



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

Are relevant self-reflection and volition process in lose weight programs?

¿Son relevantes los procesos volitivos y de autorreflexión en los programas de reducción de peso?

Fernando Gordillo¹, Lilia Mestas², José M. Arana¹, Judith Salvador², Alicia Gordillo³ y José Francisco Tinao³.

¹Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología, Universidad de Salamanca (España).

²División de Investigación y Postgrado. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México (México).

³Clínica Medicina Integrativa (CMI). Madrid (España).

Abstract

Overweight has become one of the most important health problems in the last hundred years, not only owing to the deterioration in quality of life of the persons suffering from it, but also because of its relation to diseases such as diabetes, heart disease and cancer. **Development.** Most treatments are oriented towards maintaining a balance between intake (diet) and expenditure of energy (physical activity), whereas psychological, and to a lesser degree, socio-demographic, factors do not receive the attention they deserve for their role in the etiology and development of this health problem. **Objective.** To analyze and reflect, based on the most recent scientific literature, about the need to educate and train individuals in two central process that induce weight loss: self-reflection and volition, very closely related to correct psychological development. **Conclusions.** Focusing on volitional and self-reflexive aspects of behavior in persons who are overweight could improve the effectiveness of treatment owing to the close relation between motivation (“*wanting to lose weight*”) and self-concept (“*one’s image of oneself*”), processes that have been shown to be important in weight reduction.

Resumen

El sobrepeso se ha convertido en uno de los problemas de salud más importantes en el último siglo, no sólo por el deterioro en la calidad de vida de las personas que lo sufren, también por su relación con enfermedades como la diabetes, las cardiopatías y el cáncer. **Desarrollo.** La mayoría de los tratamientos están orientados a mantener el equilibrio entre el ingreso (dieta) y el gasto (actividad física) energético, mientras los factores psicológicos, y en menor grado los sociodemográficos, no reciben la importancia que merecen por su papel en la etiología y desarrollo de este problema de salud. **Objetivo.** Analizar y reflexionar, a través de la literatura científica presente en los últimos años, sobre la necesidad de educar y entrenar en dos procesos centrales e inductores de la pérdida de peso, como son la autorreflexión y la volición, muy relacionados con el correcto desarrollo psicológico de las personas. **Conclusiones.** La focalización en los aspectos volitivos y autorreflexivos de la conducta en personas con sobrepeso podría mejorar la efectividad del tratamiento por la estrecha relación que mantienen con la motivación (“*querer adelgazar*”) y el autoconcepto (“*imagen de uno mismo*”), procesos éstos que se han mostrado importantes en la reducción de peso.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 23/06/2011
Revisado: 25/07/2011
Aceptado: 04/08/2011

Key words: self-concept, self-reflection, overweight, volition, motivation.

Palabras clave: autoconcepto, autorreflexión, sobrepeso, volición, motivación.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad se han definido como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede llegar a ser perjudicial para la salud. Para su delimitación conceptual se ha utilizado el índice de masa corporal (IMC) que mide la relación entre talla y peso, estableciéndose para el sobrepeso y la obesidad unos valores iguales o superiores a 25 y 30 respectivamente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) se encuentran entre los cin-

co principales factores de riesgo en el cómputo total de defunciones a nivel mundial. Cada año fallecen aproximadamente 2,8 millones de personas adultas como consecuencia de esta condición. Además, se le atribuye el 44% de las diabetes, el 23% de las cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de algunos cánceres. Se consolida así, como un importante problema nutricional y de salud en la mayoría de los países industrializados (Quirantes, López, Hernández & Pérez, 2009). De igual manera en los países subdesarrollados donde, paradójicamente, se tiene que hacer frente de manera simultánea a la malnutrición y al sobrepeso (Wang & Lobstein, 2006).

El aumento de personas con problemas de sobre-

Correspondencia: Fernando Gordillo León, Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología, Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología. Avda de la Merced 109-131. 37005 Salamanca (España). Teléfono: (+34)662472038; correo electrónico: fgordilloleon@hotmail.com

peso tiene su origen en el desarrollo científico-técnico de las sociedades industrializadas, que ha permitido mejoras en la calidad de vida y en las condiciones de trabajo, que junto a las insuficientes políticas de salud orientadas a los cambios mencionados ha propiciado el incremento del sedentarismo, considerado una de las causas principales del sobrepeso (Díaz, 2010). Para afrontar este problema de salud pública se requieren cambios en las estrategias de atención a la población en riesgo. Se deben tomar en cuenta métodos de intervención que hayan probado su eficacia científica y adoptar medidas dirigidas al conjunto de la población. En este sentido, a lo largo del tiempo se han ido desarrollando una serie de tratamientos para este problema, principalmente orientados a la modificación de los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física, ambos factores relacionados con el éxito en la reducción y mantenimiento del peso. No obstante, se ha ido tomando conciencia de la necesidad de intervenciones profesionales interdisciplinarias cada vez más específicas e individuales, realizadas por médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos, principalmente debido a que el sobrepeso ha demostrado ser una compleja problemática con importantes costos, tanto a nivel individual como social.

Muchos profesionales sanitarios contemplan el abordaje de este problema de salud proponiendo tratamientos que sólo modifican los hábitos alimenticios y de actividad física, pero para conseguir y mantener un peso saludable es necesario tener en cuenta otros factores. En el contexto de los programas de intervención para la pérdida de peso, existen algunos estudios que han incluido variables sociambientales que podrían estar condicionando la eficacia de los tratamientos. El estudio de Marcos, Rodríguez, Pérez y Caballero (2009) integró factores de nivel intelectual, desempeño laboral y lugar de residencia para la adhesión al tratamiento y encontró que estas variables juegan un papel determinante en la eficacia de los programas de intervención. De igual manera se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre el sobrepeso y el nivel socioeconómico (NSE), reportándose un círculo vicioso en el que las

personas con bajo NSE tienden al sobrepeso, al tiempo que éstas con mayor frecuencia tienen una peor situación económica (Shrewsbury & Wardle, 2008).

Por otro lado, las personas con sobrepeso también presenta comúnmente problemas en el área afectiva y cognitiva, como baja autoestima y autoimagen distorsionada, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo, además de una baja expectativa de *autoeficacia* y *logro*. Sin embargo, estos aspectos no han adquirido suficiente relevancia en los programas terapéuticos, porque no se ha llegado a comprender que el sobrepeso es también una condición que afecta a la funcionalidad emocional de quien lo padece (Bravo, Espinosa, Manzilla & Tello, 2011).

La necesidad de incorporar un adecuado tratamiento psicológico en los programas de reducción de peso se evidencia en los efectos antes mencionados sobre las expectativas de *autoeficacia* y *logro*, y nos permite centrar el problema en un nivel un tanto diferente al manejado hasta ahora (dietas y ejercicio físico), encaminándonos dentro de los procesos motivacionales a lo que se conoce en el ámbito de la psicología como autorreflexión y volición. Este será el objetivo del presente trabajo, reflexionar y discutir, a partir de la literatura reciente, la necesidad de educar y entrenar en dos procesos centrales e inductores de la pérdida de peso, como son la autorreflexión y la volición. Para este fin situaremos el problema dentro del marco teórico actual, y señalaremos los indicios que evidencian la necesidad de abordar este tópico de investigación a partir de los procesos mencionados para conseguir una mayor eficacia de los tratamientos, que actualmente buscan el equilibrio entre la dieta y la actividad física, con menoscabo de los factores psicológicos.

Autoeficacia, autorreflexión y volición

La autoeficacia, definida como “*las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados*” (Bandura, 1997, p3) ha

sido utilizada en el campo deportivo como un modo de conseguir llegar al estado óptimo de forma (estado de fluencia o flow), un estado que requiere de un equilibrio positivo entre los desafíos y las habilidades que se creen tener para afrontarlos. En otros campos como la educación también se ha mostrado de utilidad en la mejora del rendimiento académico (Ayotola & Adedeji, 2009; Carrol et al., 2009; Darmanegara, Lau & Nie, 2008), así como en tratamientos orientados a la pérdida de peso (Bas & Donmez, 2008; Edel, Edington, Herd, O'brien & Witkin, 1987; Fontaine & Cheskin, 1997; Roach et al., 2008; Wrinberg, Hughes, Critelli, England & Jackson, 1984). La autoeficacia, junto a los procesos de atribución causal, conforman la capacidad más general de autorreflexión (Bandura, 1986).

Por otro lado, la volición es un componente del sistema autorregulador (Arana & Mateos, 1997), definido como la capacidad de elegir entre planes de acción voluntarios (Nachev, Rees, Parton, Kennard, Husain & 2005). Es considerada responsable de escoger e iniciar el comportamiento, y se encuentra integrada por algunos componentes mediadores, entre ellos la causalidad personal, es decir, el conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente y las creencias de control que ejerce sobre sus propias acciones (control interno *versus* control externo; Rotter, Seeman & Leverant, 1962). La convicción de poseer o no habilidades personales para lograr los fines planteados es fundamental en el logro de dichos planes, donde la expectativa de éxito o fracaso puede determinar de manera anticipada los esfuerzos a realizar en la consecución de la meta. Así, el tener un sentido de control interno (los éxitos y los fracasos dependen de uno mismo), junto a la idea de poseer suficientes habilidades (psicológicas, físicas o intelectuales) pueden estar condicionando la expectativa de éxito, mientras que un sentido de control externo (los éxitos y fracasos dependen de causas ajenas a la persona), junto a la percepción de carecer de habilidades, estaría en congruencia con una expectativa de fracaso.

Por lo tanto, ambos procesos tienen un carácter más general de influencia sobre el sujeto, respecto a

los conceptos de autoeficacia y logro, que si bien son útiles a la hora de potenciar una conducta desarrollada en un contexto muy delimitado (aula, gimnasio, hospital), pueden resultar insuficientes a la hora de abarcar la conducta alimentaria dentro de un contexto tan amplio como es el ambiente social de la persona con sobrepeso. En este sentido planteamos la hipótesis de que una acción terapéutica sobre los procesos de autorreflexión y volición, puede tener un efecto beneficiosos y a largo plazo sobre los programas de pérdida de peso al generalizar la eficacia terapéutica al contexto cotidiano de las personas, donde en último término se define el éxito o fracaso de un tratamiento.

Esta propuesta mantiene diferencias sutanciales respecto al modelo Transteórico (MT; Prochaska & DiClemente, 1984), en tanto éste usa una dimensión temporal, las etapas del cambio, para integrar los procesos y principios explicativos del cambio comportamental de diferentes teorías. Por lo tanto el MT explica el cambio como una progresión a través de una serie de etapas. Sin embargo, consideramos que este planteamiento está alejado del proceso mental y la estructura neuronal que determina la conducta humana. En tanto las relaciones causales entre los procesos cognitivos y las conductas que los reflejan, y de manera mucho más evidente a nivel celular; suceden de manera simultánea y sincrónica. En este sentido la concepción de la conducta humana en etapas resulta simplista y alejada de los aspectos centrales de la neurociencia.

Por lo tanto, el planteamiento que presentamos tiene su fundamentación teórica en los trabajos de Bandura (1977, 1993, 1997), y permite introducir el concepto de autorreflexión como elemento complementario al de volición, por cuanto, según este autor, las personas evalúan sus propias experiencias mediante la autorreflexión, de forma que las creencias personales sobre las capacidades y logros previos influye fuertemente en las actuaciones futuras. En este sentido, volición y autorreflexión pueden resultar factores determinantes en la meta de bajar de peso, entendida ésta dentro del contexto teórico de este autor, como una actuación futura premeditada

y pendiente de realización. De este planteamiento se desprende la necesidad de integrar estos conceptos en el marco terapéutico del sobrepeso.

Volición y autorreflexión en la pérdida de peso

Millones de personas en el mundo intentan adelgazar para mejorar su apariencia física; sin embargo, la mayoría pierden un promedio del 10% de su peso corporal, pero vuelven a ganar las dos terceras partes en el año siguiente y la tercera parte en los 5 años posteriores (Amzallag, 2000). El sobrepeso confronta al individuo con la necesidad de esforzarse para adelgazar y con la discriminación que por su aspecto generan en sus semejantes. Junto a esto, los propios profesionales de la asistencia médica con frecuencia dan un enfoque culpabilístico a las personas con exceso de peso, derivando la responsabilidad de sus estado únicamente al enfermo (Marcos, Rodríguez & Gutiérrez, 2008). Este planteamiento no contempla factores sociodemográficos, genéticos o personales que pudieran estar bajo un pobre control de la persona que solicita ayuda para adelgazar.

Todos estos datos ponen en evidencia que los métodos de adelgazamiento centrados de manera exclusiva en estos aspectos tienden a ser ineficaces a largo plazo. El objetivo principal del tratamiento debe ser la reducción sustancial de peso y su mantenimiento durante un período prolongado; pero para conseguirlo, antes de iniciar cualquier tipo de intervención hay que evaluar la historia alimentaria, los intentos de pérdida de peso previos, la situación social y laboral, nivel económico, la existencia o no de enfermedades concomitantes (Marcos et al., 2009), al tiempo que se requiere integrar los factores psicológicos que podrían estar en el origen o exacerbamiento del sobrepeso. Entre estos, la volición y la autorreflexión podrían ser determinantes para consolidar las conductas instauradas en el tratamiento (dieta y actividad física), por las razones que desarrollamos en los siguientes apartados.

La acción volitiva supone la consciencia del fin perseguido e implica esfuerzos por mejorar las capacidades específicas para afrontar los obstáculos tanto internos como externos sobre los que se ha re-

flexionado y tomado una decisión (Petrovsky, 1980). En tanto que el objetivo de la persona que se somete a tratamiento es el de bajar peso, se hace necesario educar y entrenar la voluntad. Este tipo de entrenamientos son muy frecuentes y eficaces en deportistas, donde se han establecido dos aspectos motivacionales por los cuales los deportistas movilizan sus esfuerzos: 1) motivos específicos de carácter personal y 2) motivaciones colectivas (Benancio, Ariosa & Fernández, 2010). A partir de un modelo teórico adecuado es posible delimitar las cualidades volitivas que se necesitan entrenar para optimizar los resultados, atendiendo a las características del grupo y del objetivo a conseguir. Concretamente, uno de los procesos determinantes que impulsan al deportista a mantenerse durante un largo tiempo vinculado a la práctica deportiva es la voluntad que permite la actividad consciente y mantenida.

En otras palabras, mientras la motivación denota compromiso, la volición denota persistencia (Corno, 1986). El proceso motivacional es el encargado de iniciar y dirigir la acción hacia una meta determinada, y la volición se encarga de mantener el curso de dicha acción cuando aparezcan los obstáculos (Deimann & Bastiaens, 2010). Si bien el compromiso es relativamente fácil de instaurar en una persona que pretende bajar de peso, resulta crucial la capacidad de controlar la persistencia de la autogestión de las acciones conducentes al equilibrio establecido entre la dieta y la actividad física.

Por otro lado, un aspecto determinante a la hora de mantener el curso de una acción propositiva, como es el hecho de mantener una rutina alimentaria y de actividad física, es la capacidad de ser consciente de nuestras capacidades y los sentimientos generados hacia éstas. Nos referimos al término de autorreflexión, que implica un procesamiento consciente que permite la valoración de las acciones y situaciones a partir de uno mismo. Su importancia dentro de este tópico de investigación se evidencia porque mientras en algunos sitios las personas sobrevaloran el fenómeno del sobrepeso, en otros no son capaces de interiorizar la idea de que pueden dañar seriamente su salud (Marcos et al., 2009), lo cual indicaría

dificultades en la autorreflexión que tendrían su origen en las diferentes concepciones que sobre la salud se tienen dependiendo de factores sociodemográficos y culturales (Howard, Sentell & Gazmararian, 2006; Jáuregui, Marcos, Rivas, Rodríguez & Gutiérrez, 2008). Esto podría explicar por qué aun cuando hay medicamentos que pueden acelerar el metabolismo, suprimir el apetito y/o evitar que el cuerpo absorba las grasas, algunos individuos siguen comiendo sin medida, porque, entre otras razones, no han logrado interiorizar el tratamiento a nivel psicológico, ni tienen las herramientas necesarias a nivel volitivo para conseguirlo.

Por lo tanto, ambos procesos, volición y autorreflexión, se complementan para conseguir el control de la conducta a lo largo del tiempo, y el entrenamiento y su incorporación a los procesos terapéuticos derivados de la necesidad de perder peso, se intuyen muy relevantes en la eficacia del tratamiento.

Factores psicológicos en el tratamiento del sobrepeso

El sobrepeso es una condición de riesgo que tiene una clara etiología ambiental establecida por un desequilibrio entre la ingesta (malos hábitos nutricionales) y el gasto energético (poco ejercicio), susceptible de modificarse a través de terapias cognitivo-conductuales, siempre y cuando se tengan en cuenta los factores sociodemográficos como parte del marco conceptual donde se desarrolla cada individuo (condiciones familiares, laborales, económicas, etc.). Junto a los factores sociodemográficos, los factores psiquiátricos resultan de gran relevancia. La incidencia del sobrepeso y la obesidad es mayor en personas con enfermedad mental en comparación con la población normal. Los factores de riesgo más importantes son los polimorfismos genéticos, el consumo de antipsicóticos atípicos y una mala y pobre dieta alimenticia (Berkowitz y Fabricatore, 2005; Jofre, García, Saldivar & Martínez, 2009). También hay que considerar los factores psicológicos como la ansiedad, el estrés y la depresión, y los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nervosa, la

bulimia nervosa y el desorden por atracón. Factores todos ellos que pueden aparecer asociados al sobrepeso (Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006), y que deben ser considerados para mejorar la eficacia de los tratamientos.

Tomados estos factores (psiquiátricos, psicológicos, trastornos conductuales) como requisitos previos de control, y ya centrados en los factores sociodemográficos, como parte del contexto donde se inician los problemas de sobrepeso, se advierte la necesidad de utilizar estrategias adecuadas que actúen y mejoren el conocimiento, las expectativas y las conductas de las personas que pretendan perder peso, ya que sin un cambio en los hábitos de vida de la población en riesgo, resultarán infructuosos los actuales avances en enfermedades relacionadas con el sobrepeso (Davis et al., 2008) como la diabetes y la hipertensión (Mokdad et al., 2001 ; Must et al., 1999). Este dato es congruente con los informes reportados por diversos especialistas que observan que no invertir tiempo en informar al paciente obeso sobre la necesidad de reducir peso para mejorar su calidad de vida, tiene efectos importantes sobre la eficacia del tratamiento (Ashley et al., 2001; Bass, Stetson, Rising, Wesley & Ritchie, 2004; Brown, Thompson, Tod & Jones, 2006; Glasgow, Eakin, Fisher, Bacak & Brownson, 2001; Huang et al., 2004; Ritchie, Stetson, Bass & Adams, 2002; Wadden et al., 2000). El tiempo que el especialista invierte en hablar con la persona que pretende rebajar su peso, más allá del valor informativo que pueda tener sobre los pacientes; puede estar interviniendo en los resultados a través de una potenciación de los procesos volitivos y autorreflexivos respecto a las condiciones necesarias para el bienestar personal.

No hay datos, que sepamos, que confirmen este supuesto, pero la educación en la mejora del autoconcepto y motivación para la realización de conductas saludables, basado en diferentes técnicas de abordaje terapéutico (Baranowski, Perry & Parcel, 2002; Janz, Champion & Strecher, 2003; Marcus, Selby, Niaura & Rossi, 1992; Martin, Dutton & Brantley, 2004; Rosal et al., 2001; Seligman et al., 2007) ha permitido una mayor eficacia del tratamien-

to (Davis et al., 2008) La percepción que se tiene de uno mismo y de sus capacidades (autoconcepto) se conforma a través de la autorreflexión, permitiendo integrar una imagen de sí mismo basada en las propias constataciones (Bueno, 1993). Mientras que la motivación requiere del acto volitivo para perdurar en el tiempo (Corno, 1986), en tanto el acto voluntario se caracteriza porque tiene una finalidad. En el proceso de volición está el deseo, el conocimiento y la valoración de las consecuencias mediante una deliberación consciente que permite anticipar los resultados. Estos datos, respecto al autoconcepto y la motivación, tienen como factores directores a la autorreflexión y la volición respectivamente, por cuanto el autoconcepto requiere de una reflexión sobre los factores físicos, ambientales y culturales que rodean al sujeto, y la motivación requiere de conductas volitivas que la desarrollen en el tiempo.

De manera clásica, los tratamientos psicológicos de pérdida de peso han estado enfocados partiendo de las premisas de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de control de estímulo que pretende que el paciente identifique y evite los factores ambientales asociados a un estilo de vida no saludable (López & Godoy, 1994) y en concreto, los programas de modificación conductual utilizados en el tratamiento de la obesidad han estado orientados a modificar los hábitos de conducta alimentaria (Vera & Fernández, 1989). La incorporación de las técnicas cognitivas a las conductuales produjo mejoras en el tratamiento al reducir la recuperación de peso (Cooper & Fairburn, 2001), evidenciándose una clara influencia de los factores cognitivos en los resultados.

Otro aspecto importante en los actuales tratamientos médicos (farmacológico o quirúrgico) es que restan proactividad al individuo, haciéndole reactivo al ambiente y centrando el locus de control en factores externos. En este sentido, un abordaje del problema que tenga en cuenta y optimice los niveles de volición y autorreflexión con los que parte el paciente, podría dar un papel más poderoso y eficiente a la persona que decide someterse a un tratamiento de pérdida de peso (ponderando el locus de control interno).

Conclusiones

El conglomerado de factores que determinan la variabilidad del peso corporal a lo largo de la vida conforman un sistema regulador que implica procesos metabólicos, hormonales, características hedónicas de la comida, procesos de valoración y autocontrol, así como factores sociales. La comprensión del proceso de regulación que subyace a la interacción de este sistema puede estar en la base de la efectividad de los tratamientos (Bessesen, 2011). Esta perspectiva del peso corporal como un sistema regulador determinado por factores de diversa índole plantea la pregunta de si es posible, a partir de uno de estos factores, “controlar” el sistema regulador. El problema es saber qué factor o factores son los adecuados para buscar el equilibrio de este sistema.

Bessesen (2011) parte de la premisa de que el peso tiende de manera natural a mantenerse estable tanto en humanos como en animales a lo largo del tiempo, mediado por un sistema de regulación fisiológico; sin embargo, en humanos y en animales de experimentación pueden aparecer incrementos de peso de manera lenta y progresiva a lo largo de la vida, y esta tendencia puede venir determinada por factores diferentes a la homeostasis fisiológica que tendrían un componente psicológico, referidos por el autor como fuerzas internas de valoración y autocontrol. Resulta lógico pensar que si los factores fisiológicos tienden a mantener el peso de manera constante a lo largo de la vida, y otros factores, entre los que se encuentran los psicológicos, provocan la desestabilización de este proceso homeostático, habrá que actuar sobre éstos para llevar al organismo a su peso ideal y mantenerlo a lo largo del tiempo.

Los factores que proponemos como diana para equilibrar el sistema regulador del peso corporal son la volición y la autorreflexión por las siguientes cuestiones que hemos desarrollado a lo largo del artículo: 1) Porque participan de manera central en procesos que se han mostrado eficaces a la hora de reducir peso, como son el autoconcepto (la percepción distorsionada o no de la persona), y la motivación (la pérdida de peso como razón estética y de salud) (Da-

vis et al., 2008). 2) Porque es posible la educación de las personas en la realización de conductas más volitivas y autorreflexivas, existiendo una amplia literatura científica en el campo del entrenamiento deportivo (Chen & Singer, 1992; Orlick, 2004). 3) Porque permiten abordar el sistema regulatorio fisiológico a partir de factores psicológicos que podrían ser los responsables del desequilibrio presente en diferentes trastornos alimentarios (Bessesen, 2011).

En cuanto a si los factores psicológicos son causa o consecuencia del sobrepeso existen posiciones clásicas que consideran que las personas con sobrepeso tienen problemas de personalidad que alivian mediante una conducta alimentaria compulsiva. En este sentido algunos autores entienden la sobreingesta como una conducta aprendida para reducir la ansiedad (Bresh, 2006; Cabello & Zuñiga, 2007; Kaplan & Kaplan, 1957). Mientras que desde otras posiciones el sobrepeso tiende a verse como causa de los trastornos psicológicos. La persona “gorda” siente la presión social, el prejuicio y la discriminación, y dentro de este marco se podrían generar alteraciones psicológicas (ansiedad, estrés, depresión etc.).

Este debate resulta irrelevante para las conclusiones del presente trabajo si se concibe el peso corporal como un sistema regulador donde confluyen diversos factores (Bessesen, 2011). Entre éstos, los psicológicos son los que, bien porque estén en el origen o sean consecuencia del sobrepeso, generan la mayor sensibilidad en este sistema, y sobre los que con más determinación se debe actuar para reducir el peso. En este punto, todos los factores psicológicos que determinan la razón última de reducir peso, por estética o salud, necesitan disponer de una conducta volitiva y autorreflexiva conducente a ese fin que podría ser entrenada para que la persona con sobrepeso confronte de una manera adecuada el contexto sociocultural en el que se desenvuelve.

Por último, decir que los beneficios de reducir el sobrepeso no sólo afectan a la calidad de vida del paciente, también a la prevención de enfermedades cardíacas, la diabetes o diferentes tipos de cánceres. Muchas de las personas con sobrepeso deben sumar al tratamiento para rebajar peso, el propio de la en-

fermedad asociada. Es en estos casos cuando un enfoque centrado en el entrenamiento de conductas volitivas y autorreflexivas se muestra más necesario por la peligrosidad para la salud que supone no seguir el tratamiento de manera estricta. En conclusión, la integración de estos factores psicológicos en el tratamiento del sobrepeso puede suponer la diferencia entre el éxito y el fracaso en el objetivo final de reducir el peso, tanto a nivel patológico como estético. Dado que no existe una etiología clara de este síndrome, se hace necesario tener en cuenta estos factores mediante un planteamiento que considere ciertas variables cognitivas, afectivas y ambientales (Bravo et al., 2011).

Futuros trabajos experimentales deberían comprobar la posible eficacia en el tratamiento de reducción de peso de técnicas que involucren entrenamiento en conductas volitivas y autorreflexivas. De igual manera sería acertado proponer dichas técnicas a partir del andamiaje que la literatura en psicología deportiva nos permite. Cabe decir que esta revisión teórica carece de una literatura específica que avale las hipótesis de partida porque no se han encontrado trabajos que comprueben de manera directa las reflexiones realizadas; sin embargo, se ha valido de la amplia teoría disponible en este tópico de investigación para proponer una interpretación científico-humanista de la perspectiva teórica y de los resultados, en el sentido establecido para este tipo de revisiones por Fernández-Ríos y Buéla-Casal (2009).

Referencias

- Amzallag, W. (2000). De perder peso, al control de peso: experiencia de un programa. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 19(2), 98–115.
- Arana, J. M., & Mateos, P. M. (1997). Intencionalidad y memoria: el mantenimiento y protección de las intenciones pospuestas ante la aparición de obstáculos a la acción. *Estudios de Psicología*, 58, 29–42.
- Ashley, J. M., St Jeor, S. T., Schrage, J. P., Perumean-Chaney, S. E., Gilbertson, M. C., McCall, N. L., et al. (2001). Weight control in the physician's office. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1599–604.
- Ayotola, A., & Adedeji, T. (2009). The relationship bet-

- ween mathematics self-efficacy and achievement in mathematics. *Procedia Social and Behavioral Sciences 1*, 953–7.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117–48.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baranowski, T., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (2002). How individuals, environments, and health behavior interact: social cognitive theory. En K. Glanz, B. K. Rimer, y F. M. Lewis, (Eds.), *Health behavior and health education* (pp. 165-184). San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Bass, M., & Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite* 52, 209–16.
- Bass, P. F., Stetson, B. A., Rising, W., Wesley, G. C., & Ritchie, C. S. (2004). Development and evaluation of a nutrition and physical activity counseling module for firstyear medical students. *Medical Education Online*, 9, 22.
- Benancio, C., Ariosa, H. C., & Fernández, L. M. (2010). Acciones para el desarrollo de las cualidades volitivas en los jugadores juveniles de béisbol de la isla de la juventud. *EFDeportes.com*, 15, 147.
- Berkowitz, R. Y., & Fabricatore, A. N (2005). Obesidad, estado psiquiátrico y medicamentos psiquiátricos. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 39–54.
- Bessesen, D. H. (2011) Regulation of body weight: What is the regulated parameter? *Physiology & Behavior*, 104, 599–607.
- Bravo, A., Espinosa, T., Manzilla, L., & Tello M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 16(1), 115–23.
- Bresh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 35(4), 537-46.
- Brown, I., Thompson, J., Tod, A., & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: A qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice*, 56, 970–1.
- Bueno, A. (1993). Autoconcepto adolescente y clase social. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, ISSN 1133–0473, N.º. 2, 1993 , págs. 287–92.
- Carroll, A., Houghton, S., Wood, R., Unsworth, K., Hattie, J., Gordon, L., et al. (2009). Self-efficacy and academic achievement in Australian high school students: The mediating effects of academic aspirations and delinquency. *Journal of Adolescence*, 32, 797–817.
- Cabello, G. M., & Zúñiga, Z. J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2), 183–8.
- Chen, D., & Singer, R.N. (1992). Self-regulation and cognitive strategies in sport participation. *International Journal of Sport Psychology*, 23, 277–300.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behavioural Research and Therapy*, 39(5), 499–511.
- Corno, L. (1986). Metacognitive control components of self-regulated learning. *Contemporary Educational Psychology*, 11, 333–34.
- Darmanegara, A., Lau, S., & Nie, Y. (2008). The role of self-efficacy, task value, and achievement goals in predicting learning strategies, task disengagement, peer relationship, and achievement outcome. *Contemporary Educational Psychology*, 33, 486–512.
- Davis, C., Wolf, M. S., Bass, P. F., Arnold, C. L., Huang, J., Kennen, E. M., et al. (2008). Provider and patient intervention to improve weight loss: A pilot study in a public hospital clinic. *Patient Education and Counseling*, 72, 56–62.
- Deimann, M., & Bastiaens, Th. (2010). The Role of Volition in Distance Education: An Exploration of its Capacities. *International Review of Research in Open and Distance Learning*, 11(1).
- Díaz, R. M. (2010). Patrón nutricional y metabólico, prevalencia de la obesidad y sobrepeso en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos. *Revista ROL de Enfermería*, 33(12), 56–64.
- Edell, B. H., Edington, S., Herd, B., O'Brien, R. M., & Witkin, G. (1987). Self.efficacy and self-motivation as predictors of weight loss. *Addictive Behaviors*, 12, 63–6.
- Fernández-Ríos, L., & Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 329–34.
- Fontaine, K., & Cheskin, L. J. (1997). Self-efficacy, atten-

