



Revista Chilena de Nutrición

ISSN: 0716-1549

sochinut@tie.cl

Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y

Toxicología

Chile

Campos S., Solange; Pérez E, Janet Carola
Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres
Revista Chilena de Nutrición, vol. 34, núm. 3, 2007, p. 0
Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46934305>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**AUTOEFICACIA Y CONFLICTO DECISIONAL FRENTE A LA DISMINUCION DEL
PESO CORPORAL EN MUJERES.**

**SELF-EFFICACY AND DECISIONAL CONFLICT AS OPPOSED TO THE
DIMINUTION OF CORPORAL WEIGHT IN WOMAN.**

Solange Campos R. Janet Carola Pérez E^(a)

Dirigir la correspondencia a

Sra. Solange Campos R.
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
Vicuña Mackenna 4860
Macul. Santiago Chile
Fax 354 70 25
e-mail: scamposr@uc.cl

^(a) Estudiante Doctorado en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad es un problema relevante para las mujeres de NSE bajo chilenas. El estudio evalúa la relación entre autoeficacia para bajar de peso y conflicto decisional, ambas variables relevantes en el cambio de conductas y estilos de vida en salud.

En una muestra de 101 mujeres de nivel socioeconómico bajo asistentes a centros de atención primaria de Santiago, que presentaban sobrepeso u obesidad, se midió el nivel de autoeficacia con una escala diseñada para ello y conflicto ante la decisión de bajar de peso.

Los resultados indican que la mayoría de las mujeres presentaron baja autoeficacia (63,4%) y alto conflicto decisional (77,2%). Al considerar las variables sociodemográficas, sólo se presentaron diferencias según escolaridad, siendo mayor la autoeficacia en mujeres con escolaridad superior a octavo básico. Se comprobó una asociación inversa entre conflicto decisional y autoeficacia, tanto a nivel general como al considerar las subhabilidades de la autoeficacia.

Palabras claves: Autoeficacia, obesidad, conflicto decisional, mujeres.

SUMMARY

The problems of being overweight and obese are relevant in the lives of Chilean women of a lower socio-economic status. This study evaluates the relationship between self-efficacy for lossing weight and decisional conflict, both of which are important variables in behavioral change and healthy lifestyles. The sample consisted of 101 women of low socio-economic status, being seen at a primary health care clinic in Santiago, and who presented as being overweight or obese. Their level of self-efficacy was measured using a scale designed for this purpose and decisional conflict related to weight loss was also measured. The results indicate that the majority of these women presented low self-efficacy (63.4%) and high decisional conflict (77.2%). Upon considering socio-demographic variables, the only difference observed was related to education, showing increased self-efficacy among those women who had completed eighth grade or higher. An inverse relationship between decisional conflict and self-efficacy was observed overall and when taking into consideration the sub-scales of self-efficacy.

Key words: Self-efficacy, obesity, decisional conflict, women

INTRODUCCIÓN

La obesidad constituye actualmente un problema de salud pública a nivel mundial. El Informe sobre la Salud en el Mundo, muestra que el 58% del total mundial de casos de diabetes mellitus, el 21% de las cardiopatías isquémicas y del 8% al 42% de determinados cánceres son atribuibles a un índice de Masa Corporal (IMC) superior a 25 Kg/m² (1). En Chile, la última Encuesta Nacional de Salud (2), mostró que el 61% de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad, siendo la obesidad mayor en las mujeres (27,3%) que en los hombres (19,2%). Más de la mitad de la población adulta presentaba riesgo cardiovascular alto o muy alto con altas tasas de hipertensión, sobrepeso, obesidad, dislipidemias y tabaquismo.

La obesidad de acuerdo a Jadue (1999) citado en MINSAL (3) se presenta con mayor frecuencia en mujeres de nivel socioeconómico bajo (NSE) alcanzando cifras del 28,9%, de un 21,9% para el NSE medio y un 14,4% para las mujeres de NSE alto.

