathways. *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 441–450. <http://dx.doi.org/10.1177/0361684311400389>
- Peltier, J. W., Chennamaneni, P. R., y Barber, K. N. (2022). Student Anxiety, Preparation, and Learning Framework for Responding to External Crises: The Moderating Role of Self-Efficacy as a Coping Mechanism. *Journal of Marketing Education*, 44(2), 149–165. <https://doi.org/10.1177/02734753211036500>
- Peña, M., y Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la región. *Revista Panamericana Salud Pública*, 10(2), 75-78.
- Peñalver Talavera, D., Vega Piñero, B., Montoya Alvarez, T., y Flández Gonzáles, B. (2004). Aspectos clínicos de la obesidad. En B. Moreno, S. Monereo y J. Álvarez (Eds), *La obesidad en el tercer milenio* (pp.115-127). Medica Panamericana.
- Pérez-Lugo, A.L., Gabino-Campos, M., y Baile, J.I. (2016). Análisis de los estereotipos estéticos sobre la mujer en nueve revistas de moda y belleza mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.001>
- Pereyra, M. (2004). Estrés y salud. En L. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 203- 245). Thompson.
- Perri, M. G., McAllister, D. A., Gange, J. J., Jordan, R. C., McAdoo, W. G., y Nezu, A. M. (1968). Effects of four maintenance programs on the long-term management of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 529-534. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.4.529>

- Phares, E.J. (1976). *Locus of control in personality*. General learning Press.
- Phillips, K.A. (1996). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press.
- Pinel, J. P., Assanand, S., y Lehman, D. R. (2000). Hunger, eating, and ill health. *The American psychologist*, 55(10), 1105–1116. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.10.1105>
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., y Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Plumed, J., Gimeno, N., Barberá, M., Ruiz, E., Llanos, C., Rojo-Bofill, L., Livianos, L. y Rojo L. (2019). Burlas como factor de riesgo para conductas alimentarias anómalas: estudio prospectivo en una población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(1), 17-27.
- Polanco, R. (1979). El uso del autocontrol en la terapia del comportamiento. *Aprendizaje y comportamiento*, 2(1-2), 39-61.
- Prabhu S, y D’cunha D. (2018) Comparison of body image perception and the actual BMI and correlation with self-esteem and mental health: A cross-sectional study among adolescents. *International Journal of Health & Allied Science*, 3(7), 145-9. https://doi.org/10.4103/ijhas.IJHAS_65_16
- Prestwich, A., Kellar, I., Parker, R., MacRae, S., Learmonth, M., Sykes, B., Taylor, N., y Castle, H. (2014). How can self-efficacy be increased? Meta-analysis of dietary interventions. *Health psychology review*, 8(3), 270–285. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.813729>
- Price, R. H., Choi, J. N., y Vinokur, A. D. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *Journal of occupational health psychology*, 7(4), 302–312. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.7.4.302>
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F (1990) Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En T.F, Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change* (pp. 337-349). The Guilford Press.
- Puertas-López, E. (1990). *Locus de control: Validación de la escala M.H.L.C*. Ediciones del Rectorado de la Universidad de Carabobo.
- Puhl, R., y Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, 9(12), 788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl, R. M., y Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver*

Spring, Md.), 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>

Puhl, R. M., y Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*, 100(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>

Puhl, R. M., Neumark-Sztainer, D., Bryn Austin, S., Suh, Y., y Wakefield, D. B. (2016). Policy Actions to Address Weight-Based Bullying and Eating Disorders in Schools: Views of Teachers and School Administrators. *The Journal of school health*, 86(7), 507–515. <https://doi.org/10.1111/josh.12401>.

Ragazzoni, P., Molinari, E. y Morosin, A. (1996). Satisfaction with life, anxiety and eating attitude in a sample of obese women. *European Journal of Neuropsychopharmacology*, 6(3), 50-57. [https://doi.org/10.1016/0924-977X\(96\)87565-1](https://doi.org/10.1016/0924-977X(96)87565-1)

Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Ediciones Pirámide.

Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15–27.

Rand, A.S.W y Kuldau, J. M. (1992) Epidemiology of Bulimia and Symptoms in a General Population: Sex^ Age, Race, and Socioeconomic Status. *International Journal of Eating Disorders*, (11)1, 37-44. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199201\)11:1<37::AID-EAT2260110106>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199201)11:1<37::AID-EAT2260110106>3.0.CO;2-V)

Rich E, Evans J. (2005). ‘Fat ethics’—the obesity discourse and body politics. *Soc Theory Health*, 3, 341–358. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700057>

Reiff, D., y Reiff, K. (1997). *Eating Disorders. Nutrition Therapy in the Recovery Process*. A Life Enterprises Publication.

Rivarola, M. y Penna, F. (2206). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72.

Roberts, A., y Muta, S. (2017). Representations of female body weight in the media: An update of Playboy magazine from 2000 to 2014. *Body image*, 20, 16–19. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.009>

Robertson, M. C., Green, C. E., Liao, Y., Durand, C. P., y Basen-Engquist, K. M. (2020). Self-efficacy and Physical Activity in Overweight and Obese Adults Participating in a Worksite Weight Loss Intervention: Multistate Modeling of Wearable Device Data. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 29(4), 769–776. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0907>

