


INVESTIGACIÓN

Relación de autoeficacia para el control de peso y resiliencia en mujeres mexicanas**Relation of self-efficacy to weight control and resilience in Mexican women****A relação de autoeficácia para o controle de peso e resiliência em mulheres de México**Gricelda Rodríguez-Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0002-9997-9903>Patricia Cossío-Torres^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-7626-8949>Rosa María Galicia-Aguila³ <https://orcid.org/0000-0002-0933-124X>Erick Landeros-Olvera⁴ <https://orcid.org/0000-0001-6270-1759>

1. Profesor Investigador, Posgrados en Enfermería, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México.
2. Profesor Investigador, Departamento de Salud Pública y Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.
3. Profesor Investigador, Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
4. Profesor Investigador, Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

*Autor para correspondencia: patricia.cossio@uaslp.mx

Recibido: 13/10/2022

Aceptado: 26/01/2023

Resumen

Introducción: Actualmente la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública emergente y complejo, cuyo mecanismo es etiopatogénico y multifactorial. Ha sido estudiada desde el enfoque biomolecular, genético y mediante intervenciones para mejorar los estilos de vida; sin embargo, no se han incluido estudios que relacionen la autoeficacia y resiliencia en este problema. **Objetivo:** Evaluar la relación de autoeficacia para el control de peso con la resiliencia, en mujeres mexicanas. **Metodología:** Estudio correlacional transversal, en 174 mujeres, con o sin obesidad, inscritas en un centro de capacitación para el trabajo en Puebla y San Luis Potosí, México, se empleó muestreo no probabilístico. Se aplicó el instrumento validado en población mexicana: Inventario de Autoeficacia para el control de peso y Escala de Resiliencia Mexicana; con alfa de Cronbach .945 y .950 respectivamente; estudio realizado con apego a la Ley General de Salud en materia de investigación. El análisis de los resultados fue con estadística descriptiva, pruebas de normalidad y correlación r de Spearman. **Resultados:** El promedio de edad fue 34.6 ± 14.7 , media de IMC 26.4 ± 4.5 , un 49.7 % y un 81.7 % obtuvo niveles de autoeficacia y resiliencia altos respectivamente. La relación fue positiva, tamaño de efecto medio y estadísticamente significativo $p=.001$, con una varianza explicada del 22.6%. **Conclusiones:** Las mujeres mexicanas mostraron que a mayor resiliencia mayor autoeficacia para el control de peso. Se sugiere integrar la resiliencia en el manejo de la obesidad, que permita el desarrollo de mecanismos para la adquisición de estilos de vida saludables más sustentables.

Palabras clave: Autoeficacia; Resiliencia; Control de peso; Mujeres; Enfermería (DeCS).

Abstract

Introduction: Currently, obesity has become an emerging and complex public health problem whose mechanism is etiopathogenetic and multifactorial. Obesity has been studied from the biomolecular and genetic approach as well as through interventions to improve lifestyles. However, studies linking the concepts of self-efficacy and resilience have not been included in this issue. **Objective:** Evaluate the relationship between self-efficacy for weight control and resilience in Mexican women. **Methodology:** Correlational-cross-sectional study in 174 women, with or without obesity, enrolled in a job-training center of Puebla and San Luis Potosi, Mexico; non-probabilistic sampling was used. These two instruments Self-Efficacy Inventory for Weight Control and Mexican Resilience Scale, validated in the Mexican population were applied: with Cronbach's alpha .945 and .950, respectively. This study carried out in accordance with the General Health Act for Research. The results were analyzed using descriptive statistics, normality tests, and Spearman's r correlation. **Results:** The mean age was 34.6 ± 14.7 , mean BMI 26.4 ± 4.5 , 49.7% and 81.7% were high levels of self-efficacy and resilience, respectively. The relationship was positive, medium effect size and statistically significant $p=.001$, with an explained variance of 22.6%. **Conclusions:** The Mexican women shown that the greater the resilience, the greater the self-efficacy for weight control. We suggest integrating resilience in managing obesity, which allows the development of mechanisms for the acquisition of more sustainable healthy lifestyles.

Key words: Self-efficacy, resilience, weight control, women, nursing (DeCS).

Abstrato

Introdução: Atualmente, a obesidade tornou-se um problema de saúde pública emergente e complexo, cujo mecanismo é etiopatogênico e multifatorial. Tem sido estudado a partir da abordagem biomolecular e genética e através de intervenções para melhorar os estilos de vida, no entanto, não foram incluídos estudos que relacionem autoeficácia e resiliência neste problema. **Objetivo:** Avaliar a relação entre autoeficácia para controle de peso e resiliência em mulheres mexicanas. **Método:** Estudo correlacional e transversal, em 174



mulheres, com ou sem obesidade, matriculadas em um centro de treinamento para o trabalho em Puebla e San Luis Potosí, México, amostra de conveniência. Foram aplicados os instrumentos validados na população mexicana: Inventário de Autoeficácia para o controle de peso e Escala de Resiliência Mexicana, com alfa de Cronbach 0,945 e 9,50 respectivamente, o estudo foi realizado de acordo com a lei geral de saúde sobre pesquisa. A análise dos resultados foi realizada com estatística descritiva, testes de normalidade e correlação r de Spearman. **Resultados:** A média de idade foi de $34,6 \pm 14,7$, a média de IMC $26,4 \pm 4,5$, 49.7% e 81.7% obtiveram níveis altos de autoeficácia e resiliência respectivamente. A relação foi positiva, de tamanho médio do efeito e estatisticamente significativo ($p = .001$), com uma variância explicada de 22,6%. **Conclusão:** Mulheres mexicanas mostraram que, quanto maior a resiliência, maior a autoeficácia para o controle do peso. Sugere-se integrar a resiliência na gestão da obesidade, o que permite o desenvolvimento de mecanismos para a aquisição de estilos de vida saudáveis mais sustentáveis.

Palavras-chave: Autoeficácia, resiliência, controle de peso, mulheres, enfermagem (DeCS).

Introducción

La obesidad es considerada un problema de salud pública, que tiene relación con las principales causas de muerte, entre las que destacan enfermedades cardiovasculares, diabetes y ciertos tipos de cáncer ^(1, 2). A nivel mundial, el 39 % de la población adulta padece sobrepeso y el 13 % obesidad ⁽²⁾; se calcula que para el año 2025, la prevalencia global de obesidad en mujeres superará el 21% ⁽³⁾. En América Latina, la situación es similar, por ejemplo, en México el 51.2 % de la población son mujeres ⁽⁴⁾, de las cuales el 76.8% padecen sobrepeso y obesidad ⁽⁵⁾, lo que conlleva a identificar el problema como una epidemia por sus tasas de prevalencia.

En México, existen estrategias para atender el problema de la obesidad, incluyen la prevención, control y tratamiento ^(6, 7, 8), e inclusive nuevas políticas para la creación de un sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas, que proporciona información para la elección de alimentos saludables ^(9, 10). La obesidad ha sido analizada con medidas normativas destinadas a mejorar los determinantes sociales, culturales, económicos y ambientales que favorecen la actividad física ⁽¹¹⁾; con ejercicio y cambios en la dieta ⁽¹²⁾ y con tratamiento quirúrgico ⁽¹³⁾. Sin embargo, a pesar de todas estas estrategias, se continúa demeritando la atención al factor psicológico para fortalecer los programas, que pueden ser tratados inclusive como mecanismos de protección como la autoeficacia (AE) y la resiliencia (RE).

Respecto a la AE, es referida por Bandura y otros autores ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ como la confianza que la persona posee para realizar las acciones necesarias que le permitan lograr los resultados deseados en cierta conducta. El autor



explica que la AE es un factor importante en las conductas de salud, porque permite reconocer la dificultad de motivar la adopción de conductas que promuevan la salud y consiste en una serie de interacciones de factores personales, conductas y acontecimientos en el medio ^(17, 18). Algunos conceptos pueden tener relación con la AE, por ejemplo, con la RE, que se determina como un conjunto atributos del sujeto, en interacción con la familia, los ambientes sociales y culturales, que, bajo condiciones difíciles, indicará un desarrollo normal ⁽¹⁹⁻²²⁾. En otras palabras, la RE, es un proceso psíquico que se presenta como una mezcla de fuerza y fragilidad, que permite navegar en los torrentes de las dificultades extremas y salir al final fortalecidos para continuar con la vida ^(23, 25-28).

La relación entre estos dos conceptos de interés radica en que la AE es uno de los factores que promueven la RE ⁽²⁴⁾. No obstante, a pesar de que la AE ha sido demostrada como un elemento protector que promueve la motivación, persistencia y esfuerzo para favorecer una conducta de beneficio, su relación con la RE no ha sido clarificada. El razonamiento teórico es el siguiente: si no existe motivación en la mujer por parte de la familia y de la sociedad, difícilmente tendrá la confianza que genere conductas saludables para poder controlar su peso ⁽²⁰⁻²³⁾, entonces, la consecución de metas, la perseverancia ante dificultades y su resistencia a los fracasos, está determinada por la relación entre la AE y la RE.

Teóricamente la AE y la RE podrían ser elementos complementarios; sería interesante identificar la relación de estos conceptos en mujeres con sobrepeso y obesidad, dado que es importante incentivar la promoción de las competencias en RE para la prevención de daños en la salud, especialmente en temas relacionados con hábitos saludables que implican en este caso un beneficio para el control de peso. El constructo que está asociado a la RE es la AE dado que superar las adversidades significa una experiencia que modifica las creencias de AE para ejercer autocontrol en la vida. Las y los enfermero(a)s deben considerar integrar ambos conceptos en el tratamiento nutricional y la prescripción de una dosis de ejercicio, orientada al control de peso, con una visión integral en favor de la salud de los individuos.



La relación entre AE para el control de peso y RE, no ha sido publicada, los trabajos realizados de estos conceptos en personas con sobrepeso y obesidad han sido por separado. Ante la falta de evidencia que relacione los conceptos cognitivos de AE para el control de peso y RE, por lo que se formuló la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación de AE para el control de peso y RE en mujeres mexicanas?, para lo cual se planteó el objetivo de evaluar la relación de AE para el control de peso con la RE en mujeres mexicanas.

Metodología

Estudio correlacional y transversal, de AE para el control de peso y RE, las variables se definieron con base a sus principios teóricos y psicométricos ⁽²⁸⁻³⁰⁾. Los participantes fueron mujeres inscritas en centros de capacitación federales para la educación en adultos en los estados de Puebla y San Luis Potosí, México. En Puebla participaron 90 mujeres y en San Luis Potosí fueron 85 participantes, con un total de 175 mujeres.

Se incluyeron a mujeres mayores de edad, que estuvieran inscritas en el plantel educativo seleccionado y aceptaran participar. Se excluyeron aquellas con tratamiento de nutrición para el control peso; que refirieron padecer enfermedades crónicas y embarazo.

Para medir el nivel de AE, se aplicó el Inventario de AE percibida para el control de peso, validado en población mexicana ⁽²⁹⁾. El instrumento contiene 37 ítems distribuidos en tres dominios: la dieta con 20 afirmaciones, el ejercicio con 9 y la actividad física con 8; los ítems están diseñados en escala tipo Likert, con opciones de respuesta que van de 1= incapaz de hacerlo, 2= poco capaz de poder hacerlo, 3= bastante capaz de poder hacerlo, hasta 4= seguro que lo haga. La puntuación máxima es 148 puntos y la mínima es 37 puntos, con valores del coeficiente α de Cronbach para este estudio de .916, .904 y .830 respectivamente.

Para medir la RE se usó, la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) ⁽³⁰⁾. Contiene cinco dimensiones; a) fortaleza y confianza en sí mismo, son las percepciones positivas sobre uno mismo o la capacidad para aceptar o sobrellevar los acontecimientos estresores; b) Competencia social, habilidad del sujeto para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades; c) Apoyo familiar, es el tiempo que comparten los miembros de la familia, la lealtad existente y la fortaleza de sus



lazos; d) Apoyo social, son los vínculos entre el sujeto y un conjunto definido de personas, con las cuales se comunica, hay solidaridad y confianza; e) Estructura personal, son las actividades que facilitan la organización y orden en la vida. La escala está conformada por 43 reactivos, en escala tipo Likert, con opciones de respuesta, que van de 1= totalmente de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo hasta 4= totalmente en desacuerdo. Se categoriza en nivel bajo de RE una puntuación de 0 a 33, de 34 a 66 nivel medio y de 67 a 100 nivel alto. Los estudios en población mexicana reportaron Alpha de Cronbach de .87. Se evaluaron variables sociodemográficas como la edad, escolaridad en años, estado civil y ocupación, además se midió el Índice de Masa Corporal (IMC).

Para la recolección de los datos se solicitó autorización de cada plantel, posteriormente se obtuvo el consentimiento informado por escrito a las participantes. Los procedimientos se apegaron al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud ⁽³¹⁾, la investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación . Los datos se procesaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18. Se utilizó estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central, así como estadística inferencial para variables no paramétricas, prueba de T de Student para AE para el control de peso e IMC y U de Mann-Whitney para RE, correlación de Spearman y regresión lineal (AE variable dependiente y RE independiente).

Resultados

La edad promedio de las participantes osciló en 34.6 ± 14.7 años; con escolaridad en años de 11.9 ± 3.10 .

En cuanto al IMC se obtuvo 26.4 ± 4.5 presentando sobrepeso, (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas y antropométricas de las mujeres participantes, 2016. (n=175).

Variable	$\bar{x} \pm DE$	Mínimo	Máximo
Edad	34.6 ± 14.7	18	69
Escolaridad en años	11.92 ± 3.10	6	19
Índice de masa corporal	26.4 ± 4.5	16.6	44.7

Fuente: Elaboración propia



En AE para el control de peso, el mayor porcentaje mostró un nivel alto con 49.7%, así como en RE con 81.7%, (Tabla 2). Respecto a la confiabilidad de los instrumentos; AE para el control de peso y RESI-M tuvieron un alfa de Cronbach general de .945 y .950 respectivamente.

Tabla 2. Nivel de autoeficacia y resiliencia de las mujeres participantes, 2016 (n=175).

Puntos de corte	Nivel	Autoeficacia		Resiliencia	
		f	%	f	%
0-33	Bajo	7	4.0	0	0
34-66	Medio	81	46.3	32	18.3
67-100	Alto	87	49.7	143	81.7

Fuente: Elaboración propia

En la correlación de las variables; se muestra un tamaño de efecto medio, una magnitud moderada y estadísticamente significativa ($p=.001$). En las relaciones de cada uno de los dominios y factores del instrumento utilizado, se muestra una significancia estadística en todas las relaciones ($p=.001$), excepto apoyo social con dieta ($r=.134$, $p=.078$). No obstante, dieta es el dominio con correlaciones más altas y significativas con los demás dominios de RE, (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre Autoeficacia y Resiliencia, 2016.

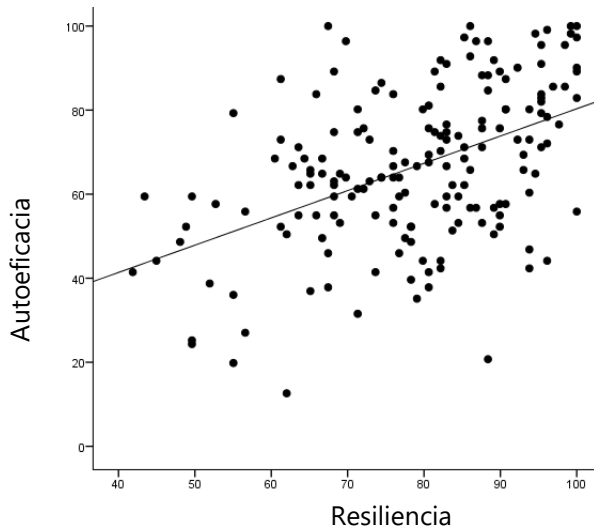
	AE	D	Ej	AF	RE	F y C	CS	AF	AS
Autoeficacia (AE)	1								
Dieta (D)		1							
Ejercicio (Ej)		.618**	1						
Actividad Física (AF)		.614**	.561**	1					
Resiliencia (RE)	.454**				1				
Fortaleza y Confianza (F y C)		.464**	.361**	.375**		1			
Competencia Social (CS)		.387**	.259**	.297**		.514**	1		
Apoyo Familiar (AF)		.316**	.254**	.327**		.560**	.471**	1	
Apoyo Social (AS)		.134	.182**	.249**		.464**	.422**	.607**	1
Estructura (Es)		.396**	.283**	.272**		.570**	.511**	.531**	.392**

Fuente: Elaboración propia

La figura 1 muestra un gráfico de dispersión con una dirección positiva, algunos de los sujetos con AE y RE baja son los más dispersos, sin embargo, la mayoría tiende a agruparse, denotando una correlación estadísticamente significativa.



Figura 1. Correlación gráfica entre Autoeficacia y Resiliencia, 2016.



Fuente: Elaboración propia

Se ajustó un modelo de regresión lineal simple donde RE se introdujo como variable independiente y AE como variable dependiente, se obtuvo una R^2 ajustada de .226 por lo tanto el porcentaje de la variación explicada de AE sobre la variabilidad de la RE, es del 22.6%, (Tabla 4).

Tabla 4. Regresión lineal simple

Model Summary									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.475 ^a	.226	.222	16.454	.226	50.533	1	173	.000

a. Predictors: (Constant), Índice

Dado que la muestra fue extraída de dos zonas geográficas (Puebla y San Luis Potosí) se decidió realizar un análisis adicional para realizar comparaciones de las medias aritméticas de las variables de estudio de los Estados, respecto a la RE, se observó una diferencia de rangos de 4.26 puntos, presentando el mayor puntaje las mujeres de San Luis Potosí, en comparación con las mujeres de Puebla. Al realizar la comparación de rangos a través de la U de Mann-Whitney, se pudo observar que no existió diferencia estadísticamente significativa con respecto a los dos grupos de estudio ($p > .05$). Por lo tanto, la variable de AE para el control



de peso y la RE no son diferentes en las mujeres del Estado de San Luis Potosí respecto al Estado de Puebla, (Tabla 5).

Tabla 5. Pruebas estadísticas de contraste

Variable	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t de student para muestras no relacionadas		
	F	Sig.	95% Intervalo de Confianza	t	p
Autoeficacia	.293	.589	-3.997, 7.159	.579	.577
Variable	Estado	Rango medio	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	p
Resiliencia	SLP	90.19	7666.00		
	Puebla	85.93	7734.00	3639.00	.579

Fuente: Elaboración propia
San Luis Potosí: SLP

Discusión

El objetivo fue evaluar las relaciones de AE para el control de peso con la RE, en mujeres mexicanas de Puebla y San Luis Potosí, México, además de determinar si había diferencias entre los grupos de estudio. Los datos descriptivos muestran una media aritmética de la edad que se inclina a representar adultas jóvenes, aunque la desviación estándar es amplia y abarca a otros grupos etarios (adolescencia y adultez), coincidiendo con los estudios de Brasil ⁽¹³⁾ y México ⁽²⁷⁾. La edad promedio presentada es una etapa económicamente productiva, esto se esperaba debido a que el plantel donde se realizó el estudio ofrece cursos de capacitación para el trabajo industrial y cursos con determinada ocupación identificada en el mercado laboral. Los resultados presentados, representan el proceso de transición demográfica en México, una de sus consecuencias es que la estructura poblacional actual presenta una mayor proporción de personas en edades productivas ⁽⁶⁾. Respecto a escolaridad; la mayoría habían cursado estudios de secundaria y media superior, coincidiendo con el estudio de Brasil ⁽¹³⁾; en contraste con una investigación realizada en Baja California, México ⁽²⁷⁾; tales coincidencias se deben a que este estudio se realizó en un centro de capacitación laboral donde uno de los requisitos de ingreso es el grado de secundaria. En cuanto al estado civil, en general la mayoría está soltera, dato que contrasta con el estudio en Brasil ⁽¹³⁾; los resultados reflejan la situación nacional mexicana dado que el 31.5% de las mujeres son solteras y el 15%



de las mujeres están sin pareja una vez que se separaron de su unión conyugal ⁽⁴⁾. En cuanto al IMC, la media aritmética mostró sobrepeso de acuerdo con la clasificación de la OMS ⁽²⁾, lo que corresponde al sobrepeso y obesidad que está presente en más del 70% de la población mexicana ⁽⁵⁾.

En AE para el control de peso, el mayor porcentaje fue en el nivel alto, resultados que teóricamente presentan posibilidades para controlar su peso ⁽²⁷⁾. No obstante, los resultados deben de tomarse con reserva, dado que la AE solo representa la confianza o la intención y no es la acción en sí. Sin embargo, la literatura menciona la relación existente entre las conductas apropiadas y alta RE , lo que sugiere el impacto de la RE en la capacidad para gestionar el tratamiento y los hábitos de vida saludables ^(20, 24, 25).

Los puntajes de RE mostraron en su mayoría un nivel alto, las mujeres son más resilientes ⁽³⁰⁾, incluso en condiciones adversas, debido a que la RE es el resultado no sólo de factores de protección y riesgo, sino también de mecanismos protectores que se desencadenan ⁽²⁶⁾. La RE es entonces el resultado manifestado en el desarrollo del bienestar y la salud de las personas, ya que les permite afrontar la adversidad de mejor manera ⁽²⁵⁾.

En este trabajo se mostró que, si la RE es alta, también lo será la AE para el control de peso, ya que como factor protector la promueve creando fortaleza y confianza para generar conductas saludables, tal como lo menciona diversos autores ⁽²⁴⁾ como un impacto positivo en la salud física y mental. A medida que la mujer tiene la aceptación de personas significativas y cuenta con redes informales de apoyo en la comunidad, son condiciones positivas familiares y sociales para favorecer la RE, situación que se clarificó dado los resultados de la correlación ^(25, 26).

Las correlaciones de AE para el control de peso con dieta, ejercicio y actividad física; los factores de RE con fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social, y estructura personal, desde el punto de vista teórico las relaciones se encontraron con un tamaño de efecto medio, estadísticamente significativas y más indicadoras son las realizadas con cada uno de los dominios de la AE, con el factor de la fortaleza y confianza en sí mismo de RE. Estas relaciones se pueden deber a que la mujer



produce sus creencias de eficacia mediante los procesos: cognitivo, motivacional, afectivo y selectivo; son auto reguladoras de su propia conducta que median entre las intenciones y las acciones, aun con la presencia de factores ambientales o biológicos, el proceso volitivo contiene planes y control de acción y está fuertemente influido por las expectativas de AE, para que pueda llevar a cabo acciones en favor de su salud como llevar una dieta, realizar ejercicio o actividad física ⁽²⁴⁾.

La relación entre las dimensiones de RE y los dominios de AE, refiere un conjunto de expectativas positivas, intervienen factores protectores cognitivos y afectivos como la autoestima, motivación al logro, el sentimiento de autosuficiencia y la confianza en que se resolverán los problemas, estos resultados concuerdan con un estudio ⁽³⁰⁾ siendo el factor más importante para medir la RE ya que explicó en un mayor porcentaje de la varianza del concepto en relación a la AE.

En este contexto si en la mujer se activan los principios de AE, actuando este como un factor protector para promover la RE, aumenta la motivación, persistencia, esfuerzo, consecución de metas, el tiempo que persevera ante dificultades y su resistencia a los fracasos ⁽²⁴⁾, teóricamente el sujeto se sobrepone a las adversidades para crear fortaleza y confianza en sí misma, generando conductas saludables para poder controlar su peso. En este trabajo se confirma que la AE puede ser una variable que favorece la adhesión a cambios en la ingesta alimentaria y la consecuente pérdida de peso.

Las relaciones de dieta con la competencia social, el apoyo familiar y la estructura, tienen un tamaño de efecto medio y estadísticamente significativo. Es posible que esta relación positiva sea debido a la capacidad de la mujer de interactuar con su medio ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus prioridades al ejercer influencia sobre sus semejantes, esto se relaciona con el ajuste emocional (competencia social); la lealtad y fortaleza entre los miembros de su familia que le brinden el apoyo para llevar a cabo una dieta saludable (apoyo familiar); las reglas y organización que llevan a cabo las mujeres, les facilita llevar una estructura personal representada por llevar a cabo una dieta ⁽³⁰⁾; esto repercute positivamente al tener una



activación emocional y una persuasión verbal por parte de la familia, principios para lograr las creencias de AE que regulan metas significativas ⁽²⁴⁾.

Dentro del modelo de correlación, solo una interacción no fue significativa, apoyo social con la dieta, si no existe interacción con estos factores personales y de conducta; los pensamientos que tiene una persona sobre su capacidad y autorregulación para poner en práctica conductas saludables no serán favorables, dado que la AE percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito ^(24, 27). Si una mujer no es motivada, la percepción de sus acciones no será eficaz, si no tiene la convicción de tener habilidades para regular acciones que le permitan llevar a cabo una dieta saludable, no podrá controlar su peso. Esto puede deberse al estigma que tiene la sociedad en las personas con sobrepeso y obesidad, que indica que no son capaces de llevar una dieta saludable y conductas de ejercicio. Con relación al apoyo social es probable que los vínculos existentes entre una mujer y las personas con las que convive, no le brinde esa solidaridad para llevar a cabo acciones en favor de su salud como el control de peso.

Las relaciones del ejercicio con la competencia social, el apoyo familiar, el apoyo social y la estructura, son positivas con un tamaño de efecto medio y estadísticamente significativo, dado que reciben el apoyo familiar y social para la realización del ejercicio, coincidiendo con los estudios que reportan la influencia del medio sociocultural que tienen las personas con sobrepeso y obesidad para realización del ejercicio ⁽¹²⁾. Si las mujeres tienen una influencia de las conductas o logros de otras personas (experiencia vicaria) junto con la persuasión verbal y una activación emocional, las expectativas de AE son más fuertes, al creer tener las capacidades para desempeñar ejercicio y dieta con éxito ⁽²⁴⁾, situación que puede explicar conductas resilientes, motivación emocional, creencias sobre la capacidad (logros de ejecución) logrando así acciones en favor de su salud.

Las limitantes de esta investigación fueron el diseño transversal, el tamaño de la muestra y que solo fue en mujeres, resultaría interesante realizar correlaciones de estas dos variables cognitivas en hombres y en niños



en edad escolar. Cabe resaltar que la correlación de las variables ha sido poco explorada por los investigadores, por esta razón el estudio aporta datos preliminares para realizar trabajos de intervención.

Conclusiones

Los hallazgos muestran que, a mayor RE, mayor AE para el control de peso. El tamaño de efecto de la correlación fue medio; el porcentaje de la varianza explicada fue elevado. Estos resultados, sugieren la importancia de integrar el fomento de los pilares de la RE en el cuidado y control de peso de la cliente o usuaria, de tal forma, que le permita obtener herramientas de afrontamiento para un control de peso más eficiente y por ende mejorar su salud a través de la inclusión de estilos de vida más saludables. La RE, es un proceso que puede ser aprendido y desarrollado que permite al individuo afrontar las adversidades y salir fortalecido; como resultado de una combinación de las características individuales y el entorno. Es por ello, que su inclusión dentro de los planes de atención de enfermería cobra gran relevancia, debido que promueve otros mecanismos protectores, como en este caso, la AE.

Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco global de vigilancia en nutrición: directrices operacionales para el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025. [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 09 jun 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272262/9789243513607-spa.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Noticias [Internet]. 2018 [citado 09 jun 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurements studies with 19.2 million participants. Lancet [Internet]. 2016 [citado 04 jul 2021]; 387:1377-96. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30054-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30054-X/fulltext)



4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Población. Temas [Internet]. 2020 [citado 20 sep 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
5. Instituto Nacional de Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [Internet]. 2018 [citado 17 agosto 2021]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
6. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2012 [citado 15 ago 2021]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR37.pdf>
7. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Diario Oficial de la Federación. [Internet]. 2012 [citado 16 ago 2021]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018
8. Secretaría de Salud. Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. [Internet]. 2013 [citado 15 ago 2021]. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276108/estrategia_sobrepeso_diabetes_obesidad.pdf
9. Hernández-Nava LG, Egnell M, Aguilar-Salinas CA, Córdova-Villalobos JÁI, Barriguete-MeléndeZ JA, Pettigrew S, et al. Impacto de diferentes etiquetados frontales de alimentos según su calidad nutricional: estudio comparativo en México. Salud Pública Méx [Internet]. 2019 [citado 18 ago de 2021];61(5):609-18. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10318>
10. Kaufer H, Tolentino M, Jáuregui A, Sánchez B, Bourges H, Martínez S, et al. Sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas para México: una estrategia para la toma de decisiones saludables. Salud pública Méx [Internet]. 2018 [citado 21 sep 2021];60(4):479-486. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/9615>.
11. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030. Más personas activas para un mundo sano. Iris.paho.org [Internet]. 2019 [citado 15 ago 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50904/9789275320600_spa.pdf
12. Cuadri-Fernández J, Tornero-Quiñones I, Sierra-Robles A, Sáez-Padilla JM. Revisión sistemática sobre los estudios de intervención de actividad física para el tratamiento de la obesidad. Retos [Internet]. 2018 [citado 21 sep 2021];33:261-266. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10272/16258>
13. Silva TP, Porto AC, Mendes LL, Gomes FS, Araujo LP, Matozinhos FP. Calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica: estudio transversal. Enf Global [Internet]. 2020 [citado 22 sep 2021];19(2):305-50. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/362191>
14. Bandura A. Social foundations of thought and action. A Social Cognitive Theory. New Jersey, EE. UU: Prentice Hall; 1986.
15. León HR, Gómez PM, Méndez SG, Torres CY. Predictores de autoeficacia para el control de peso en estudiantes adolescentes. Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México [Internet]. 2022 [citado 15 feb 2022];11(22):188-207. Disponible en: <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i22.17733>
16. Matar KS, Ortiz MJ. La autoeficacia en la salud y en el control del peso. Desbordes [Internet]. 2020 [citado 15 feb 2022];11(1):114-137. Disponible en: <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/desbordes/article/view/4080/5231>