- dance, and weight loss in obesity treatment. *Addictive Behavior*, 22(4), 567–70.
- Glasgow, R. E., Eakin, E. G., Fisher, E. B., Bacak, S. J., & Brownson, R. C. (2001). Physician advice and support for physical activity: results from a national survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 21, 189–96.
- Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 857–61.
- Huang, J., Yu, H., Marin, E., Brock, S., Carden, D., & Davis, T. (2004). Physicians' weight loss counseling in two public hospital primary care clinics. *Academic Medicine*, 79, 156–61.
- Janz, N. K., Champion, V. L., & Strecher, V. J. (2003). The health belief model. En K. Glanz, F. M. Lewis y B. K. Rimer (Eds.), *Health education behavior*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jáuregui, I., Marcos, L., Rivas, M., Rodríguez, L. & Gutiérrez, N. (2008). Aspectos transculturales en la percepción de la obesidad. Carta científica. *Nutrición Hospitalaria*, 23(6), 619–29.
- Jofré, V. M., García, G., Saldívar, A. H., & Martínez, G. (2009). Revisión sistemática de la asociación entre sobrepeso, obesidad y enfermedad mental, con énfasis en el trastorno esquizofrénico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 705–16.
- Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of nervous and Mental Diseases*, 125, 181–201.
- López, F., & Godoy, J. F. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*, 6(3), 333–45.
- Marcos, L., Rodríguez, L., Pérez, M., & Caballero, M. (2009). Tratamiento de mujeres con sobrepeso y la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1054–68.
- Marcos, L. M., Rodríguez, L., & Gutiérrez, N. (2008). Protocolo de acción contra la obesidad en adultos. Instituto de Neurología y Neurocirugía. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 7, 720–32.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Rossi, J. S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly Exercise & Sport*, 63, 60–6.
- Martin, P. D., Dutton, G. R., & Brantley, P. J. (2004). Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obesity Research*, 12, 646–51.
- Mokdad, A. H., Bowman, B. A., Ford, E. S., Vinicor, F., Marks, J. S., & Koplan, J. P. (2001). The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1195–200.
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E. H., Field, A. E., Colditz, G., & Dietz, W. H. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1523–9.
- Nachev, P., Rees, G., Parton, A., Kennard, C., & Husain, M. (2005). Volition and conflict in human medial frontal cortex. *Current Biology*, 15, 122–128.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Obesidad y Sobrepeso. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. [Fecha de acceso: 5 de junio de 2011].
- Orlick, T. (2004). *Entrenamiento mental: Cómo vencer en el deporte y en la vida*. Barcelona: Paidotribo.
- Petrovski A. (1980). *Psicología General: Manual didáctico para los Institutos de pedagogía*. Moscú: Progreso.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. *The transtheoretical approach*. New York: Dow Jones; 1984.
- Quirantes, A., López, M., Hernández, E., & Pérez, A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(3), 1–8.
- Ritchie, C. S., Stetson, B. A., Bass, P. F., & Adams, K.J. (2002). Talking to patients about exercise for disease prevention: an educational exercise for medical students. *Nutrition in Clinical Care*, 5, 103–10.
- Roach, J. B., Yadrick, M. K., Johnson, J. T., Boudreaux, L. J., Forsythe III, W. A., & Billon, W. (2003). Using self-efficacy to predict weight loss among young adults. *Journal of The American Dietetic Association*, 103(10), 1357-9.
- Rosal, M. C., Ebbeling, C. B., Lofgren, I., Ockene, J. K., Ockene, I. S., & Hebert, J. R. (2001). Facilitating dietary change: the patient-centered counseling model. *Journal of the American Dietetic Association*, 101, 332–41.
- Rotter, J. B., Seeman, M., & Leverant, S. (1962). *Internal versus external control of reinforcement: A major variable in behavior theory*. En N.F. Washburne (Ed.): *Decisions, Values, and Groups*. Vol. 2. London: Pergamon Press.
- Shrewsbury, V., & Wardle, J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: A systematic review of cross-

- sectional studies 1990-2005. *Obesity*, 16, 275–84.
- Seligman, H. K., Wallace, A. S., DeWalt, D. A., Schilling, D., Arnold, C., Delgadillo, A., et al. (2007). Developing low-literacy patient educational materials to facilitate behavior change. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S69–78.
- Vera, N., & Fernández, C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Villaseñor, S. J., Ontiveros, C., & Cárdenas, F. V. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, 8(2), 86–90.
- Wadden, T. A., Anderson, D. A., Foster, G. D., Bennett, A., Steinberg, C., & Sarwer, D. B. (2000). Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. *Archives of Family Medicine*, 9, 854–60.
- Wang, Y., & Lobstein, T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1, 11–25.
- Weinberg, R. S., Hughes, H. H., Critelli, J. W., England, R., & Jackson, A. (1984). Effect of preexisting and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program. *Journal of research in personality*, 18, 352–8.