- Robinson, S.A., Lachman, M.E. (2017) Perceived control and aging: a mini-review and directions for future research. *Gerontology*, 63(5):435–442. <https://doi.org/10.1159/000468540>
- Rodhaina, A., y Gourmelen, A (2018). Obesity: the link between stigma and perceived responsibility. *Journal of marketing management*, 34(15-16), 1418-1439. <https://doi.org/10.1080/0267257X.2018.1550105>
- Rodin, J., Schank, D., y Striegel-Moore, R. (1989). Psychological features of obesity. *The Medical clinics of North America*, 73(1), 47–66. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(16\)30691-5](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(16)30691-5)
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Síntesis psicológica.
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M.I., y Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del inventario de autoeficacia percibida para el control del peso. *Revista Clínica y Salud*, 18(1), 45-56.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 143–166. [https://doi.org/doi:10.1016/S1077-7229\(05\)80008-2](https://doi.org/doi:10.1016/S1077-7229(05)80008-2)
- Ross, R., y Bradshaw, A. J. (2009). The future of obesity reduction: beyond weight loss. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(6), 319–325. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.78>
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Prentice-Hall, Inc. <https://doi.org/10.1037/10788-000>
- Rotter, J. (1966). Generalized Expectancies for internal versus external control reinforcement. *Psychological Monographs*. 80. Whole N°609.
- Rotter, J. (1971). External Control and Internal Control. *Psychology Today*. 5(1)37-59
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56–67. <https://doi.org/10.1037/h0076301>
- Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45(4), 489–493. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.45.4.489>
- Rozin, P (2020). Why We Know So Little About the Psychology of Eating in Humans. En L. Meiselman (ed), *Hand book of eating and drinking: Interdisciplinary perspectives*, pp1557-1576, Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-14504-0>
- Rubio Herrera, M. y Moreno Lopera, C. (2005). Medicina basada en la evidencia: Nutrición

en la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 52, 102-109

- Ryan T. Howell, R.T, Kern, M.L.y Lyubomirsky, S. (2007) Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83-136. <https://doi.org/10.1080/17437190701492486>
- Salanova, M., Grau, R. M., y Martínez, I. M. (2006). Job demands and coping behaviour: The moderating role of professional self-efficacy. *Psychology in Spain*, 10, 1–7.
- Salas.Auvert, J.A. (2008). Control, Salud y Bienestar. *Suma Psicológica*, 15(1), 15-42.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C., y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Ediciones Martínez Roca.
- Saltzer, E. B. (1982). The relationship of personal efficacy beliefs to behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 21(3), 213–221. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1982.tb00542.x>
- Sánchez Durán, T.A., Cruz Pérez, L., Chávez Rosas, S.E. Guillén Cortés, L.B Martínez Cabañas, Y.I. Barragán González, Y., y García Cortés, J.M. (2020). Estereotipos de bellezas en redes sociales y la desvaloración de rol de pareja. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 10(19), pp. 11-19.
- Sánchez Estrada, M. (2011). La psicología positiva: su relación con la salud y el bienestar. *Desbordes*, 2(1), 39-48. <https://doi.org/10.22490/25394150.1191>
- Sarwer D.B., y Grilo C.M. (2020) Obesity: Psychosocial and behavioral aspects of a modern epidemic: Introduction to the special issue. *American Psychology*, Feb-Mar;75(2):135-138. <https://doi.org/10.1037/amp0000610>. PMID: 32052989.
- Sarwer, D., Thompson, J., y Cash, T. (2005). Imagen corporal y obesidad en el adulto. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*, 28, 67-87.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., y Foster, G. D. (1998). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(4), 651–654. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.4.651>
- Sbraccia, P.. y Finer, N. (2019). *Obesity Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment*. Springer.
- Schachter, S. (1968), Obesity and eating. *Science*, 161, 751-756.
- Schachter, S., Goldman, R.. y Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 91-97. <https://doi.org/10.1037/h0026284>

- Shapiro, D. H., Jr, Schwartz, C. E., y Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world. Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *The American psychologist*, 51(12), 1213–1230. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.51.12.1213>
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current direction in psychological science*, 2(1), 26-30.
- Schunk, D.H. (2012). *Teorías del aprendizaje: Una perspectiva educativa*. (6ta edición). Pearson.
- Schütze, B., Rakoczy, K., Klieme, E. et al. (2017). Training effects on teachers' feedback practice: the mediating function of feedback knowledge and the moderating role of self-efficacy. *ZDM Mathematics Education* 49, 475–489. <https://doi.org/10.1007/s11858-017-0855-7>
- Schvey, NA, Marwitz, SE, Mi, SJet al., (2019). Weight-based teasing is associated with gain in BMI and fat mass among children and adolescents at-risk for obesity: A longitudinal study. *Pediatric Obesity*, 14(10), e12538. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12538>
- Schwarzer, R. (Ed.). (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Routledge
- Schwartz, M. B., y Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43–56. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00007-X)
- Schwarzer, R., y Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(5), 487–495.
- Seligman, M. F. D. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*. W. H. Freeman.
- Seligman, M. (1991). *Learned Optimism*. Knopf.
- Seeman T. E. (1991). Personal control and coronary artery disease: how generalized expectancies about control may influence disease risk. *Journal of psychosomatic research*, 35(6), 661–669. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(91\)90116-6](https://doi.org/10.1016/0022-3999(91)90116-6)
- Seoane, J. y Garzón, A. (2010). Psicología social de la salud. En: J. Vallejo, C. Leal (eds), *Tratado de psiquiatría, vol I*, (pp.501-516). Ars Medica.
- Shapiro, J. P., Baumeister, R. F., y Kessler, J. W. (1991). A three-component model of children's teasing: Aggression, humor, and ambiguity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10(4), 459–472. <https://doi.org/10.1521/jscp.1991.10.4.459>
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., y Rogers, R.W.