La salud y la enfermedad se encuentran influenciadas por los estilos de vida, es decir, por la forma en que las personas viven, se alimentan, trabajan, asumen determinados riesgos, se relacionan con las demás personas, entre otras (3). Las mujeres chilenas presentan un alto porcentaje de sedentarismo (91%) (2) y cambios en los patrones alimentarios (4), que serían la base para condicionar el sobrepeso y obesidad.

Las personas requieren modificar sus estilos de vida y para ello deben tomar la decisión de realizar estas modificaciones. Sin embargo, generalmente tienen dificultad para tomar decisiones de este tipo (5), presentando incertidumbre frente a qué opción tomar, lo que se ha definido como conflicto decisional (6).

De acuerdo con la teoría social-cognitiva (7), la motivación y la acción humana están regulados por mecanismos anticipatorios de control, entre los cuales destaca la Autoeficacia percibida, que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados. La autoeficacia influiría en la determinación de metas que las personas se ponen para sí mismas y en las conductas que realizan para llevar a cabo dichas elecciones o metas. Motivarían a las personas en aquellas tareas que se sienten competentes y a evitar aquellas en que no se sienten competentes; determinaría la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta; predeciría la perseverancia y cómo las personas se recuperarían frente a situaciones adversas (7, 8, 9).

La autoeficacia se ha convertido en un constructor teórico ampliamente usado en los modelos de adicción y recaída (7), considerándola un factor clave en la generación de competencias humanas (8).

También se han examinado sus características predictoras de éxito para la pérdida de peso y mantenimiento de esta baja (5, 10, 11) y como predictor de la intención para realizar conductas en torno a una alimentación saludable y realización de ejercicio físico (5).

La gran cantidad de variables que influyen en las decisiones para cambiar estilos de vida, y el fracaso que muestran las personas en la mayoría de sus intentos, motiva a buscar variables de tipo psicológico que puedan ayudar a comprender estos fenómenos (12).

Estos antecedentes nos motivaron a preguntarnos si existe una asociación entre la autoeficacia para la tarea de disminuir de peso y el conflicto para tomar esta decisión.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio no experimental, de corte transversal, descriptivo - correlacional.

La muestra fue intencionada por cuotas, llegando a 101 mujeres. Los criterios de inclusión son: a) mujeres entre 18 y 45 años, b) nivel socioeconómico medio-bajo o inferior, c) IMC sobre 24 Kg/m². (13).

La recolección de datos se desarrolló en 4 meses, en mujeres que consultaban en atención de pesquisa de hipertensión arterial, examen de salud preventivo del adulto, control ginecológico, control de fertilidad, control de crónicos, ingresos al programa de nutrición, de un centro de salud del nivel primario. Aquellas que consideraban que su sobrepeso u obesidad era un riesgo para su salud, eran entrevistadas para completar el instrumento de conflicto decisional, previo consentimiento informado, realizado sobre la base del Informe Belmont (14). Posteriormente, las mujeres completaban la escala para medir nivel socioeconómico y nivel de autoeficacia para bajar de peso. Además completaron un formulario con datos demográficos y preguntas respecto a su sobrepeso y/u obesidad. Los instrumentos utilizados fueron:

1) La Escala traducida de conflicto decisional de O'Connor (6). Se tradujo y adaptó la escala para identificar conflicto decisional. La escala busca cuantificar la incertidumbre para tomar decisión en salud e identificar factores que contribuyen a ello. La escala está constituida por 3 subescalas -grado de incertidumbre al tomar una decisión relacionada con salud, factores que contribuyen a ella y percepción de toma de decisión efectiva- sólo la primera escala fue utilizada en el presente estudio. La aplicación piloto de la escala en una muestra de 73 mujeres, arrojó un índice de consistencia interna de 0.59 para la escala total y 0.60 para la escala incertidumbre. La subescala “incertidumbre”, contempla tres ítems que incluye preguntas

como “Estoy segura sobre que opción elegir”. Presentaban conflicto decisional aquellas personas que obtuvieron cuatro o más puntos en esta subescala.

2) Escala adaptada de Nivel Socioeconómico de Avendaño, Ramírez y Román (2003). Consta de 14 preguntas relativas a variables socio-económicas, tales como nivel de instrucción del jefe de hogar y cónyuge, calidad de la vivienda, hacinamiento y posesión de bienes domésticos entre otros. Las participantes eran categorizadas en uno de seis niveles socioeconómicos, en el rango alto a extrema pobreza.

3) Escala de autoeficacia para disminuir de peso. Fue construida a partir de la “Guía para la construcción de Escalas de Autoeficacia” de Bandura (9) y el instrumento “Health-Specific Self-efficacy Scales” de Schwarzer y Renner (15). Consta de 38 ítems, clasificados con escala Likert de 7 puntos según el grado de certeza de los encuestados ante ellos. Considera 3 subhabilidades: *Autoeficacia para realizar dieta*, de 15 ítems -por ejemplo, “me siento capaz de poder seguir mi dieta: aunque esté nerviosa, aunque sea fin de semana o tenga visitas”-. *Autoeficacia para la realización de ejercicios*, preguntas como “me siento segura de poder realizar ejercicios aunque mi familia no me apoye, o esté cansada”, forman parte de los 13 ítems de la habilidad. *Autoeficacia para la compra de alimentos adecuados a una dieta*, consta de 10 preguntas. Ítems de esta escala son: “puedo comprar alimentos bajo en calorías aunque en ese momento tenga mucha hambre, o si no los encuentre y deba seguir buscándolos”. Los resultados del estudio de confiabilidad y validez ($n = 170$) indican que la escala posee una buena consistencia interna, con un Alfa de Cronbach = 0.96. La validez interna fue medida a través de análisis factorial exploratorio^a, que arrojó una solución de 3 factores relacionados

^a Análisis factorial realizado con método de extracción de Ejes Principales con rotación Oblicua Promax.

entre sí, coherente con la estructura teórica de subhabilidades de la autoeficacia para bajar de peso.

RESULTADOS

Resultados descriptivos de la muestra:

El promedio de edad correspondió a 33,26 años (DE 7,2) con un rango de 20 a 45 años. El promedio de años de estudio alcanzó 10,3 años (DE 2,5 años), en un rango de 1 a 16 años. La mayoría era casada (60,4%) y el menor porcentaje separada (5%). Si consideramos a las mujeres casadas y las convivientes (15,8%), un 76,2% de las mujeres contaban con pareja estable. El 18,8% se encontraban solteras.

De acuerdo al IMC, el 49,5% se encontraban con obesidad grado I, 23,8% obesidad grado II, 21,8% estaba con sobrepeso y un 5% estaba con obesidad grado III^b.

El promedio de edad de inicio del sobrepeso u obesidad referido por las mujeres es de 20,5 años (DE 9,3 años), cuyo rango va del nacimiento a los 37 años. La década de los veinte años es la que presentó mayor frecuencia de inicio del sobrepeso (46,5%) y el rango de los 16 a 19 años es el de menor frecuencia (11,4 %).

La mayoría de las mujeres (77,2%) presentaban un conflicto decisional para bajar de peso.

En la escala total de autoeficacia para disminuir el peso corporal, mayoritariamente las mujeres presentaban una baja Autoeficacia (tabla 1). Dentro de las subhabilidades, el ejercicio físico alcanzó los menores niveles y la compra de alimentos adecuados a una dieta alcanzó mayoritariamente niveles altos.

^b Obesidad Grado I corresponde a personas con un IMC entre 30 y 34. Obesidad Grado II con un IMC entre 35 y 40, Grado III aquellas con IMC sobre 40. Sobre peso se considera a aquellas personas con IMC entre 26 a 29 (11).