17. De la Cruz M, Guzmán S, Gómez P, Platas A. Diferencias por sexo en la autoeficacia para el control de peso en preadolescentes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud* [Internet]. 2018 [citado 15 feb 2022];6(3):6-11 Disponible en: https://s-salud.hidalgo.gob.mx/contenido/informacion/gaceta/Gaceta18_3_Autoeficacia.pdf
18. Trujillo HP, Flores PY, Gómez MD, Lara RB, García JA, Gutiérrez VJ. Análisis de las propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Nutr. Hosp., Supl* [Internet]. 2021 [citado 15 feb 2022];38(4):821-826 Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/03501/show>
19. Vergel OM, Gómez VC, Gallardo PH. Resiliencia en mujeres universitarias en norte de Santander, Colombia. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv* [Internet.] 2021 [citado 21 sep 2021];19(3):1-19. Disponible en: <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.19.3.4590>
20. Sanjuan-Meza X, Landeros-Olvera E, Cossío-Torres P. Validade de uma escala de resiliencia (RESI-M) em mulheres indígenas do México: *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 21 sep 2021];34(10)11. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00179717>
21. Benavente-Cuesta H, Quevedo-Aguado P. Resiliencia, bienestar psicológico y afrontamiento en universitarios atendiendo a variables de personalidad y enfermedad. *Journal of Psychology and Education* [Internet]. 2018 [citado 23 sep 2021];13(2):99-112. Disponible en: <https://doi.org/10.23923/rpye2018.01.161>
22. Gómez ED, Delgado SU, Martínez FF, Ortiz RM, Avilés RR. Resiliencia, género y rendimiento académico en jóvenes universitarios del estado de Morelos. *RCCEPG* [Internet]. 2021 [citado 01 oct de 2021];6(1):36-51. Disponible en: <https://revistaconcienciaepg.edu.pe/ojs/index.php/55551/article/view/108>
23. Ruiz-Román C, Juárez PJ, Molina CL. Evolución y nuevas perspectivas del concepto de resiliencia: de lo individual a los contextos y relaciones socioeducativas. *ESXXI* [Internet]. 2020 [citado 22 sep 2021];38(2):213-232. Disponible en: <https://revistas.um.es/educatio/article/view/432981>
24. Bandura A. *Self-Efficacy in Changing Societies*. Edinburgh, United Kingdom: Cambridge University Press; 1999.
25. Asensio-Martínez A, Magallón-Botalla R, García-Campayo J. Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. *Revista INFAD de Psicología* [Internet]. 2018 [citado 21 sep 2021];2(1):231-242. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1096/965>
26. García del Castillo JA, García del Castillo-López A, López-Sánchez C, Dias PC. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud y drogas* [Internet]. 2016 [citado 21 sep 2021];16(1):59-68 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83943611006>
27. Aguiar-Palacios L, Magallanes-Rodríguez A, Martínez-Alvarado J, Negrete-Cortés A, García-Gomar M. Autoeficacia para control de peso en estudiantes universitarios del área de la salud. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* [Internet]. 2017 [citado 21 sep 2021];9(1):1-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333152921001.pdf>
28. Aguiar-Palacios L, Negrete-Cortés A, Martínez-Alvarado J, Magallanes R A, García-Gomar M. Propiedades psicométricas del inventario autoeficacia percibida para el control de peso en estudiantes universitarios del área de la salud. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2018 [citado 21 sep 2021];35(4):888-893. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1557>
29. Landeros-Olvera E, Salazar-González B, López-Alvarenga J. Validation and standardisation of the weight control perceived self-efficacy inventory in a Mexican college population. *Aquichan* [Internet]. 2015 [citado 21 sep 2021];15(1):44-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74137151005.pdf>



30. Palomar-Lever J, Gómez-Valdez N. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (Resi-M). *Interdisciplinaria* [Internet]. 2010 [citado 21 sep 2021];27(1):7-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>

31. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios [Internet]. 2014 [citado 15 ago 2021]. Disponible en: <http://www.liconsa.gob.mx/wp-content/uploads/2015/11/Reglamento-de-la-Ley-General-de-Salud-en-Materia-de-Investigación-para-la-Salud.pdf>

Cómo citar este artículo: Rodríguez-Rojas G, Cossío-Torres P, Galicia-Aguilar R, Landeros-Olvera E. Relación de autoeficacia para el control de peso y resiliencia en mujeres mexicanas. *SANUS* [Internet]. 2023 [citado dd mm aa];8:e403. Disponible en: DOI /URL