- (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
- Siahpush, M., Spittal M., y Singh, G.K. (2008). Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the presence of limiting, long-term health conditions. *American Journal of Health Promotion*, 23(1):18-26. <https://doi.org/10.4278/ajhp.061023137>.
- Silverstein, B., Peterson, B., y Perdue, L. (1986). Some Correlates of the Thin Standard of Bodily Attractiveness for Women. *International Journal of Eating Disorders*, 5(5), 895–905. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198607\)5:5<895::AID-EAT2260050510>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198607)5:5<895::AID-EAT2260050510>3.0.CO;2-W)
- Silvestre, E., y Stavile, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. [Tesis de Postgrado Universidad Favaloro. Córdoba]. http://www.revespcardiol.org/cgi-wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.go?pid=13031153
- Slade P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour research and therapy*, 32(5), 497–502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
- Smolak, L., y Stein, J. A. (2006). The relationship of drive for muscularity to sociocultural factors, self-esteem, physical attributes gender role, and social comparison in middle school boys. *Body Image*, 3(2), 121–129. <https://doi.org/doi:10.1016/j.bodyim.2006.03.002>
- Snoek, H. M., van Strien, T., Janssens, J. M., y Engels, R. C. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 23–32. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00568.x>
- Stone, A.A. y Broderick, J.E. (2012), Obesity and Pain Are Associated in the United States. *Obesity*, 20, 1491-1495. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.397>
- Snowdon-Carr, V. (2019). Psychological approaches in the treatment of obesity.pp 349-371. En: Sbraccia, P. y Finer, N. (2019). *Obesity Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment*. Springer, ISBN 978-3-319-46932-4
- Solomon M. R. (2001). Eating as both coping and stressor in overweight control. *Journal of advanced nursing*, 36(4), 563–572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02009.x>
- Spink, M. (2010). Psicología social y salud: asumir la complejidad. *Quaderns de psicologia*, 12(1), 23-39. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.744>
- Stanford, J. N., y McCabe, M. P. (2005). Sociocultural influences on adolescent boys' body image and body change strategies. *Body Image*, 2(2), 105–113. <https://doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.002>

- Steinbeck K. S. (2001). The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 2(2), 117–130. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00033.x>.
- Step toe, A. (1989). The significance of personal control in health and disease. En: A, Steptoe y A., Appels. (Eds). *Stress, personal control and health* (Cap. 15). John Wiley & Sons.
- Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825–848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stice, E., Marti, C. N., y Durant, S. (2011). Behavior research and therapy risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 49, 622–627. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Stokes, R., y Frederick-Recascino, C. (2003). Women's perceived body image: relations with personal happiness. *Journal of women & aging*, 15(1), 17–29. https://doi.org/10.1300/J074v15n01_03
- Striegel-Moore, R., McAvay, G., y Rodin, J. (1986). Psychological and behavioral correlates of feeling fat in women. *International Journal of Eating Disorders*, 5(5), 935–947. [http://doi:10.1002/1098-108x\(198607\)5:5<935::aid-eat2260050514>3.0.co;2-0](http://doi:10.1002/1098-108x(198607)5:5<935::aid-eat2260050514>3.0.co;2-0)
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *The American psychologist*, 41(3), 246–263. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.41.3.246>
- Strubel, J., Petrie, T. A., y Pookulangara, S. (2016). “Like” me: Shopping, self-display, body image, and social networking sites. *Psychology of Popular Media Culture*, 7, 328–344. <https://doi.org/10.1037/ppm0000133>
- Stunkard, A., y Koch, C. (1964). The interpretation of gastric motility. *Archives of General Psychiatry*, 11, 074-82. <http://doi:10.1001/archpsyc.1964.01720250076010>
- Stunkard, A. J., y Penick, S. B. (1979). Behavior modification in the treatment of obesity. The problem of maintaining weight loss. *Archives of general psychiatry*, 36(7), 801–806. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780070079009>
- Summerfield, L. M. (2002). *Nutrición, ejercicio y comportamiento*. Thomson.
- Suls, J., y Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(2), 119–125. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.119>.

- Syme, S.L. (1989). Control and health: a personal perspective. En: A, Steptoe y A., Appels. (Eds). *Stress, personal control and health* (Cap. 1). John Wiley & Sons.
- Szwimer, E., Mougharbel, F., Goldfield, G. S., y Alberga, A. S. (2020). The Association Between Weight-Based Teasing from Peers and Family in Childhood and Depressive Symptoms in Childhood and Adulthood: A Systematic Review. *Current obesity reports*, 9(1), 15–29. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00367-0>
- Tabak, R. S., Piyal, B., Çelen, Ü., Karakoç, Ş., y Özen, Y. (2009). The Relationship Between Adolescents' Locus of Control and Healthy Dietary Behaviours and its Implications for School Psychologists and Other Health Related Professionals. *School Psychology International*, 30(6), 626–643. <https://doi:10.1177/0143034309107080>
- Tam, L., Bagozzi, R. P., y Spanjol, J. (2010). When planning is not enough: the self-regulatory effect of implementation intentions on changing snacking habits. *Health psychology*, 29(3), 284–292. <https://doi.org/10.1037/a0019071>
- Tamayo, A. (1993). “Locus de control: diferencias por sexo y por edad”. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 39(4), 301–308.
- Tamayo Lopera, D., y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
- Tan, Y., Lu, W., Gu, W., Yu, Z., y Zhu, J. (2022). Body Weight, Weight Self-Perception, Weight Teasing and Their Association with Health Behaviors among Chinese Adolescents-The Shanghai Youth Health Behavior Survey. *Nutrients*, 14(14), 2931. <https://doi.org/10.3390/nu14142931>
- Taylor, M.M. (2018). *The obesity epidemic: Why a social perspective matters*. Palgrave pivot.
- Taylor, S., y Aspinwall, L. (1996). Mediating and moderating processes in psychosocial stress. En H. Kaplan (Ed.). *Psychosocial Stress. Perspectives on structure, theory, life-course and methods*. Academic Press
- Test, M. A., Greenberg, J. S., Long, J. D., Brekke, J. S., y Burke, S. S. (2005). *Construct validity of a measure of subjective satisfaction with life of adults with serious mental illness*. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 56(3), 292–300. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.3.292>
- Thege, B. K., Tarnoki, A. D., Tarnoki, D. L., Garami, Z., Berczi, V., Horvath, I., y Veress, G. (2015). Is flourishing good for the heart? Relationships between positive psychology characteristics and cardiorespiratory health. *Anales de Psicología*, 31(1), 55–65. <https://doi:10.6018/analesps.31.1.171471>
- Thirlaway, K., y Upton, D. (2009). *The psychology of lifestyle. Promoting healthy behavior*. Great Britain: Routledge

- Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D., y Komesaroff, P. A. (2008). Being 'fat' in today's world: A qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 11(4), 321–330. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x>
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment (Vol. xvi)*. Pergamon Press.
- Thompson, J. K., Fabian, L. J., Moulton, D. O., Dunn, M. E., y Altabe, M. N. (1991). Development and validation of the Physical Appearance Related Teasing Scale. *Journal of personality assessment*, 56(3), 513–521. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5603_12
- Thompson, J. K. y Stice, E. (2001). Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181-183. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144>
- Thompson, J. K., Van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A. S., y Heinberg, L. J. (2004). The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): development and validation. *The International journal of eating disorders*, 35(3), 293–304. <https://doi.org/10.1002/eat.10257>
- Thompson, J. K., Cattarin, J., Fowler, B., y Fisher, E. (1995). The Perception of Teasing Scale (POTS): a revision and extension of the Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS). *Journal of personality assessment*, 65(1), 146–157. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6501_11
- Thompson, J. K., y Heinberg, L. J. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them? *Journal of Social Issues*, 55(2), 339–353. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00119>
- Tiggemann, M., y Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: a source of social comparison and body dissatisfaction. *The International journal of eating disorders*, 35(1), 48–58. <https://doi.org/10.1002/eat.10214>
- Topçu S, Şimşek Orhon, F. Tayfun, M., Ahmet Uçaktürk, S., y Demirel. F. (2016). Anxiety, depression and self-esteem levels in obese children: a case-control study. *Journal of pediatric endocrinology and metabolism*, 29(3), 357-361. <https://doi.org/10.1515/jpem-2015-0254>
- Torres de Galvis , Y. (2018) Costos asociados con la salud mental. *Revista de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia*, 16(2), 182-187.
- Torres, S., Valarezo, A., Andrade, D., y Sánchez, F. (2018) Formas de presión social e imagen corporal de adolescentes. Un estudio realizado con estudiantes de colegios de la ciudad

de Loja-Ecuador. *Revista de Investigación*, 93(42), 196-207.

Tucker, C. M., Marsiske, M., Rice, K. G., Nielson, J. J., y Herman, K. (2011). Patient-centered culturally sensitive health care: model testing and refinement. *Health psychology*, 30(3), 342–350. <https://doi.org/10.1037/a0022967>

Tyler, C., Johnston C.A., y Foreyt JP. (2007). Themed Review: Lifestyle Management of Obesity. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(6), 423-429. <https://doi:10.1177/1559827607306422>.

Unikel-Santoncini, C., Díaz de León, C. y Rivera, J. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición*. (1ra ed.). Universidad Autónoma Metropolitana.

Valenzuela, A. (2002). *Obesidad* (2ª ed.). Mediterráneo.

Valenzuela Contreras, L.M. (2016). La salud desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 9(9),50-59.

Van den Berg, P., Wertheim, E. H., Thompson, J. K., y Paxton, S. J. (2002). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females: a replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 46–51. <https://doi:10.1002/eat.10030>

Vandereycken, W. (1993). Naughty Girls and Angry Doctors: Eating Disorder Patients and their Therapists. *International Review of Psychiatry*, 5(1), 13-18.

Varela De Oliveira, Iara (2020). *Riesgo de Trastorno Alimentario en niños: su asociación con burlas por el peso*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-007/675.pdf>

Vázquez, C (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). *La Ciencia del Bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva aplicada* (pp. 103-141). Alianza Editorial.

Vázquez, R., Álvarez, G., y Mancilla, J. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC) en población mexicana. *Salud mental*, 23(6), 18-24

Vázquez, R., López- Aguilar, X., Álvarez- Rayón, G. L., Manzilla, J. M., y Oliva A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(1), 185–197.

- Vera, M. N. (1998). El cuerpo, ¿culto o tiranía?. *Psicothema*, 10(1), 111-121.
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Vera, J., Laborín, J., Domínguez, M., Parra, E., y Padilla, M. (2009). Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del norte de México. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(1), 119-135.
- Vielma Rangel, J., y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *EDUCERE*, 14(49), 265–275.
- Vieira, V. A., Jones, E., Faia, V. S., Silva, J. D., y Negreiros, L. F. (2022). The moderating role of self-efficacy in the relationship between control systems and sales performance. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 42(2), 158-180. <https://doi.org/10.1080/08853134.2022.2037435>
- Viera, A.O., López, S.S., y Barrenechea, A.V. (2006). El bienestar psicológico, un indicador de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y trabajo*, 7(1-2), 34-39.
- Volz, M., Möbus, J., Letsch, C., y Werheid, K. (2016). The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke. *Journal of affective disorders*, 206, 252–255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.041>
- Von Lengerke, T., Janssen, C., John, J., y KORA Study Group (2007). Sense of coherence, health locus of control, and quality of life in obese adults: physical limitations and psychological normalcies. *International journal of public health*, 52(1), 16–26. <https://doi.org/10.1007/s00038-006-5038-1>
- Wade, T., George, W. M., y Atkinson, M. (2009). A randomized controlled trial of brief interventions for body dissatisfaction. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 845–854. <https://doi.org/10.1037/a0016879>
- Wadden, T. A., y Foster, G. D. (2000). Behavioral treatment of obesity. *The Medical clinics of North America*, 84(2), 441–vii. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(05\)70230-3](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(05)70230-3)
- Wadden, T., y Phelan, S. (2002). Assessment of Quality of Life in Obese Individuals. *Obesity Research*, 10(1), 50-57. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.190>
- Walker, J. (2011). *Control and the psychology of Health. Theory, measurement and applications*. Open University Press.
- Wallston, K. A. (1992) Hocus-Pocus, the Focus Isn't on Locus: Rotter's social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Theory and Research*, 16(2), 183-199. <https://doi.org/10.1007/BF01173488>