Diferencias en la autoeficacia según variables sociodemográficas

No se encontraron diferencias en el nivel de autoeficacia obtenido por las mujeres de acuerdo a la presencia o ausencia de pareja estable ($U = 888,00, z = -,287, p = 0,774$), realización de actividades laborales dentro o fuera del hogar ($U = 810,00, z = -,389, p = 0,697$) ni edad de las mujeres ($H (4,101) = 4,617, p = 0,329$). Tampoco se encontró asociación entre el nivel de autoeficacia y el IMC de las mujeres a través de la prueba Spearman ($r = 0,007 p = 0,942$). Sólo se encontró diferencias significativas ($U = 756,500, z = -2,014, p = 0,044$) en los rangos de autoeficacia obtenido por las mujeres con escolaridad bajo o sobre los ocho años de estudio, siendo menor en mujeres cuya educación no supera la educación básica. Al considerar las subescalas, sólo alcanza una diferencia significativa en los rangos la subescala de autoeficacia al comprar alimentos adecuados a una dieta ($U = 742,500, z = -2,126, p = 0,034$), indicando que las mujeres con nueve y más años de escolaridad presentan significativamente mayores puntajes en esta escala.

Asociación autoeficacia y conflicto decisional

Se comprobó una asociación inversa entre el nivel de autoeficacia percibida por las mujeres para la disminución de peso corporal y la presencia de conflicto decisional, a través de un análisis de correlación de Spearman

De acuerdo con los resultados que muestra la tabla 2, la relación entre la escala total de autoeficacia y conflicto decisional para bajar de peso fue significativa ($r = -,402; p = 0,000$), de magnitud moderada e inversa, indicando que las mujeres con mayor autoeficacia percibida para bajar de peso presentaron un menor nivel de conflicto decisional.

En las sub escalas destaca la relación moderada e inversa obtenida entre autoeficacia para realizar ejercicio físico y el conflicto decisional ($r = -,447; p = 0,000$), indicando que a mayor

autoeficacia para realizar ejercicio físico, menor conflicto decisional para bajar de peso. La relación entre la subescala autoeficacia para realizar dieta y conflicto decisional alcanzó una relación débil e inversa ($r = - ,349, p = 0,000$) aunque significativa. La asociación entre la subescala de autoeficacia para realizar compra de alimentos y la presencia de conflicto decisional para bajar de peso fue significativa, aunque baja ($r = - ,201, p = 0,044$).

DISCUSIÓN

Entre los antecedentes personales del sobrepeso u obesidad que presentaban las mujeres destaca su inicio durante el decenio de los veinte años, lo que coincide con la edad en que mayoritariamente se producen los embarazos en Chile (16) y situación en la cual se ha demostrado que se produce una ganancia de peso(17).

La mayoría de las mujeres presentaban conflicto decisional, concordando con estudios (5) respecto que a la mayoría de las personas les cuesta decidirse por el cambio en sus estilos de vida, en este caso, modificar la dieta y comenzar una rutina de ejercicios físicos. El ítem “es difícil para mi tomar esta decisión”, fue el que mayoritariamente definió la presencia de conflicto decisional.

Los resultados indicaron también que una mayor autoeficacia se asocia con un menor conflicto para tomar la decisión de bajar de peso. Este hallazgo es similar a los resultados de los estudios de autoeficacia como predictor de éxito para bajar de peso (5, 10, 11), de intención de alimentarse saludablemente y de realizar una actividad física (5). Además confirman los planteamientos de Bandura (7, 8, 9) respecto a que las personas básicamente definen sus cursos de acción de acuerdo a los juicios que ellos mismos realicen respecto a su capacidad para realizar una tarea. Lo anterior daría cuenta de la influencia negativa de la baja autoeficacia en las mujeres, desmotivándolas en

contemplar la posibilidad de realizar un cambio en su dieta y en adoptar una rutina de ejercicios físicos para bajar de peso.

La correlación inversa alcanzada en la subescala ejercicio físico y conflicto decisional alcanzó la mayor magnitud y significancia dentro de las subescalas. Las mujeres podrían sentir que realizar una rutina de ejercicio físico es un desafío mayor. Por su parte, el manejo habitual de los servicios de salud apunta básicamente a cambiar patrones alimentarios y no necesariamente hábitos de actividad física. Sumado a lo anterior, los antecedentes sobre cambios en los estilos de vida derivados de la urbanización y tecnificación de las labores domésticas (18, 19) han contribuido al elevado sedentarismo que presentan las mujeres chilenas (2).

La autoeficacia para la realización de una rutina de ejercicio físico marcó las mayores diferencias en los análisis realizados, alcanzando la mayor magnitud de asociación al conflicto para tomar la decisión de bajar de peso. Este antecedente abre interrogantes a futuros estudios tales como: qué están entendiendo las mujeres por actividad física; qué diferencias podrían presentar otras características sociodemográficas como el número de hijos. El estudio de Hernández et al (20) mostró que la paridad se asocia con una menor actividad física en mujeres. Así mismo podrían estar influyendo alteraciones del estado de ánimo, tales como la ansiedad y la depresión, que favorecen una disminución de la autoeficacia (21).

En el análisis del nivel de autoeficacia según características sociodemográficas de las mujeres no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Por tanto, no se puede definir un perfil de las mujeres que presentan alta autoeficacia. Sólo quedó establecida la diferencia en escolaridad, alcanzando significativamente mayor nivel de autoeficacia las que cursaron octavo básico y destacándose en ellas la subhabilidad “compra de alimentos adecuada a una dieta”. Una

mayor escolaridad podría estar asociada con un mayor conocimiento de los alimentos saludables y de mayor acceso a recursos económicos.

Como limitación se encuentra el carácter intencionado de la muestra, que sesga los resultados y sólo pueden ser aplicados a mujeres con similares características, particularmente, a mujeres jóvenes con sobrepeso u obesidad de NSE medio-bajo y bajo.

Además, el estudio no consideró variables como la paridad y edad en que se produjeron los partos de las mujeres. Ello habría permitido asociarlas con ganancias de peso derivadas de la maternidad. Tampoco se preguntó por el número de hijos, el cual podría haberse asociado a la baja autoeficacia para realizar una actividad física, dado que existen antecedentes que asocian la paridad con una menor actividad física en las mujeres, pudiendo explicarse por la mayor carga de trabajo que ello implica (20).

Estos antecedentes permiten sugerir que mujeres con baja autoeficacia, ingresen a un programa para aumentarla, antes de iniciar tareas concretas para bajar de peso, evitando las experiencias negativas, que disminuirían aún más la autoeficacia (7, 8).

Además, los resultados encontrados respecto a que la ganancia de peso de estas mujeres coincidió mayoritariamente con la edad que se presentan los embarazos en el país, lo que podría orientar a la aplicación de intervenciones preventivas en mujeres que comienzan sus embarazos evitando así la ganancia de peso que conllevan.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Informe Sobre la Salud en el Mundo: Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana*. Francia: OMS. 2002
2. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud, 2003.
Disponible en <http://www.minsal.cl> [Consultado el 26 de Julio de 2004].
3. Ministerio de Salud, Programa de Salud Cardiovascular. Manejo alimentario del adulto con sobrepeso u obesidad. Santiago, Chile: Escobar, M., Olivares, S., Zacarías, I, 2002.
4. Ministerio de Salud, Unidad de Nutrición. Prioridades en problemas de salud relacionados con Alimentación y Nutrición. Documento elaborado para desarrollar guías de alimentación. Santiago, Chile: MINSAL, 1995.
5. Schwarzer R, Fuchs R. Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables :el rol de las creencias de auto-eficacia. En: Bandura A, ed. Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual. Editorial Desclée De Brouwer, España 1999; pp 223-244.
6. O'Connor, A. M. (1995). Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making* 1995; 15:25-30.
7. Bandura A. Auto-Eficacia: Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual Editorial Desclée De Brouwer, Zarautz, España: 1999.
8. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York, United States of America: Editorial Freeman and Company, 2000.

9. Bandura A. Guía Para la construcción de escalas de Autoeficacia 2001. Disponible en:
<http://www.revistaevaluar.com.ar/edgardo/bandura.htm> [Consultado el 3 de Noviembre de 2005]
10. Stotland S. y Zuroff D. Relations Between Multiple Measures of Dieting Self-Efficacy and Weight Change in a Behavioral Weight Control Program. *Behavior Therapy* 1991; 22: 47-59.
11. Paxton S, Sculthorpe A. Weight and health locus of control beliefs in an Australian community sample. *Psychol Health* 1999; 14:417-431.
12. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Análisis por Género del Comportamiento Alimentario y el Ejercicio Físico en el Caribe. Jamaica: OMS/OPS, 2000. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-00-11.pdf> [Consultado el 9 de Marzo de 2005].
13. Barrera MG. Estándares Antropométricos para Evaluación del Estado Nutritivo. Santiago, Chile: INTA, Universidad de Chile, 1992.
14. Belmont. *El informe Belmont*, 1979. Disponible en <http://www.umng.edu.co-cimed-Postgrado-BELMONT.doc>. [Consultado el 15 de Octubre de 2002].
15. Schwarzer R, Renner B. Health-Specific Self-Efficacy Scales 2002. Disponible en: www.RalfSchwarzer.de [Consultado el 2 de Octubre 2002].
16. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Situación de Salud: Indicadores básicos de salud 2001. Disponible en: <http://epi.minsal.cl> [Consultado el 5 de agosto de 2004].
17. Uauy R, Atalah E, Barrera C, Behnke E. Alimentación y nutrición durante el embarazo (s/f). Disponible en:

- <http://www.minsal.cl/ici/nutricion/Cap%204%20Nutrici%20en%20el%20Embarazo.pdf> [Consultado el 5 de Agosto de 2004].
18. Vio F, Albala C. Obesidad en Chile: una Mirada Epidemiológica. En: Albala C, Kain J, Burrows R, Díaz E, ed. Monografías. Obesidad: un Desafío Pendiente. Santiago, Chile: Colección de Textos Universitarios, Editorial Universitaria, 2000; pp 31-43.
 19. Ferro-Luzzi A, Martino L. Obesity and Physical Activity. *Ciba Found Symp* 1996; 201:207-227. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> [Consultado el 23 de Marzo de 2005].
 20. Hernández B, Haene J, Barquera S, Monterrubio E, Rivera J, Shamah T, et al.). Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva 2003. [Versión electrónica]. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14:235-245. Disponible en: <http://www.scielosp.org> [Consultado el 21 de Marzo de 2005].
 21. Rey M, Blasco T, Borrás F. Efectos de un Procedimiento de Inducción de Estados de Ánimo sobre la Autoeficacia. *Anal Psicol* 2000; 16:23-31.

TABLAS

Tabla 1

Niveles de autoeficacia de acuerdo a su magnitud en escala total y subescalas.

Escalas	A. Dieta		A. Ejercicio		A. Compra		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nivel Autoeficacia								
Alta	37	36.6	40	39.6	59	58.4	37	36.6
Baja	64	63.4	61	60.4	42	41.6	64	63.4
Total	101	100	101	100	101	100	101	100

Tabla 2

Matriz de Correlaciones entre niveles de conflicto decisional y autoeficacia

	<i>Conflicto decisional</i>	<i>A. Dieta</i>	<i>A. Ejercicio</i>	<i>A. Compra</i>	<i>Autoeficacia general</i>
Conflicto Decisional	1	-0.349**	-0.447**	-0.201**	-0.402**
Autoeficacia Dieta		1	0.807**	0.749**	0.949**
Autoeficacia Ejercicio			1	0.660**	0.923**
Autoeficacia Comprar				1	0.823**
Autoeficacia General					1

** La correlación es significativa al nivel 0,001.