- Wallston, K. A. (2001). *Control Beliefs: Health Perspectives*. (pp. 2724–2726). Elsevier eBooks. <https://doi.org/10.1016/b0-08-043076-7/03799-2>
- Wallston, K., y Wallston, B. (1982) Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. En: G. Sanders y J. Suls. *Social Psychology of health and illness*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Warner, L. M., y Schwarzer, R. (2017). Self-efficacy. In A. Wenzel (Ed.), *The Sage encyclopedia of abnormal and clinical psychology* (pp. 3036-3038). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd. <https://doi: 10.4135/9781483365817.n1210>
- Warziski, M. T., Sereika, S. M., Styn, M. A., Music, E., y Burke, L. E. (2008). Changes in self-efficacy and dietary adherence: the impact on weight loss in the PREFER study. *Journal of behavioral medicine*, 31(1), 81–92. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9135-2>
- Weinberger, N. A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., y Luck-Sikorski, C. (2016). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity facts*, 9(6), 424–441. <https://doi.org/10.1159/000454837>.
- Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H. J., Ament, A. J. H. A., y Hospers, H. J. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(4), 315–324. <https://doi:10.1016/j.jpsychores.2008.12>
- Wertheim, E. H., y Paxton, S. J. (2012). *Body Image Development – Adolescent Girls*. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 187–193. <https://doi:10.1016/b978-0-12-384925-0.00029-8>
- Winfrey, C. (1993). Just teasing. *American Health*, 18, 66-68.
- Wing, R. R., Tate, D. F., Gorin, A. A., Raynor, H. A., y Fava, J. L. (2006). A self-regulation program for maintenance of weight loss. *The New England journal of medicine*, 355(15), 1563–1571. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa061883>
- Wiseman, C. V., Gunning, F. M., y Gray, J. J. (1993). Increasing pressure to be thin: 19 years of diet products in television commercials. *Eating Disorders*, 1(1), 52–61. <https://doi:10.1080/10640269308248266>
- Wong, T. P., y Sproule, K.F. (1984). An attribution analysis of the locus of control and the trend attribution profile. En: Lefcourt, H. (Ed.) *Research with de locus of control construct, vol 3: Extensions and limitations* (pp309-360). Elsevier Inv.
- Wroblewski, B., Lucas, M. S., Silva, R. M. D., y Cunha, M. S. D. (2022). Relação entre insatisfação corporal e saúde mental dos adolescentes brasileiros: um estudo com

representatividade nacional [Relationship between body dissatisfaction and mental health of Brazilian adolescents: a nationally representative study]. *Ciencia & saude coletiva*, 27(8), 3227–3238. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.16302021>

Zimmerman, B. J. (1989). A social cognitive view of self-regulated academic learning. *Journal of Educational Psychology*, 81(3), 329–339. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.81.3.329>

IX. ANEXOS

ANEXO A



Hoja de historia de datos personales

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Peso actual:** _____ **Estatura:** _____

Peso máximo: _____

Nivel de instrucción: Primaria incompleta ___ Primaria ___ Bachillerato incompleto ___
Bachiller ___ Universitario ___

Ocupación: Empleado ___ Ama de casa ___ Estudiante ___ Jubilado ___
Desempleado ___

- ¿Cuántas dietas has realizado en la vida?: ninguna () ; 1-4 () ; 5-8 () ; 9-12 () ;
mas de 12 ()

- Estas realizando alguna dieta actualmente: Si () No () . Esta dieta es bajo supervisión
médica: Si () No ()

- Actualmente recibes tratamiento para ayudar a perder peso: psicológico Si () No () ;
farmacológico Si () No () ;

Masajes Si () No () . Actualmente realizas actividad física regular. Si () No () .

¿Cuál? _____

- Te han diagnosticado algunos de los siguientes trastornos: diabetes: () , hiperinsulinismo:
() hipotiroidismo: () hipertensión arterial: () .

¿Recibes tratamiento para alguno de estos trastornos?:

ANEXO B

Escala de satisfacción con la vida					
<p>A continuación se presentan cinco afirmaciones con la que puedes estar de acuerdo o no.</p> <p>Para ello contarás con cinco (5) opciones de respuesta: Definitivamente en desacuerdo, Un tanto en desacuerdo, Ni en desacuerdo ni de acuerdo, Un tanto de acuerdo, y Definitivamente de acuerdo. Marca con una X la opción con que más te identifiques (una sola opción).</p> <p>Por favor, responde a todas las preguntas y se lo más abierto y honesto en responder.</p>	Definitivamente en desacuerdo	Un tanto en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Un tanto de acuerdo	Definitivamente de acuerdo
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho (a) con mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Las circunstancias de mi vida son buenas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: La presente investigación fue financiada por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar.

ANEXO C

Cuestionario de la Figura Corporal

A continuación, se te presentan una serie de preguntas con las cuales deseamos conocer cómo te has sentido respecto a tu apariencia física en las últimas cuatro semanas. Para ello contarás con cinco (5) opciones de respuesta: Nunca, Raramente, Algunas veces, A menudo, Muy a menudo y Siempre. Marca con una X la opción con la que más te identifiques (marca una sola opción). Por favor, contesta todas las preguntas.

EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS:

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. ¿Te sentiste enfadado (a) al hacer un examen sobre tu figura?						
2. ¿Te sentiste tan preocupado (a) por tu figura que pensaste que deberías ponerte a dieta?						
3. ¿Sentiste temor a volverte gordo (a) (o a engordar)?						
4. ¿Te sentiste preocupado (a) porque tu piel no era lo suficientemente firme?						
5. ¿La sensación de plenitud (por ejemplo, después de una comida abundante) te hizo sentir gordo (a)?						
6. ¿Te sentiste tan mal en relación con tu figura que tuviste que gritar?						
7. ¿Evitaste correr a causa de que tu piel podía tambalearse?						
8. ¿El hecho de estar junto a una persona delgada de tu mismo sexo te hizo tomar conciencia sobre tu figura?						
9. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida te hizo sentir gordo (a)?						
10. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra persona de tu mismo sexo, al compararla hizo que sintieras la tuya en desventaja?						
11. ¿El hecho de pensar sobre tu figura interfirió en tu capacidad para concentrarte (por ejemplo, Mientras veías TV, leías o escuchabas una conversación)?						
12. ¿El estar desnudo (a) (por ej. ¿Al tomar un baño) te hizo sentir gordo (a)?						
13. ¿Imaginaste el desprenderte de determinadas zonas de tu cuerpo?						
14. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico te hizo sentir gordo?						
15. ¿No asististe a reuniones sociales (por ej. Fiestas) a causa de que te sentías mal con tu figura?						
16. ¿Te sentiste excesivamente grueso (a) y redondo (a)?						
17. ¿Te sentiste avergonzado (a) de tu cuerpo?						
18. ¿La preocupación sobre tu figura te hizo estar a dieta?						
19. ¿Te sentiste más feliz con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, Por la mañana)?						
20. ¿Pensaste que la causa de tu figura era tu falta de autocontrol?						
21. ¿Te sentiste preocupado (a) porque otras personas vieran cauchitos en tu cintura o estómago?						
22. ¿Sentiste que no es justo que otros (as) hombres (mujeres) sean más delgados (as) que tú?						
23. ¿Vomitaste con la intención de sentirte más ligero (a)?						
24. ¿En compañía de otras personas, te sentiste preocupado (a) por el hecho de ocupar más espacio (por ej. Sentado (a) en un sofá o en el asiento del autobús)?						
25. El verte reflejado (a) por ejemplo en un espejo ¿te hizo sentir mal con tu figura?						
26. ¿Pellizcaste zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa contienen?						
27. ¿Evitaste situaciones donde otras personas podrían haber visto tu cuerpo, por ejemplo, piscinas?						
28. ¿Tomaste laxantes para sentirte más ligero (a)?						
29. ¿Tomaste especial conciencia de tu figura en compañía de otras personas?						
30. ¿La preocupación por tu figura te hizo sentir que debías hacer ejercicios?						

Nota: La presente investigación fue financiada por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar.

ANEXO D

Escala de sensibilidad a las burlas	¿Con que frecuencia?				
<p>Nuestro interés es saber si has sido objeto de bromas y cómo ello te ha afectado. A continuación, encontrarás una serie de preguntas que hacen referencia a situaciones comunes por las que pasan las personas. Para responder cada pregunta ten en cuenta lo siguiente:</p> <p>Por cada pregunta señala con qué frecuencia has sido objeto de bromas, usando la escala que se presenta a continuación, la cual va desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre).</p>	Nunca		Algunas veces		Siempre
	1	2	3	4	5
1.- ¿La gente se ha reído de ti por estar gordo (a)?					
2.- ¿La gente ha hecho chistes sobre usted por estar gordo (a)?					
3.- ¿La gente se ha reído de usted cuando trata de hacer deportes al aire libre por estar gordo (a)?					
4.- ¿La gente te ha llamado por nombres tales como “gordito” (ta)?					
5.- ¿La gente te ha señalado por tener sobrepeso?					
6.- ¿Cuándo entras a un salón la gente se ha reído de tu gordura?					
7.- ¿La gente ha hecho chistes repitiendo algo que dijiste porque piensan que es algo tonto?					
8.- ¿La gente se ha burlado de ti porque tuviste miedo de hacer algo?					
9.- ¿La gente te ha dicho que reaccionaste lentamente ante situaciones?					
10.- ¿La gente se ha burlado de ti por no entender algo?					
11.- ¿La gente se ha burlado de ti porque no entendiste un chiste?					

Nota: La presente investigación fue financiada por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar.

ANEXO E

Cuestionario de actitud sociocultural hacia la apariencia					
<p>A continuación, se presentan una serie de afirmaciones sobre la importancia e influencia de los medios de comunicación en la conformación de las actitudes hacia la apariencia física. Nuestro interés es conocer tu opinión al respecto.</p> <p>Para ello contarás con cinco (5) opciones de respuesta: Definitivamente en desacuerdo, Un tanto en desacuerdo, Ni en desacuerdo ni de acuerdo, Un tanto de acuerdo, y Definitivamente de acuerdo. Marca con una X la opción con que más te identifiques (una sola opción). Por favor, responde a todas las preguntas.</p>	Definitivamente en desacuerdo	Un tanto en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Un tanto de acuerdo	Definitivamente de acuerdo
1. Los programas de TV son una fuente importante de información sobre la moda y de cómo “ser atractivo”					
2. He sentido presión de la TV o revistas para perder peso					
3. Me gustaría que mi cuerpo luzca como las personas que están en TV					
4. Comparo mi cuerpo con el de estrellas de TV y Cine					
5. Los comerciales de TV son una fuente importante de información sobre la moda y de cómo “ser atractivo”					
6. He sentido presión de la TV o revistas para lucir atractivo(a)					
7. Me gustaría que mi cuerpo luzca como los modelos que aparecen en revistas					
8. Comparo mi apariencia con la de estrellas de TV y Cine					
9. Los videos musicales en TV son una fuente importante de información sobre la moda y de cómo “ser atractivo”					
10. He sentido presión de la TV o revistas para ser delgado(a)					
11. Me gustaría que mi cuerpo luzca como las personas que aparecen en películas					
12. Comparo mi cuerpo con los de personas que aparecen en revistas					
13. Los artículos de revistas son una fuente importante de información sobre la moda y de cómo “ser atractivo”					
14. He sentido presión de la TV o revistas para tener un cuerpo perfecto					
15. Me gustaría lucir como los modelos de videos musicales					
16. Comparo mi apariencia con la de personas que aparecen en revistas					
17. Los anuncios de revistas son una fuente importante de información sobre la moda y de cómo “ser atractivo”					
18. He sentido presión de la TV o revistas para hacer dietas					
19. Deseo lucir tan atlético como las personas en las revistas					
20. Comparo mi cuerpo con el de las personas que están en buena forma					
21. Las fotos que aparecen en revistas son una fuente importante de información sobre la moda y de cómo “ser atractivo”					
22. He sentido presión de la TV o revistas para hacer ejercicios					
23. Deseo lucir tan atlético como las estrellas del deporte					
24. Comparo mi cuerpo con el de las personas que son atléticas					
25. El cine es una fuente importante de información sobre la moda y de cómo “ser atractivo”					
26. He sentido presión de la TV o revistas para cambiar mi apariencia					
27. Yo trato de lucir como las personas de la TV					
28. Las estrellas de cine son una fuente importante de información sobre la moda y de cómo “ser atractivo”					
29. La gente famosa son una fuente importante de información sobre la moda y de cómo “ser atractivo”					
30. Trato de lucir como atletas deportivos					
31. La ropa luce mejor en personas que son atractivas					
32. La ropa luce mejor en personas delgadas					
33. La ropa luce mejor en personas que tienen un cuerpo atlético					
34. Las personas atractivas gustan más que las no atractivas					
35. Personas que son delgadas se ven mejor que personas con sobrepeso					
36. Las personas que tienen un cuerpo atlético se ven mejor					
37. Las personas físicamente entrenadas son mas atractivas					
38. Las personas que lucen bien son más exitosas					
39. Las personas atractivas son más felices					

Nota: La presente investigación fue financiada por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar.

ANEXO F

Inventario de Auto-regulación del peso corporal				
A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas al control del peso. Por favor lee cuidadosamente cada una de las mismas e indica el grado en que estas se ajustan a tu manera de pensar. Para ello, contarás con cuatro opciones de respuestas: Nunca, Pocas veces, Muchas veces, Siempre. Marca con una equis (X) solo una de las cuatro alternativas que se te presentan para cada ítem. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor contesta todos los ítems.	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Hacer ejercicios regularmente me ayuda a mantener mi peso				
2. Noto cuánto me ayudan a mantener mi peso las actividades físicas que realizo				
3. Me reprocho por comer algo que se ve muy apetitoso a pesar de no tener hambre				
4. Escojo la cantidad adecuada de comida que debo consumir para mantener mi peso				
5. Me incomoda no cumplir con mi rutina de ejercicios				
6. Busco la manera de hacer ejercicios regularmente				
7. Me fijo en la cantidad de veces que como durante el día				
8. Me siento bien conmigo cuando como moderadamente				
9. Me molesto cuando como en exceso				
10. Planifico una rutina de ejercicios para estar en forma				
11. Me siento feliz si controlo lo que como cuando salgo con otras personas				
12. Comparo los ejercicios que he realizado con los que me propuse				
13. Debo evitar comer en exceso aunque la comida se vea muy apetitosa				
14. Me molesto cuando no hago ejercicios				
15. Estoy motivado a comer sanamente porque ello me ayuda a mantener mi peso				
16. Me siento motivado(a) a comer moderadamente				
17. Establezco cuáles son los ejercicios que debo realizar para controlar mi peso				
18. Me felicito cuando realizo ejercicios				
19. Me propongo comer cantidades moderadas de alimentos				
20. Me motivo a realizar ejercicios regularmente				
21. Me felicito por cumplir una rutina de ejercicios				
22. Suelo fijarme en la clase de alimentos que debo consumir				
23. Me regaño por comer chucherías				
24. Cuento las veces que como durante el día				
25. Me propongo realizar ejercicios regularmente				
26. Me molesto cuando como solamente porque estoy con otros				
27. Elijo alimentos saludables que me ayuden a mantener mi peso				
28. Uso alguna táctica para cumplir con una rutina de ejercicios para mantener mi peso				
29. Me premio si consumo alimentos sanos				

Nota: La presente investigación fue financiada por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar.

ANEXO G

Inventario de Autoeficacia percibida en el control del peso corporal

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre el nivel de confianza que posees en poder llevar a cabo eficientemente diferentes actividades destinadas a controlar tu peso. Ten presente que no se te pregunta sobre el grado de agrado o desagradado que experimentas por las actividades mencionadas, sino por la confianza que sientes en tu habilidad actual para realizarlas exitosamente.

Para ello contarás con cuatro (4) opciones de respuesta: Incapaz de poder hacerlo, poco capaz de poder hacerlo, bastante capaz de poder hacerlo, Seguro de poder hacerlo. Marca con una X la opción con que más te identifiques (una sola opción). Por favor, responde a todas las preguntas, recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, solo tu opinión sincera.

Incapaz de poder hacerlo	Poco capaz de poder hacerlo	Bastante capaz de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo
--------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------

Te sientes capaz de:

1. Evitar ver la televisión o leer mientras comes				
2. Aumentar paulatinamente el tiempo de duración de tu rutina de ejercicios				
3. Comer despacio si te sientes nervioso(a)				
4. Seguir caminando y no utilizar algún tipo de transporte				
5. Evitar comer alimentos chatarras (perro caliente, hamburguesa, granjero, etc)				
6. Realizar deporte a pesar de que no cuentes con disponibilidad económica inmediata				
7. Pensar que tienes la fuerza de voluntad de dejar de comer golosinas				
8. Prescindir del chocolate u otras golosinas que comes regularmente si te sientes presionado(a)				
9. Subir y bajar escaleras de peldaños comunes en lugar de utilizar las mecánicas				
10. Realizar meriendas bajas en calorías				
11. Creer que respetando horarios de comida contribuyes a controlar tu peso				
12. Trotar de manera regular				
13. Al comer en grupo reducir la cantidad de alimentos que consumes				
14. Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras				
15. Evitar comer comida chatarra cuando almuerzas o cenas fuera de casa				
16. Realizar sesiones en casa de abdominales o pesas				
17. Evitar los dulces a pesar de su sabor				
18. Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas				
19. Caminar rápido a pesar de que no te gusta				
20. Insistir con la compra de alimentos bajos en calorías				
21. Realizar tu rutina de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerla				
22. Eliminar de tu dieta los dulces y golosinas				
23. A pesar de que estés cansado(a) usar las escaleras y no el ascensor				
24. Estar en una panadería y comprar un yogurt en vez de una pizza				
25. Realizar algún tipo de ejercicio de forma constante				
26. Evitar picar de lo que haya en la nevera o en la despensa si te sientes muy nervioso(a)				
27. Pensar que realizando las 3 comidas diarias bajas en grasas contribuyes a controlar tu peso				
28. Quedarte un poco lejos de tu sitio de destino con la finalidad de caminar más				
29. Evitar dejar de cenar si te sientes bajo presión				
30. Cumplir con el tiempo estipulado en tu rutina de ejercicios a pesar de que sientes que no puedes				
<i>31. Evitar comer chucherías entre comidas</i>				
32. Utilizar las escaleras y no el ascensor que está parado en el piso en que te encuentras				
33. Evitar comer fuera de los horarios de comida				
34. Poner más esfuerzo en realizar las sesiones de abdominales o pesas				
35. Creer que puedes comer vegetales frente a personas que están ingiriendo comida chatarra				
36. Caminar rápido a pesar de que sientas que ni tienes el rendimiento físico para realizarlo				
37. Colocar un mayor empeño en cumplir el tiempo establecido para las sesiones de trote				

Nota: La presente investigación fue financiada por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar.

ANEXO H

Inventario de Locus de Control del peso				
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La vida ajetreada de hoy en día no permite hacer ejercicios regularmente				
2. Es casi imposible perder peso si no realizo ejercicios regularmente				
3. Tener mi peso ideal es mas fácil con la ayuda de buenos especialistas				
4. Estar en forma es cuestión de buena suerte				
5. Si realizo ejercicios regularmente puedo perder peso				
6. Puedo mantener mi peso con la ayuda de buenos especialistas				
7. Las condiciones tienen que estar dadas para poder perder peso				
8. Los imprevistos en la rutina diaria dificultan mantener el peso ideal				
9. Soy responsable del peso que tengo				
10. El mundo se confabula para que tengamos el peso que tenemos				
11. Si me esfuerzo lo suficiente logro mantener mi peso ideal				
12. No importa lo que haga para controlar mi peso, lo que va a ser, será				
13. Puedo engordar si no hago ejercicios regularmente				
14. Las dietas solo tiene éxito si son supervisadas por un doctor o un nutricionista				
15. El destino puede mas que la fuerza de voluntad para perder peso				
16. Mantener un peso ideal depende totalmente de mi				

Nota: La presente investigación fue financiada por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar.

ANEXO I



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

Caracas, mayo 2018

Ciudadano

XXXX

Directiva Centro XXXXXXXXX

Presente.-

Reciba un cordial saludo. Por la presente me dirijo a usted en la oportunidad de solicitar la colaboración de su institución para la realización de un proyecto de investigación desarrollado en el área de la Psicología de la Salud, financiando por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar. Los datos recopilados serán utilizados en el trabajo de Investigación titulado “*efecto del control personal en la relación entre satisfacción con la vida y factores psicosociales en obesos*”, como requisito para optar al grado de Doctor en Psicología de la Universidad Central de Venezuela.

En este sentido, se requiere el permiso para que los pacientes que asisten a su institución, y estén de acuerdo en participar voluntariamente en la investigación, contesten un conjunto de cuestionarios. Las respuestas a los cuestionarios son de carácter anónimo y la información será manejada con estricta confidencialidad.

De antemano, MUCHAS GRACIAS por su participación en la investigación.

Atentamente,

Profa. Zoraide Lugli

C.I. 6730367

Tlf: 0416-630-75-85
Email: zlugli@usb.ve

ANEXO J



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

Estimado(a) Sr. (a):

Reciba en primer lugar un cordial saludo. En este material encontrará un conjunto de cuestionarios que forman parte de un importante proyecto de investigación desarrollado en el área de la Psicología de la Salud. Los datos recopilados servirán utilizados en un trabajo de Investigación sobre conducta alimentaria, factores psicosociales y control de la conducta.

La participación en esta actividad es absolutamente voluntaria, así como indispensable para el logro de los propósitos del estudio y con ella usted estará contribuyendo al crecimiento científico en el campo de la Psicología.

Las respuestas a los cuestionarios son de carácter anónimo y la información será manejada con estricta confidencialidad.

Complete todas y cada una de las preguntas, leyendo atentamente las instrucciones específicas que encontrará en cada cuestionario. Responda lo más honestamente posible, sin detenerse mucho tiempo en cada una. Por favor responda **todas** las preguntas, marcando una sola alternativa.

De antemano, MUCHAS GRACIAS por su participación en la investigación.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente, acepto voluntariamente participar en la investigación sobre conducta alimentaria y auto-regulación y en consecuencia, ser evaluado(a) por los autores o colaboradores de dicho trabajo. Hago explícito el conocimiento de lo establecido por los artículos 57, 60 y 69 del Código de Ética Profesional del Psicólogo, acerca de la preservación de la integridad física y mental, el anonimato y confidencialidad de las respuestas, y la utilización responsable de los resultados de la investigación para fines científicos y prácticos, y, por tanto, doy mi consentimiento para formar parte de la muestra requerida para la fase de evaluación de la presente investigación.

Firma

Nota: La presente investigación fue financiada por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar.