



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Factores Psicológicos en Mujeres Adultas, con Percepción de
Problemas en el Peso Corporal y su Relación con los Estadios
del Modelo Transteórico

Investigación Cuantitativa

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

Guerrero Cano María del Rosario y Yáñez
Bautista Silvia

Director: Mtra. Roxana González Sotomayor

Dictaminador: Mtra. María Guadalupe Muñoz Velázquez

Mtro. Giovanni García Yedra



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 7 de Junio del 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Resumen.....	3
Introducción	4
Marco Teórico.....	6
1. El Peso Corporal: Definiciones y Problemas.....	6
1.2 Definición de Obesidad	8
1.3 Panorama general del sobrepeso y la obesidad	10
1.4 Sobrepeso y obesidad en México.....	11
1.4.1 Sobrepeso en México.....	12
1.4.2 Obesidad en México.....	13
1.4.3 Sobrepeso y obesidad en México por tipo de localidad.....	15
1.4.4 Futuro de la obesidad y sobrepeso en México.....	15
2. Factores Psicológicos del Sobrepeso y Obesidad	17
2.1 Factores psicológicos que mantienen el problema	17
2.2 Factores psicológicos hacia el cambio del estilo de vida	18
3. Modelo Transteórico.....	20
3.1 Definición	20
3.2 Orígenes del Modelo Transteórico.....	21
3.3 Procesos, estadios y niveles de cambio del modelo	22
3.4 Factores psicológicos relacionados al modelo Transteórico.....	25
3.5 El Modelo Transteórico Enfocado al Cambio de Conductas Relacionadas con la Reducción del Peso Corporal.....	29
3.6 Investigaciones aplicadas a los problemas de peso corporal desde la perspectiva del Modelo Transteórico.....	33
3.7 Factores Psicológicos Relacionados al Modelo Transteórico y Los Problemas del Peso Corporal.....	34
Justificación	37
Pregunta de Investigación.....	40
Objetivos de la Investigación.....	40
Hipótesis Derivadas del Planteamiento del Problema.....	40
Método y Procedimiento.....	42
Método utilizado	42
Consideraciones éticas	44
Procedimiento para recolección de información y aplicaciones.....	44
Participantes	45
Resultados.....	47

	2
Pruebas de Hipótesis	49
Discusión	53
Referencias.....	61
Anexos	70
Anexo 1. Cuestionario de factores psicológicos y emocionales relacionados con la percepción del peso corporal	71
Anexo 2. Instrumento para Evaluar el Cambio de Hábitos Relacionados con el Control de Peso (Villalobos Et Al., 2012).....	73
Anexo 3. Escala de Autoeficacia(Villalobos et al., 2012)	76
Anexo 4. Escala de Alimentación Emocional (Rojas y García, 2017).....	80
Anexo 5. Escala de Creencias de conductas preventivas (Escobedo et al., 2012).....	89

Resumen

La perspectiva psicológica aplicando el Modelo Transteórico es de gran importancia ya que proporciona un marco teórico y práctico para comprender y abordar los procesos de cambio relacionados con la obesidad. El objetivo del trabajo fue identificar en una población de 151 mujeres mexicanas entre 30 y 45 años, la relación entre las creencias sobre alimentación y actividad física y el estadio del Modelo Transteórico en el que se encuentran (MT) en cuanto a la ingesta de frutas y verduras, el consumo de lácteos bajos en grasas y la realización de actividad física. Así como analizar la relación que los estadios con respecto de las actividades mencionadas tienen con la Autoeficacia percibida y con la alimentación emocional. Los hallazgos obtenidos resaltan la importancia de la Auto eficacia en los procesos de cambio para modificar comportamientos problemáticos asociados a la obesidad; que las creencias sobre la alimentación y la salud no tienen una clara influencia en la puesta en marcha del cambio de hábitos de las participantes; y la importancia de tomar en cuenta la regulación emocional mediante la comida y la indiferencia hacia el contenido nutricional, que puede estar relacionado con una mayor dificultad hacia el avance en los estadios del MT.

Palabras Clave: Cambio, Creencias, Modelo Transteórico, Obesidad, Autoeficacia, Alimentación emocional.

Introducción

La obesidad ha sido un problema presente a lo largo de la historia de la humanidad en diversas culturas y civilizaciones. Incluso en épocas paleolíticas se evidencia la existencia de este problema. Durante 2000 años, se han encontrado pruebas de la estigmatización hacia las personas con obesidad (Ruiz-Cota et al., 2019). En el imperio medio egipcio, en el siglo XXI-XVII a.C., se descubrió un papiro conocido como "las enseñanzas de Kagemni", el cual asociaba la obesidad con la glotonería y la consideraba como incorrecta (Sánchez, s.f.).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) en la actualidad los diferentes hábitos alimenticios y el sedentarismo han provocado una muy importante incidencia de la obesidad y el sobrepeso en la mayoría de los países, lo que ha convertido a la obesidad en un gran problema de salud pública. Llegando a ser la obesidad uno de los desafíos más relevantes de la salud, debido a que se le considera una epidemia mundial.

El sobrepeso es un paso a la obesidad y éstos son causados por una variedad de factores, entre los que se incluyen: la biología, la salud mental, el riesgo genético, el medio ambiente, el acceso a la atención médica y el acceso a alimentos ultraprocesados (OPS, 2023).

Por su parte, la obesidad es considerada un factor de riesgo importante para otras enfermedades no transmisibles (ENT), enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres, que afecta tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo (OPS, 2023) .

La Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA, 2023) menciona que durante el año 2020 en todo el mundo se afectaron 1 de cada 6 adultos y 1 de cada 11 niños y que, para antes del 2030 se considera que habrá mil millones de personas viviendo con esta enfermedad. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de la Secretaría de Salud (2021) se identifica que en México el sobrepeso y la obesidad afectan

a más del 75.2% de las personas adultas, y al 35.6% de la población infantil. Las cifras sitúan a México como el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil, y el segundo en adultos, superado solo por EE. UU. (Procuraduría Federal del Consumidor, 2018)

El estigma de peso y el daño orgánico o físico del mismo perjudican el bienestar mental y físico de las personas, y no contribuyen a la mejora de hábitos de vida saludables. Esta enfermedad necesita ser atendida por un grupo multidisciplinario porque no solo es una cuestión de peso o de fuerza de voluntad va más allá de eso (OPS, 2023).

La relación entre la salud mental y la obesidad es sumamente compleja y, la mayoría de las personas que viven con sobrepeso difícilmente podrán lograr sus objetivos de salud por sí solas. Se requiere conocimiento específico sobre esta enfermedad para brindar una atención médica oportuna y continuada enfocada en las personas de forma holística, atendiendo la parte física, emocional, cognitiva, cultural y ambiental.

Marco Teórico

1. El Peso Corporal: Definiciones y Problemas

La evaluación de la composición corporal se ha convertido en un componente fundamental en la evaluación de la salud de las personas, porque sus alteraciones se asocian con diversas condiciones mórbidas, por lo que su conocimiento permite anticipar sus efectos adversos y ayuda en la prevención y el tratamiento de muchos factores de riesgo y patologías (Carnero, et al., 2015).

Matiegka, en 1921, desarrolla el modelo de los cuatro compartimentos que contempla una composición basada en cuatro componentes que son (González, 2013):

1. La masa grasa es el tejido adiposo que se genera en el cuerpo.
2. La masa magra está constituida por los órganos internos, los músculos y los huesos.
3. La masa ósea está constituida por minerales que conforman los huesos.
4. La masa residual corresponde al peso de los componentes corporales, excluyendo grasa, músculos y huesos. El peso del cuerpo humano se refiere a la masa de una persona. El peso corporal es la suma de estos 4 componentes, o sea, el peso de una persona en kilogramos. Esta es una medida de masa, en todo el mundo, aunque en algunos países como los Estados Unidos se mide en libras (González, 2013). Por lo anterior, el peso corporal en realidad es la cantidad de materia en (Kg) es decir, la cantidad de masa corporal. En la actualidad, existen tecnologías precisas para medir la cantidad de grasa corporal, pero estas metodologías no son ampliamente accesibles en la práctica clínica habitual. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), diversas instituciones como la International Obesity Task Force y el Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity, y las sociedades científicas no recomiendan mediciones directas de la grasa corporal para el diagnóstico y clasificación de la obesidad. En su lugar, se utilizan estimaciones basadas en datos antropométricos

de fácil obtención en la práctica clínica diaria. Por consiguiente, el método más aceptado para definir y clasificar la obesidad es el índice de masa corporal (IMC) (Heymsfield et al., 1998, cit. en Arrizabalaga et al., 2003).

Diversas investigaciones han demostrado que a medida que aumenta el peso hasta alcanzar los niveles de sobrepeso y obesidad aumentan los riesgos. De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS, 2021) el sobrepeso y la obesidad se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Existe además una subclasificación de los diferentes grados de obesidad, según la acumulación de grasa corporal, que se explicará más adelante.

1.1. Definición de Sobrepeso

Es la elevación del peso corporal del individuo por encima de su peso normal en un 10-20%. Respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), que corresponde a la relación del peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura expresada en metros, todas aquellas personas con un IMC entre 25 y 29,9 Kg/m² tienen sobrepeso y están en riesgo de desarrollar obesidad (OMS, 2021).

Dentro del sobrepeso es posible identificar a las personas que la padecen en dos situaciones o fases; la primera es cuando la persona se mantiene en un peso estable con un balance energético neutro (donde gasta las mismas kilocalorías que consume) se considera que está en fase estática; y la segunda, es llamada fase dinámica de aumento de peso, que se caracteriza por el incremento del peso corporal como resultado de un balance energético positivo, es decir, cuando la ingesta calórica es superior al gasto energético (Moreno, 2012).

Al respecto, se ha considerado el IMC como un indicador simple de la relación entre peso y talla, como un identificador de sobrepeso y obesidad en adultos (OMS, 2021) que se clasifica según los criterios presentados en la Tabla 1.

Tabla 1.

Criterios de la OMS según el índice de masa corporal (IMC).

IMC (en kg/m ²)	Clasificación
<18,5	Peso inferior al ideal
18,5-24,9	Peso Normal
25-29,9	Sobrepeso
30-34,9	Obesidad grado I
35-39,9	Obesidad grado II
≥40	Obesidad grado III

Nota. OMS, (2021).

Sin embargo, las investigaciones en endocrinología han señalado que el índice de masa corporal (IMC) no es una medida precisa, ya que no distingue entre tejido graso y muscular, lo cual dificulta un enfoque preciso de la enfermedad de la obesidad. Desde una perspectiva médica, el sobrepeso y la obesidad se consideran alteraciones en la composición corporal, por lo que es necesario realizar un análisis detallado de esta composición, así como un seguimiento de los porcentajes de grasa y músculo y los patrones de distribución. Estos análisis deben ser llevados a cabo por profesionales capacitados. Por lo tanto, es fundamental contar con una evaluación médica realizada por personal especializado, que pueda ayudar a la persona a identificar y abordar su problema de salud de manera individualizada (Schwartz et al., 2017, cit. en Sánchez, 2020). El objetivo no se limita únicamente a alcanzar un peso ideal, sino a promover una salud integral y mejorar la composición corporal de manera adecuada.

1.2 Definición de Obesidad

Según Suárez et al. (2017), en el ámbito médico se considera la obesidad una enfermedad. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como perjudicial para la salud, la Asociación Médica Americana (AMA) la reconoce oficialmente

como una enfermedad desde el año 2013. Otros autores como Cummings y Schwartz (2003 citado en Suarez-Carmona et al, 2017) destacan en su trabajo el papel de la carga genética y ambiental como factores implicados en esta patología. Definiendo la obesidad como una enfermedad oligogénica, lo que significa que está influenciada por varios genes modificadores que interactúan entre sí y con factores ambientales (p. 226).

Por otra parte, para Arrizabalaga et al. (2003), “la obesidad se define como una enfermedad crónica multifactorial que se caracteriza por la presencia de un exceso de grasa corporal” (p.189), lo que coloca al individuo en un estado de riesgo para la salud. Específicamente, se establece que, en las mujeres, el porcentaje normal de grasa corporal oscila entre el 20% y el 30% del peso corporal, mientras que en los hombres se considera normal un porcentaje que va del 12% al 20%.

En general, se consideran como personas con obesidad a aquellos individuos con un porcentaje de grasa corporal superior al 25% de grasa. Se considera que en el caso de las mujeres se presenta obesidad si el porcentaje de grasa corporal es superior al 33% de grasa. El porcentaje entre el 21 y el 25% en varones y entre el 31 y el 33% en mujeres se encuentra en la zona limítrofe (Fernando, 2005).

Fernando, (2005) menciona que es muy importante en el caso de la obesidad considerar la distribución de la grasa, debido a que la acumulación de grasa abdominal está asociada a un incremento de riesgo en la salud, en comparación con el depósito de grasa en otras localizaciones. En consecuencia, podríamos diferenciar o clasificar la obesidad entre: obesidad abdominal o central y obesidad glúteo-femoral. En la práctica clínica se recomienda la medida de la circunferencia de la cintura para valorar el contenido de grasa abdominal. Donde en los hombres la medida de la circunferencia en cintura no debe rebasar los 102 cm y en la mujer no debe rebasar los 88 cm., la circunferencia de su cintura.

La obesidad y el sobrepeso va más allá de solo el aumento de peso, es un problema de salud que requiere de una mayor comprensión dentro de los cuales es fundamental

considerar los factores psicológicos asociados al proceso, puesto que la persona va adquiriendo el peso adicional producto no solo de una alteración física, sino también conductual que tiene una repercusión emocional y que es mantenida por creencias y hábitos aprendidos en la familia y en la cultura en la que se desarrolla.

1.3 Panorama general del sobrepeso y la obesidad

De acuerdo con datos de la OMS (2021), hoy en día hay más personas obesas que con bajo peso en todas las regiones, excepto en África subsahariana y Asia. El sobrepeso y la obesidad, que alguna vez se consideraron un problema solo en los países de ingresos altos, ahora están aumentando drásticamente en los países de ingresos bajos y medianos, particularmente en entornos urbanos. La gran mayoría de los niños con sobrepeso u obesos viven en países en desarrollo, donde la tasa de aumento ha sido más de un 30 % superior a la de los países desarrollados.

Otros datos importantes que señala la OMS (2021):

- La mayoría de las personas que viven con obesidad se encuentran en países de ingresos bajos y medianos, y las tasas más altas de obesidad se encuentran en la región de las Américas, tanto para hombres como para mujeres.
- La mitad de todas las mujeres que viven con obesidad se ubican en 11 países: USA, China, India, Brasil, México, Rusia, Egipto, Indonesia, Irán, Turquía y Pakistán. Mientras tanto, la mitad de todos los hombres se ubican en 9 países: USA, China, India, Brasil, México, Rusia, Egipto, Alemania y Turquía.

La incompreensión, la fragmentación, la inversión insuficiente y la estigmatización de la obesidad están impulsando la obesidad como una falla sistémica.

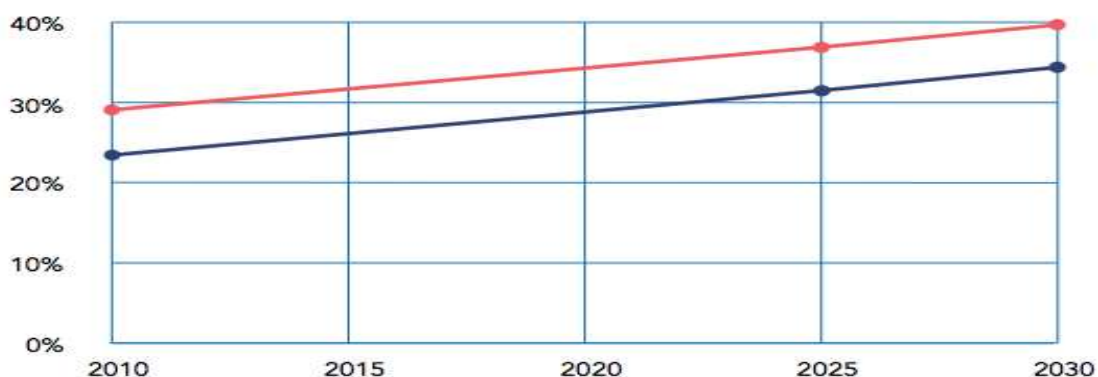
La World Obesity (2022) refiere que, en 2010, aproximadamente 70,5 millones de hombres y 93,5 millones de mujeres tenían un IMC de ≥ 30 kg/m², representando más de un aumento de 1,5 veces previsto para 2030 (Figura 1).

En toda la región de las Américas, se prevé que 1 de cada 3 hombres (34,41 %) y

casi dos quintas partes de las mujeres (39,72 %) tengan un IMC ≥ 30 kg/m² para el 2030. Esto equivale a aproximadamente 134 millones de hombres y 164 millones de mujeres en la región en riesgo de complicaciones de la obesidad para 2030. De estos, se prevé que más de 49 millones de hombres tengan un IMC de ≥ 35 kg/m² y se prevé que casi 17 millones tengan un IMC de ≥ 40 kg/m², mientras que se predice que 79 millones de mujeres tendrán un IMC de ≥ 35 kg/m² y más de 32 millones un IMC de ≥ 40 kg/m² (World Obesity, 2022).

Figura 1.

Prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) entre hombres y mujeres en el Américas en 2010–2030.



Nota. World Obesity, 2022.

En la figura 1, se aprecia que los datos son alarmantes y las proyecciones no son nada alentadoras, por lo que es necesario ampliar las investigaciones con la finalidad de contar con toda la información posible para la toma de decisiones por parte de los organismos encargados de la salud a nivel mundial (World Obesity, 2022).

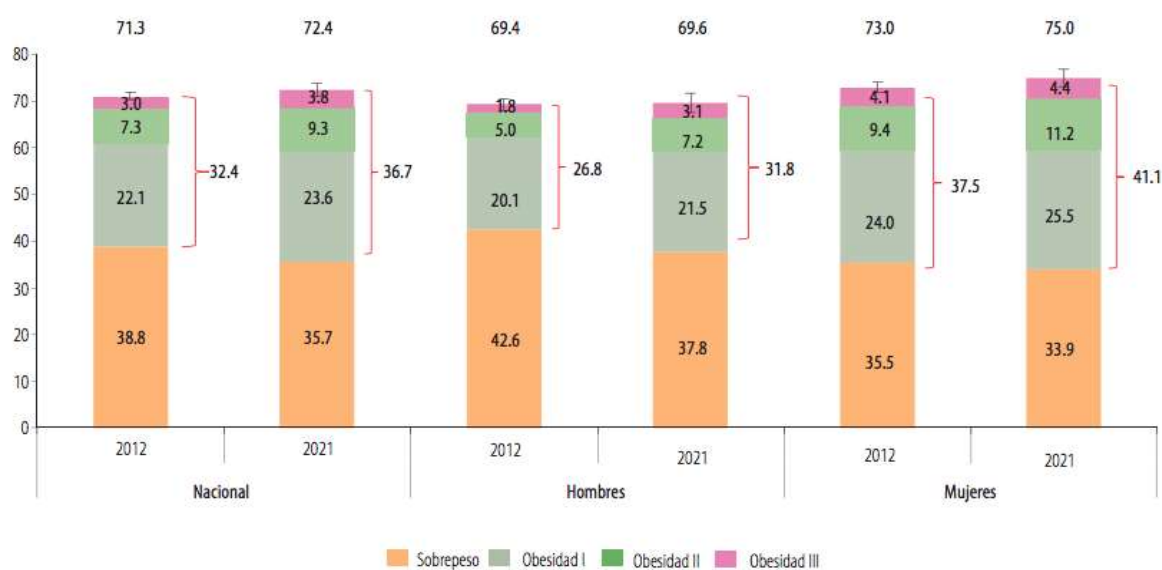
1.4 Sobrepeso y obesidad en México

En el caso de México, desde 2005 se comenzó a realizar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) con la finalidad de planificar políticas, estrategias y programas de salud. A la fecha se tienen los resultados de la encuesta realizada en 2021, donde se encontró que ha habido un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad

en el periodo 2012 a 2021, que fue de 1.1% nacional, considerando sobrepeso y obesidad y de 4.3% considerando solo la obesidad (Secretaría de Salud, 2021). En los hombres, el incremento en el sobrepeso y obesidad del período fue de 0.2% y de la obesidad fue de 5%; mientras que en las mujeres el aumento combinado de sobrepeso y obesidad fue de 2% y el de obesidad fue de 3.6% (figura 2).

Figura 2.

Comparación de las categorías del IMC en hombres y mujeres con 20 años o más de edad Ensanut 2012 y 2021.



Nota. Secretaría de Salud, (2021).

1.4.1 Sobrepeso en México

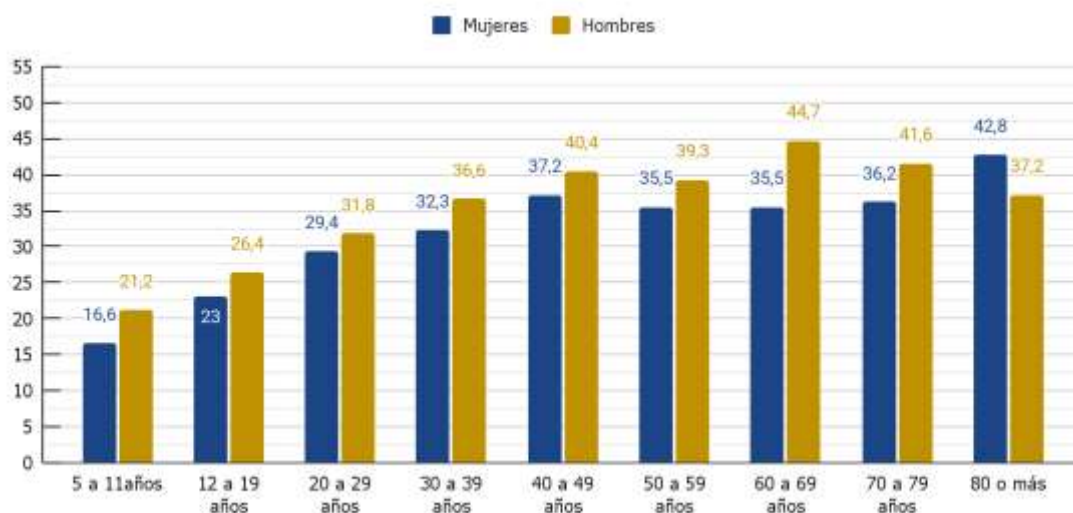
La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2021 (Secretaría de Salud, 2021) revela que, en el país, la prevalencia nacional de sobrepeso en niños y niñas con menos de 5 años fue del 18.8%, el porcentaje más alto se presentó en los varones con un 21,2%, y en menor porcentaje las mujeres con 16,6%.

Al comparar la prevalencia de sobrepeso por sexos se observa que esta es más alta en los hombres en comparación a las mujeres, y esta diferencia se marca más en la edad de 60 a 69 años, donde reflejan una diferencia de 9 puntos porcentuales, solo en el grupo de 80 años y más, las mujeres presentan una mayor prevalencia con un 42.8% en

comparación con los hombres con un 37.2%. Las mujeres de 5 a 49 años aumentan la incidencia en sobrepeso conforme aumenta su edad, presentando una etapa estable entre 50 a los 69 años con un porcentaje 35.5%, repuntando en la población de 80 años y más con un 42.8%. (figura 3).

Figura 3.

Prevalencia de sobrepeso en la población por grupos de edad y sexo, Ensanut 2021



Nota. La prevalencia se refiere a la población con sobrepeso entre la población total de cada grupo de edad, multiplicada por cien (Secretaría de Salud, 2021).

En la figura 3, se observa que, en todas las prevalencias de sobrepeso, tanto en hombres como en mujeres, tienen sus valores más bajos en el grupo de edad más joven (20-29 años). El sobrepeso aumenta en hombres a un valor máximo en el intervalo de 60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en los 80 y más años.

1.4.2 Obesidad en México

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020), la prevalencia de obesidad en niñas y niños de 5 a 11 años se encontró en 18.6%, 23.8% en hombres y 13.1% en mujeres, según el sexo, especialmente en hombres se encontró un aumento en la prevalencia de obesidad. El porcentaje de prevalencia en jóvenes de 12 a 19 años de

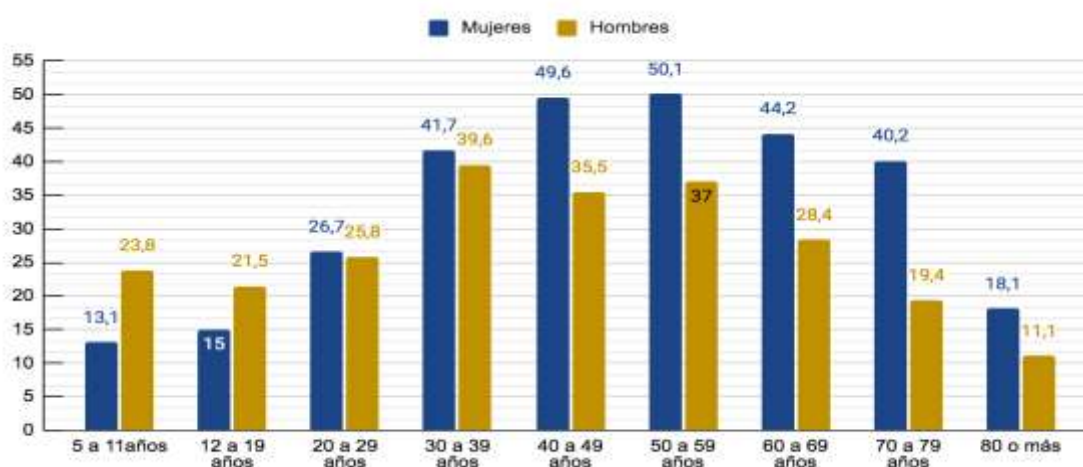
edad en ambos sexos fue de 18.2%, donde 15% de las adolescentes mujeres tienen obesidad y 21.5% de hombres adolescentes presentan esta condición (figura 4).

Al realizar una comparación entre la prevalencia de sobrepeso y obesidad, se observa una tendencia al alza en la categoría de obesidad, principalmente de las mujeres a partir de los 20 años, donde las mujeres presentan mayor porcentaje de obesidad en comparación con los hombres. En la figura 4 se aprecia que la prevalencia en las mujeres muestra un aumento conforme avanza la edad, de los 20 a los 29 años, presenta un porcentaje del 27,7% obteniendo su puntaje más alto en el grupo de 50 a 59 años, a partir de los 60 años tiene una tendencia a la baja en el porcentaje de la prevalencia de obesidad.

Sin embargo, esto no significa que haya habido algún avance, porque en comparación con los hombres se observa un incremento de 18.6% entre el año 2012 (26.8%) y 2021 (31.8%); mientras que en las mujeres el incremento fue de 9.6% en el periodo 2012 (37.5%) a 2020 (41.1%) como se muestra en la figura 2 que compara el periodo 2012-2021.

Figura 4

Prevalencia de obesidad en la población por grupos de edad y sexo, Ensanut 2021.



Nota. La prevalencia se refiere a la población con obesidad entre la población total de cada grupo de edad, multiplicada por cien. (Secretaría de Salud, 2021).

La distribución porcentual de las categorías de IMC de acuerdo con los grupos de

edad (Figura 4), se observa que la prevalencia de obesidad, tanto en hombres como en mujeres, tienen sus valores más bajos en los grupos de edad extremos en la edad adulta (80 años o más) y en el grupo de edad más joven (20-29 años) y el grupo de mayor edad. La obesidad alcanza su valor máximo entre los 30-39 años en hombres y en los 50-59 años en mujeres.

1.4.3 Sobrepeso y obesidad en México por tipo de localidad

México se encuentra inmerso en un proceso en el cual la población experimenta un aumento alarmante de índice de masa corporal (IMC), que engloba tanto el sobrepeso como la obesidad. Este fenómeno afecta a personas de zonas urbanas y rurales, de todas las edades y de diferentes niveles socioeconómicos.

De acuerdo con los especialistas, la población mexicana experimenta un incremento significativo de sobrepeso y obesidad, siendo las áreas urbanas las más afectadas. Se considera que el país se encuentra en una etapa intermedia de lo que se conoce como transición alimentaria, donde se observa que la obesidad tiende a afectar principalmente a los grupos más desfavorecidos en etapas más avanzadas (Rivera et al., 2015). Estas diferencias también se reflejan en la prevalencia de la obesidad, siendo más notables en la población de 5 a 11 años y en la de 20 años o más, con ocho y cinco puntos porcentuales respectivamente (ENSANUT, 2021).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2021, en las zonas urbanas, la prevalencia de sobrepeso en la población de 5 a 11 años alcanza el 18%, mientras que en las áreas rurales es del 17%. En el grupo de 12 a 19 años, la prevalencia de sobrepeso también es más alta en las localidades urbanas, con una diferencia de cuatro puntos porcentuales.

1.4.4 Futuro de la obesidad y sobrepeso en México

La World Obesity (2022) prevé que para el 2030 México cuente con más de 20,000,000 de adultos con un IMC ≥ 30 ; 10,000,000 IMC ≥ 35 y con 5,000,000 con un

IMC \geq 40. Representando un total de población con obesidad de 35,000,000 millones de mexicanos (tabla 2).

Tabla 2.

Cuadro de obesidad adulta en 2030 en México si no se logra hacer un cambio

		IMC \geq 30	IMC \geq 35	IMC \geq 40
Hombres	Prevalencia (%)	32.25	10.32	2.56
	Número total	15,148,969	4,846,348	1,202,048
Mujeres	Prevalencia (%)	40.91	17.69	6.07
	Número total	20,863,422	9,019,356	3,095,294

Nota. World Obesity (2022).

Otras cifras interesantes dadas por la World Obesity (2022):

- Adultos con obesidad para 2030 36,8%.
- Aumento anual en la obesidad del adulto 2010-2030 1,6%.
- Aumento anual en la obesidad infantil 2010-2030 2,5%.
- Porcentaje que representará en Muertes prematuras por enfermedades no transmisibles 45,3%.

2. Factores Psicológicos del Sobrepeso y Obesidad

Desde la psicología, se han identificado distintos factores que participan en el modo en que se origina y mantiene el problema, así como aquellos que favorecen los cambios en el estilo de vida. No obstante, no ha sido posible todavía establecer una relación causa-efecto entre las variables psicológicas y la obesidad, y tampoco una personalidad asociada a la obesidad, ya que existen personas con obesidad que presentan trastornos psicológicos y otros que no las presentan (Quintero et al., 2020).

A continuación, se describen los principales factores psicológicos que se han encontrado como mantenedores del problema y aquellos que favorecen el cambio en el estilo de vida.

2.1 Factores psicológicos que mantienen el problema

Según la revisión de Bersh (2006), los aspectos conductuales que dificultan el proceso, tienen que ver con la restricción voluntaria de la ingesta que la persona realiza para la pérdida de peso donde se sustituye el control fisiológico del hambre por un control cognitivo; mientras que los aspectos psicológicos tienen que ver con el mal uso de la comida como objeto transicional desde las primeras etapas de desarrollo (para atenuar el malestar emocional), dificultad para identificar y expresar las propias emociones (se recurre a comer en exceso para manejar emociones desagradables); otro aspecto es que en algunos casos la obesidad contribuye a la evitación de la sexualidad y como protección de los riesgos de afrontar dificultades de la vida; y también el estándar social de una figura corporal muy esbelta que crea insatisfacción y culpa.

Por otra parte, se han estudiado factores comunes en la personalidad de personas con obesidad, encontrando construcciones semejantes a las encontradas en personas con adicciones y sufrientes de enfermedades crónicas, por lo que se habla de una personalidad adictiva (Silvestri & Stavile, 2005).

De acuerdo con Silvestri y Stavile (2005), es necesario abordar psicológicamente el problema de la obesidad considerando variables cognitivas (creencias), variables afectivas

(manejo de emociones displacenteras) y variables ambientales (costumbres y hábitos familiares).

Además, De la Vega y Cruz (2018) identifican como los principales factores psicológicos involucrados en el problema de obesidad: la historia de vida con relación a las asociaciones establecidas con los cuidadores primarios y el alimento; los factores emocionales donde la comida se emplea para atenuar el malestar y es una forma de manejar emociones (Bersh, 2006); y la conducta, dada la importancia de realizar cambios permanentes en el estilo de vida de la persona.

Como se puede observar, los factores psicológicos en los que diversos autores coinciden y que dificultan el proceso de pérdida de peso, son las creencias relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico forjadas en la historia de vida de la persona, el manejo de emociones mediante la comida y en torno a la comida, así como las costumbres familiares en torno a la comida.

2.2 Factores psicológicos hacia el cambio del estilo de vida

Los tratamientos para la reducción del peso corporal implican en su mayoría, la necesidad de que el individuo cambie hábitos y estilos de vida. Lo cual puede llegar a complicarse. Al respecto, se revisan varios estudios sobre la adherencia terapéutica al tratamiento de la obesidad.

En el estudio llevado a cabo por García et al. (2017), se realizó una intervención psicoeducativa en mujeres con obesidad que estaban recibiendo apoyo médico, de trabajo social, nutrición y ejercicio físico. El estudio utilizó un grupo de control y un grupo experimental, y se realizaron evaluaciones iniciales y posteriores donde se registraron variables como el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia de la cintura y diferentes indicadores biológicos como glucosa, colesterol y triglicéridos; aplicando el cuestionario OQ-2007 de sobre ingesta alimentaria, el cual evalúa 11 subescalas relacionadas con defensividad, hábitos y actitudes en la sobre ingesta alimentaria, subingesta alimentaria,

antojos alimentarios, expectativas con comer, racionalizaciones, motivación para bajar de peso, hábitos de salud, imagen corporal, aislamiento social y alteraciones afectivas.

Al respecto se ha encontrado que al aplicar la estrategia psicoeducativa se tiene una buena respuesta en el mejoramiento de los hábitos alimenticios; tal como lo observaron en su investigación donde , encontraron que al aplicar la estrategia psicoeducativa en el grupo experimental, se incrementó el interés por mejorar sus hábitos alimentarios, la cual se vio reflejada en la capacidad de generar estrategias de autorregulación o control distintas a la ingesta de comida para disminuir la ansiedad y en el establecimiento de estrategias para establecer redes sociales además de la familia (García et al., 2017).

Sobre los factores cognitivos predictivos de la adherencia terapéutica, Leija et al (2019), realizaron una investigación con 118 adultos que acudían a consulta externa en un hospital de especialidades, que presentaban un IMC igual o mayor a 25 con al menos seis meses bajo tratamiento farmacológico para el control de peso y/u otras comorbilidades relacionadas con la obesidad. En esta investigación encontraron que las creencias positivas al tratamiento y su autoeficacia (entendida como la capacidad de llevar a cabo las indicaciones médicas) fueron las principales razones por las que los participantes presentaron una mayor adherencia terapéutica al tratamiento para la pérdida de peso.

De esta manera, las investigaciones mencionadas indican que la capacidad de generar estrategias de manejo de emociones distintas a la ingesta de alimentos, el apoyo de la familia, las creencias sobre el beneficio del tratamiento y la autoeficacia en el seguimiento del tratamiento son factores protectores que favorecen la adherencia al tratamiento para la obesidad.

3. Modelo Transteórico

3.1 Definición

Cabrera (2000) declara que la salud, se cimentó y avanza conforme progresa la investigación, misma que le da soporte a las intervenciones, y ocurre directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento. Antes de que naciera el Modelo Transteórico, el comportamiento de las personas, y muy específicamente el comportamiento con efectos en salud había sido observado, descrito y explicado como un evento discreto, más que como un proceso y mucho menos como una secuencia de etapas, con el nacimiento del modelo transteórico se genera un cambio de paradigma.

El Modelo Transteórico proporciona un enfoque comprensivo y estructurado para entender y facilitar el cambio de comportamiento, reconociendo que dicho cambio es un proceso gradual y que requiere estrategias y apoyo adecuados en cada etapa. La premisa central del Modelo Transteórico es el cambio, el cual se entiende como un proceso en el que las personas pueden tener diferentes niveles de motivación e intención para modificar su conducta. Este modelo se compone de una serie de postulados que abordan la naturaleza del ajuste de comportamiento por parte del individuo, y también considera las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio (Cabrera, 2000).

Para establecer el Modelo Transteórico Prochaska y DiClemente (2001, cit. en Berra y Muñoz, 2018) aplicaron las siguientes premisas:

- 1) Las personas pasan por diferentes etapas en el proceso de cambio, desde la precontemplación (sin intención de cambiar) hasta el mantenimiento (mantener el cambio a largo plazo).
- 2) El cambio comportamental implica la adquisición y el fortalecimiento de habilidades y estrategias para superar las barreras y desafíos que se presentan.
- 3) El entorno social y las influencias sociales desempeñan un papel importante en el

proceso de cambio, ya que pueden facilitar o dificultar la adopción de conductas saludables.

- 4) La autoeficacia, es decir, la confianza de una persona en su capacidad para realizar y mantener el cambio es un factor clave en el éxito del proceso de cambio.

Estas premisas proporcionan un marco teórico para comprender y abordar los procesos de cambio en el comportamiento, lo cual es fundamental en la aplicación del Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 2001, cit. en Berra & Muñoz, 2018).

3.2 Orígenes del Modelo Transteórico

El Modelo Transteórico del cambio (MT) del comportamiento fue planteado a principios de 1980 por James Prochaska y Carlo DiClemente como resultado de la integración de los principios y componentes de diferentes intervenciones para explicar los cambios en las personas con adicciones (Cabrera, 2000). Berra R. y Muñoz M. (2018) refieren que James Prochaska en 1977, hace 46 años, analizó y comparó 29 tipos diferentes de psicoterapias, que ayudaban a los individuos a realizar modificaciones conductuales; llegando a la integración de este modelo de cambio, en el cual la premisa principal es el cambio, que es concebido como un proceso, en el que las personas pueden tener diversos niveles de motivación e intención de cambio, lo que permite aplicarlo a cualquier conducta y en cualquier contexto.

Como resultado, se identificó la existencia de 10 procesos de cambio, que resumen los procesos propuestos en los sistemas de psicoterapia revisados. En el contexto de los procesos de cambio de conducta, se han propuesto diversas variables resultado, que desempeñan un papel importante. Entre estas variables se encuentra el balance de decisión, la autoeficacia y las tentaciones. Estos procesos de cambio y variables resultado se conceptualizan en una dimensión temporal, representada por las etapas de cambio, y se utilizan para explicar la transición de conductas no saludables a conductas saludables

(Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, Fava, Velicer, Norman & Redding, 1998; cit. en Rondón & Reyes, 2019).

3.3 Procesos, estadios y niveles de cambio del modelo

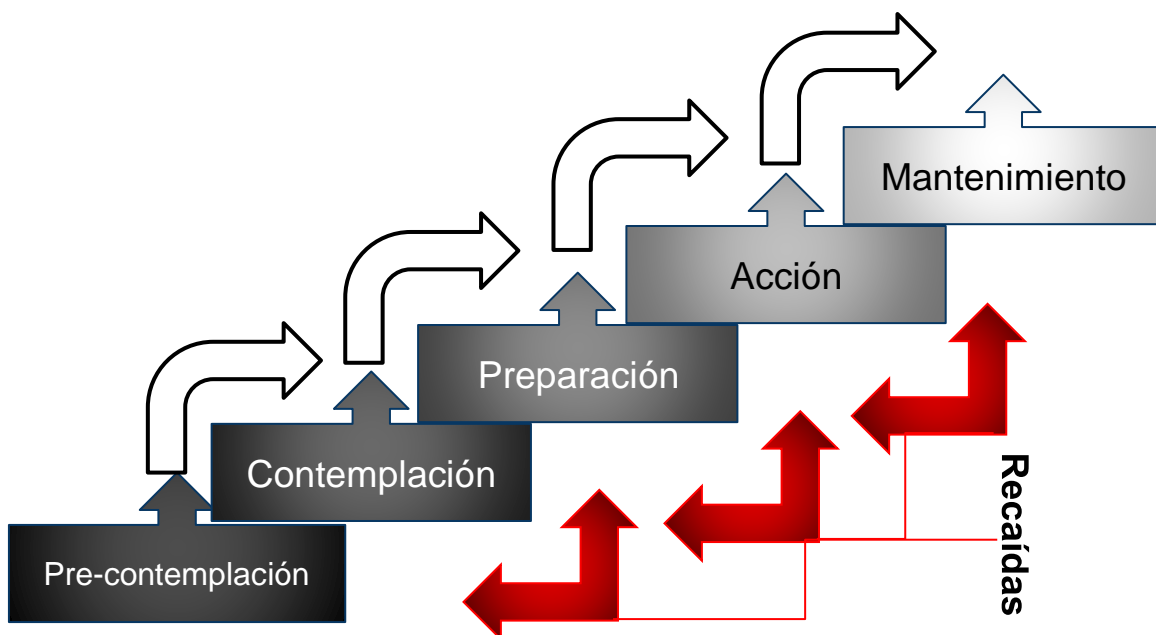
En su investigación, Prochaska, Norcross y DiClemente (2013, cit. en Berra & Muñoz, 2018) analizaron la estructura del cambio intencional del comportamiento y la explicaron a través de tres dimensiones principales: procesos, estadios y niveles de cambio.

Estadios de Cambio

Los estadios de cambio representan distintas fases que pueden ser identificadas en un individuo, lo cual resulta útil para planificar intervenciones según la etapa en la que se encuentre. Es importante tener en cuenta que el curso de estos estadios no sigue una progresión lineal, ya que pueden presentarse recaídas cuando las acciones de cambio no son suficientes para mantenerse en la fase de acción o mantenimiento, lo que ocasiona un retorno a estadios previos. (Figura 5)

Figura 5

Las etapas del Modelo Transteórico



Nota: El modelo transteórico define el cambio de comportamiento como una progresión a

través de cinco etapas: precontemplación (no estar listo), contemplación (preparándose), preparación (disposición), acción y mantenimiento.

- 1) Precontemplación: en esta primera etapa las personas no tienen intenciones de cambiar su conducta en un futuro presumible, si bien algunas de ellas podrían expresar un vago deseo de cambiar. En esta etapa las personas no son conscientes de su problema, y podrían carecer de información. Es por ello que, cuando las personas buscan ayuda en esta etapa, es a menudo por presión de otros, quienes podrían tener más clara la necesidad de un cambio. El tiempo en los que alguien podría permanecer en cada etapa es variable, por lo general se pregunta si él o ella tienen la intención de cambiar la conducta, problema en los próximos seis meses para saber en qué etapa se encuentra (Rondón & Reyes 2019).
- 2) Contemplación: en esta etapa las personas consideran el cambio, para valorar si alguien está en esta etapa, se pregunta si las personas tienen la intención de cambiar en los próximos seis meses. En esta etapa las personas empiezan a percibir más ventajas de cambiar su conducta (pros), pero también siguen percibiendo fuertemente desventajas de hacerlo, por lo que, en el balance de ambos, pueden experimentar una profunda ambivalencia, la cual los puede atrapar en esta etapa por un periodo largo de tiempo. A menudo se presenta el fenómeno de procrastinación (Rondón & Reyes, 2019).
- 3) Preparación: en esta etapa las personas ya tomaron la decisión de cambiar, y presentan la intención de hacerlo próximamente. Para valorar si alguien está en esta etapa, usualmente se pregunta por la intención de actuar en el próximo mes. Aquí la persona podría tener un proyecto para la acción, y probablemente podría tener ya algunos intentos de acción fallidos (Rondón & Reyes, 2019).
- 4) Acción: en esta etapa la persona ya ha hecho cambios evidentes en su estilo de vida dentro de los últimos seis meses. Sin embargo, en el MT, la acción es una de

las cinco etapas. No todas las modificaciones de comportamiento cuentan como ingreso a la etapa de acción en este modelo. La persona debe alcanzar un criterio con fundamentación científica, que sea considerado importante para la reducción de riesgos. Un ejemplo se presenta muy claramente en el tabaquismo, el criterio para considerar que se está en etapa de acción, es la abstinencia total, no se considera si solo redujo en el número de cigarrillos o cambio a cigarrillos con bajo contenido de alquitrán y nicotina. En esta etapa la vigilancia contra las recaídas es crítica (Rondón & Reyes, 2019).

- 5) Mantenimiento: en esta etapa el objetivo es consolidar y evitar recaídas. Para clasificar a alguien dentro de esta etapa, tradicionalmente se pregunta si la persona se ha mantenido libre de la conducta problema durante más de seis meses. En esta etapa la persona está más confiada en que puede continuar con la conducta saludable, se siente más fuerte ante las tentaciones, y percibe menos desventajas de la conducta problema (Rondón & Reyes, 2019).

Procesos de cambio

Diversos autores respaldan la teoría de Prochaska, DiClemente y Norcross, en la que se define los procesos de cambio como actividades abiertas o encubiertas donde los individuos participan para modificar comportamientos problemáticos. Estos procesos implican la modificación de sentimientos, pensamientos, conductas o relaciones interpersonales relacionadas con comportamientos problemáticos. Cada proceso puede incluir diversas técnicas y métodos de cambio recomendados en diferentes teorías, lo cual explica el término "transteórico". Estos procesos de cambio están estrechamente vinculados con las etapas del cambio, lo que permite comprender cómo las personas evolucionan y transitan entre dichas etapas. Es importante destacar que estos procesos son individuales y varían para cada individuo (Boff, Segalla; Díaz, 2001; Feoli, Gustavo & Oliveira, 2018 ; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992, cit. en Berra & Muñoz, 2018). Se

describieron diez procesos de cambio, cinco cognitivos/experienciales (CE) y cinco conductuales(C).

Niveles de Cambio

Díaz (2001) dice que es contenido específico del cambio, las conductas a las que el individuo aplica los procesos de cambio con el objetivo de modificarlas. Estos cinco niveles representan una organización jerárquica en los que se deben enfocar las evaluaciones o intervenciones psicológicas para generación del cambio.

- 1) Síntomas/situación: Se refiere a conductas de cambio establecidas en el patrón de uso u otros síntomas, y los factores micro y macro ambientales.
- 2) Cogniciones desadaptativas: Son los cambios a efectuarse en las expectativas, creencias y autoevaluaciones.
- 3) Conflictos interpersonales: Se refiere a cambios en las interacciones diádicas.
- 4) Conflictos sistémicos/familiares: Son los cambios dirigidos en la familia de origen, problemas legales, red de apoyo social, empleo, o alguna institución.
- 5) Conflictos intrapersonales: Se enfoca en los cambios dirigidos a los aspectos internos de la persona, como la autoestima, autoconcepto y personalidad, entre otros.

Este modelo, que inicialmente se planteó en el contexto del tabaquismo, ha demostrado ser constante en cualquier tipo de proceso de cambio de un problema, tal como lo demuestran los hallazgos de investigación reportados al utilizar el MT en el ámbito de cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal (Berra, R. & Muñoz, M., 2018), como se detalla más adelante.

3.4 Factores psicológicos relacionados al modelo Transteórico

El modelo transteórico del cambio del comportamiento es resultado de la integración de los principios y componentes de diferentes intervenciones para explicar los cambios en las personas con adicciones. Respecto al Modelo Transteórico, Díaz (2001) considera que

esta propuesta no debe verse como una visión ecléctica, porque no es una mezcla pragmática de procedimientos, sino que se pretende integrar las teorías subyacentes a las psicoterapias y no solo las técnicas, por lo que lo considera como flexibilidad teórica.

La premisa principal de este modelo es el cambio, que es concebido como un proceso en el cual las personas pueden tener diversos niveles de motivación e intención de modificarlo. Considerando los factores psicológicos, comportamentales, cognitivos y afectivos que están presentes en la vida de las personas y que se representan en el, estado y prácticas de su salud, estos criterios se relacionan con el balance de decisión, autoeficacia, y procesos de cambio (Rondón & Reyes, 2019).

El concepto de balance de decisión del MT refleja el peso relativo que el individuo hace de los pros y los contras de cambiar (Prochaska, Redding & Evers, 2015, cit. en Rondón & Reyes, 2019). La conceptualización de la toma de decisiones en el MT proviene originalmente del modelo de Janis y Mann (1977, cit. en Rondón & Reyes, 2019), donde se concibe al afrontamiento del conflicto como un proceso cognitivo de toma de decisiones (Luna et al., 2012).

La autoeficacia es la confianza específica a una acción o tarea de que se puede afrontar la situación sin recaer en formas no saludables de conducta (Prochaska et al., 2015, cit. Rondón & Reyes, 2019). El MT toma esta variable de la teoría de Bandura sobre la autoeficacia.

Prochaska et al. (2015, cit. Rondón & Reyes, 2019), menciona que la autoeficacia tiene una contracara en la tentación, definida como la intensidad de la urgencia

experimentada por un individuo de participar en un comportamiento ante situaciones difíciles específicas.

Las situaciones en las que se dan las tentaciones se clasifican en tres categorías o factores (Rossi et al., 2001, cit. en Rondón & Reyes, 2019):

1) Situaciones de afecto negativo o malestar emocional.

- Ejemplo: para medir la tentación de comer una dieta alta en grasa se pregunta cuán tentado se está “cuando he tenido un mal día y me estoy sintiendo mal acerca de mí mismo”.

2) Situaciones sociales positivas.

- Ejemplo: "mientras estoy pasando un buen rato cuando estoy afuera con mis amigos”.

3) Situaciones de ansias o anhelo.

Ejemplo: “cuando otros a mi alrededor están comiendo comida alta en grasas”.

El MT propone diez procesos del cambio que, junto a las etapas, son considerados como las dos dimensiones o aspectos clave del modelo (Prochaska et al., 1992, cit. en Rondón & Reyes, 2019). Así mismo, establecen dos categorías para estos procesos: procesos de cambio experienciales y procesos de cambio conductuales.

Procesos de cambio experienciales

De acuerdo con Prochaska et al. (1988; 1992; 2015; cit. Rondón & Reyes, 2019), los procesos de cambio experienciales se describen de la siguiente manera:

- Aumento de consciencia: incluye una mayor consciencia de las causas, consecuencias, y soluciones para una conducta problema específica.

Ejemplo: “pienso sobre información de artículos y anuncios acerca de cómo alimentarse mejor”

- Alivio dramático: se trata de experiencias emocionales aumentadas inicialmente, seguidas por afecto reducido o alivio anticipado.

Ejemplo: "las advertencias sobre los riesgos para la salud del problema del peso le mueven emocionalmente".

- Reevaluación del ambiente: es una combinación de valoraciones cognoscitivas y afectivas de cómo la presencia o ausencia de una conducta en el individuo afecta a su propio ambiente social, así como al de otros. También incluye la posibilidad de que la persona se dé cuenta de que puede ser un modelo para otros.

Ejemplo de este proceso es: "estoy considerando la idea que mi familia estaría mejor si me alimento sano".

- Liberación social: requiere de un incremento de alternativas y oportunidades sociales, en especial para la gente que está siendo oprimida o privada de lo que necesita.

Ejemplo: "encuentro que la sociedad está cambiando en formas que hacen las cosas más fáciles para las personas con problemas de peso".

- Autoevaluación: se trata de evaluaciones cognoscitivas y afectivas de la autoimagen del individuo, tomando como referencia sus conductas de salud o de riesgo, por ejemplo, percibirse como una persona sedentaria o activa.

Ejemplo: "Revaloró el hecho de que estar satisfecho conmigo mismo, incluye cambiar el mal hábito de comer"

Procesos de cambio conductual

Por otra parte, los procesos de cambio conductual identificados son cinco y se describen de la siguiente manera (Prochaska et al. 1988, cit. Rondón & Reyes, 2019):

- Control de estímulos: es un proceso o estrategia en el que se remueven señales para tener hábitos no saludables y se agregan señales para alternativas más saludables.

Ejemplo: "No compro alimentos para mi casa que no sean saludables para mí"

- Relaciones de ayuda: consiste en relaciones de cuidado, confianza, apertura, y

aceptación, así como apoyo para un cambio saludable de salud.

Ejemplo: “tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar acerca de mi problema de alimentación”.

- **Contracondicionamiento:** es el aprendizaje de conductas saludables que sustituyen conductas problemáticas.

Ejemplo: “hago algo más, en lugar de comer cuando necesito relajarme o lidiar con la tensión”

- **Administración de contingencias:** se enfoca en las consecuencias de tomar pasos en una dirección particular.

Por ejemplo: "Me recompensó cuando no como demás"

- **Auto-liberación:** es un proceso de cambio que abarca la creencia de que uno puede cambiar y, el compromiso a que se puede actuar basándose en esa creencia.

Ejemplo: "me digo a mí mismo de que puedo escoger si comer o no"

3.5 El Modelo Transteórico Enfocado al Cambio de Conductas Relacionadas con la Reducción del Peso Corporal

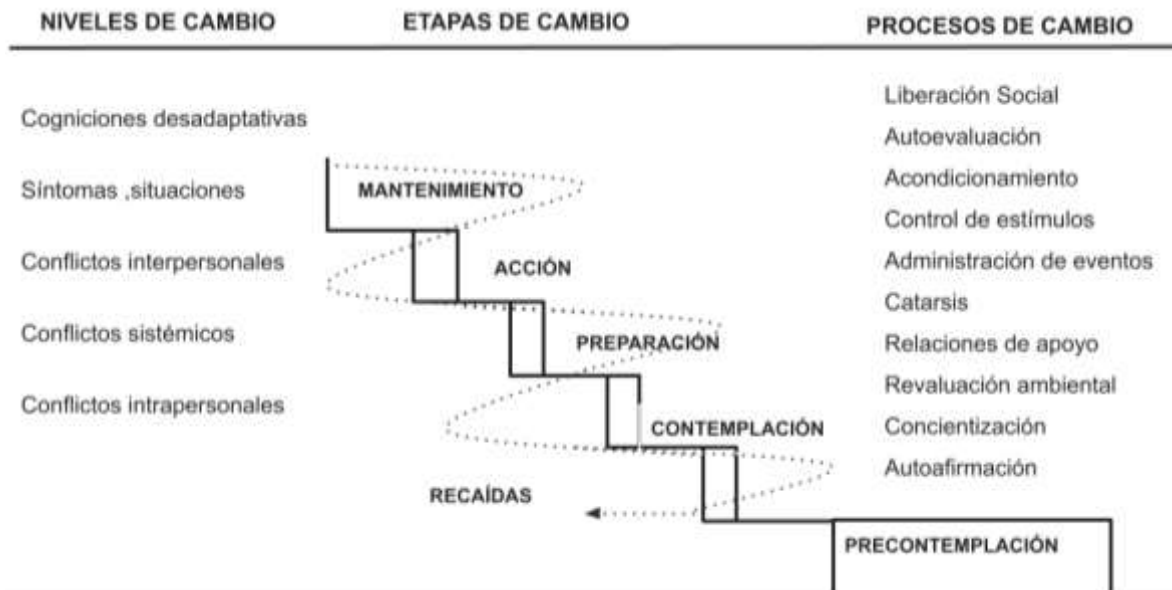
Los tratamientos orientados a la pérdida de peso implican un cambio global del estilo de vida, puesto que los logros a largo plazo requieren la modificación de actitudes, creencias y comportamientos acerca de la alimentación y la actividad física. (Hill & Wyatt, 2002). Este modelo describe las cinco etapas que atraviesa una persona cuando cambia de una conducta no saludable a una saludable.

El MT denomina los procesos de cambio como cualquier actividad que la persona emprenda para ayudar a modificar su pensamiento, sentimientos, o conductas. La figura 6

ilustra la relación existente entre las etapas y los procesos de cambio, se observa que cada uno de estos procesos se puede presentar en cualquier etapa de cambio.

Figura 6.

Cuadro de etapas, procesos y niveles de cambio del MT



Nota. Elaboración propia.

El MT usa una dimensión temporal, las etapas de cambio, para integrar los procesos y principios explicativos del cambio comportamental de diferentes teorías. El MT describe y explica el cambio comportamental como un evento: dejar de tomar, dejar de consumir drogas, que en este caso sería dejar los hábitos poco saludables.

De acuerdo con Berra y Muñoz (2018), para la aplicación del MT al problema de obesidad, se han identificado las siguientes características en cada una de las etapas de cambio.

- Precontemplación: Es la etapa en que no hay intención de cambiar el comportamiento en el futuro previsible. Muchos individuos en esta etapa no son conscientes de sus problemas. No se trata de que no puedan hallar una solución, sino que no pueden ver el problema. Aunque observan un incremento en su peso

(en algunos casos ni se percatan del aumento de peso), no identifican el riesgo para su salud.

- **Contemplación:** Se reconoce que existe un problema y se piensa seriamente en superación, pero aún no se han comprometido a tomar medidas; comienzan a identificar insatisfacción en su apariencia o en su condición física, generando motivación para el cambio, aun cuando no se plantean estrategias claras para iniciarlo y solo piensan que deberían hacerlo.
- **Preparación:** en esta etapa se combina la intención y un plan de acción enfocado al cambio, establecen planes para comenzar un cambio en los hábitos de alimentación y ejercicio (como disminuir el consumo de endulzantes y/o establecer un plan de caminata) en donde pueden identificar que han comenzado el cambio.
- **Acción:** es la etapa donde las personas que llevan a cabo un régimen alimenticio, no exceden la cantidad de calorías establecidas por el nutriólogo, además se realizan actividades físicas para equilibrar el gasto energético de la ingesta de alimentos, o toman acciones para regular dichas condiciones, como equilibrar el tipo de alimentos cuando no tienen tiempo para hacer ejercicio. Esta etapa requiere cambios de comportamiento de manera más abierta y, una considerable inversión de tiempo, energía y de mayor reconocimiento externo.
- **Mantenimiento:** Se afianzan los cambios obtenidos durante la acción y, se trabaja arduamente para evitar las recaídas; esta etapa es una continuación del cambio, e implica sostener el esfuerzo para permanecer con los hábitos que han sido transformados (p.26)

Tabla 3.

Modelo Transteórico y sus etapas enfocadas al cambio o las barreras que presentan las personas con sobrepeso y obesidad.

Etapas de cambio	Barreras relacionadas
Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Resistentes al cambio. • Escasamente motivados. • Evitar la información, la discusión o el pensar sobre la salud conductual.
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Intención de cambiar. • Indecisos al cambio. • Aplazan el momento del cambio. • Hay una intención para la acción a lo largo de seis meses. • Intención de tomar medidas para el cambio.
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Intención de tomar medidas para el cambio. • Hay la intención de actuar en los próximos treinta días. • Emprenden los pasos conductuales en una clara dirección.
Acción	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un cambio en el comportamiento que ha durado al menos seis meses.
Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Resistentes al cambio. • Escasamente motivados. • Evitar la información, la discusión o el pensar sobre la salud conductual.

Nota. Esparza del Villar et al. (2013)

De acuerdo con lo revisado, el MT involucra emociones, cogniciones y conducta. La tabla 3 ilustra la relación de las etapas de cambio que experimenta el individuo y permite identificar la etapa en la que se encuentra la persona. Con esta información es posible relacionar cada etapa con las barreras psicológicas que se pudieran estar presentando y que generan dificultades para que la persona logre tener un peso saludable, de manera que la propuesta de intervención considere estos aspectos.

3.6 Investigaciones aplicadas a los problemas de peso corporal desde la perspectiva del Modelo Transteórico

Como se ha mencionado anteriormente, se han realizado estudios para determinar si existe una personalidad asociada al padecimiento de obesidad, sin que se tenga éxito al definir una serie de rasgos; sin embargo, se han encontrado coincidencias con las personalidades de tipo adictivas (Silvestri & Stavile, 2005). Aunado al hecho de que este modelo aborda todo el proceso de cambio de la conducta, desde que el individuo comienza a percibir su comportamiento como un problema hasta que el problema deja de existir (Berra & Muñoz, 2018)

Por lo anterior, el modelo Transteórico puede tener una importante aplicación en el estudio del proceso de pérdida de peso y el mantenimiento de este. Al respecto se realizó una evaluación sobre la efectividad de las intervenciones dietéticas y con actividad física para lograr una pérdida de peso sostenible en adultos con sobrepeso y obesidad, según el modelo transteórico. La investigación fue de tipo meta análisis, mediante búsqueda en múltiples bases de datos bibliográficas electrónicas, de investigaciones realizadas entre 2010 y 2011 que cumplieran con los requisitos de ser ensayos clínicos controlados con asignación aleatoria, donde se utilizaron las etapas de cambio del modelo transteórico, marco teórico o guía para diseñar estrategias de modificación de estilo de vida en cuanto a ejercicio físico y dieta versus una intervención de comparación atención habitual; una de las medidas del resultado del estudio haya sido la pérdida de peso; y los participantes fueron adultos con sobrepeso u obesidad (Tuah et al.,2012).

En la revisión, incluyeron cinco ensayos donde se evaluaron en total 3910 participantes, encontrando que el uso de las etapas de cambio del modelo transteórico dio lugar a una pérdida de peso mínima (cerca de 2 kg o menos) y no hubo pruebas definitivas de pérdida de peso sostenible en los participantes; sin embargo, Tuah et al. (2012),

observaron otras medidas de resultados positivos significativas como el cambio en la conducta con respecto a la actividad física y hacia la ingesta dietética.

Los investigadores concluyen que la repercusión del uso del modelo transteórico puede depender de la forma en que se utiliza en combinación con otras estrategias y por lo tanto es necesario realizar más estudios de investigación sobre esta estrategia de intervención potencialmente valiosa.

3.7 Factores Psicológicos Relacionados al Modelo Transteórico y Los Problemas del Peso Corporal

Con respecto de los factores psicológicos que tienen relación con el modelo transteórico y los problemas del peso corporal, es interesante citar el trabajo de Berra y Muñoz (2018), en el cual identifican niveles de cambio que involucran conductas, creencias, interacciones y conflictos tanto familiares como intrapersonales sobre los cuales orientar las evaluaciones e intervenciones psicológicas para generar el cambio, que como se mencionó anteriormente abarcan cinco niveles: síntomas, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales, conflictos sistémicos y conflictos intrapersonales.

Estos niveles permiten definir un perfil de disposición diferencial hacia el cambio con la finalidad de dirigir la intervención, así como identificar la complejidad de la misma, pues definitivamente es más sencillo de intervenir sobre una cuestión situacional que involucre la falta de tiempo o con creencias irracionales que en los casos de conflictos interpersonales o intrapersonales donde la persona experimenta un mayor nivel de resistencia al cambio (Berra & Muñoz, 2018).

En el mismo sentido, Rojas y García (2016) trabajaron en la construcción de una Escala de Alimentación Emocional, con la finalidad de medir la alimentación emocional en adultos, encontrando que la alimentación se encuentra asociada a diferentes significados más allá de lo biológico, como son las emociones, la cultura o la familia, particularmente en

México donde la comida representa un símbolo cultural utilizado en festividades y como una forma de expresión de afecto.

Por otra parte, las creencias influyen de manera significativa en el comportamiento y la elección de hábitos de las personas. Silva y González (2019) construyeron un instrumento para evaluar las emociones y creencias que tienen las personas acerca de la alimentación y el peso corporal. En el estudio participaron hombres y mujeres entre 14 y 18 años de la Ciudad de México, encontrando que si las dietas o elección de alimentos se basa en creencias erróneas acerca del control peso, es posible que se estén generando patrones alimentarios poco saludables, compuestos también por alimentos que generan emociones agradables.

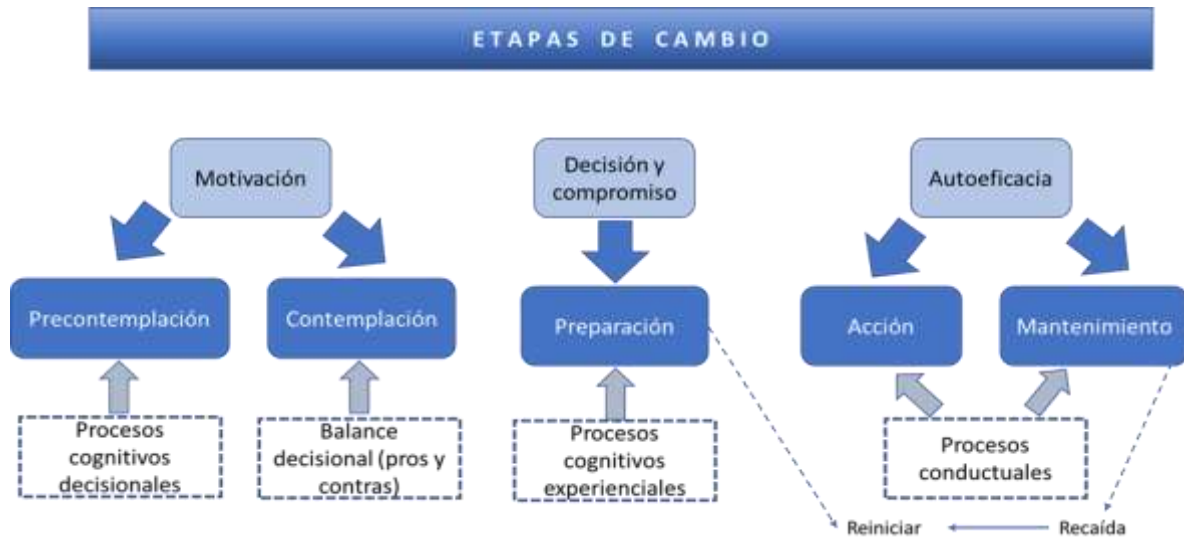
Otros dos aspectos importantes de considerar son la motivación que la persona tiene para emprender el cambio y la autoeficacia. De acuerdo con Villalobos et al. (2012) la motivación influye en las etapas de cambio, precontemplación y contemplación, donde el individuo comienza a identificar el problema para llegar a una toma de decisión y en donde hace una evaluación de los pros y contras de tomar la decisión, respectivamente.

La etapa de preparación requiere decisión y compromiso. Por otra parte, las etapas de acción y mantenimiento se asocian con la autoeficacia respecto al cambio de hábitos, la cual se refiere a la capacidad autopercebida para realizar una acción (Figura 7)

Para el diseño de una intervención es necesario conocer el detalle y las características particulares del individuo, de manera que se diseñe un traje a la medida que le permita avanzar en el proceso de cambio. Sin embargo, para efectos de una investigación en la población en general es útil explorar los aspectos que pueden resultar comunes, por lo que, para el presente estudio, de los factores psicológicos mencionados, se seleccionaron las creencias acerca de las conductas preventivas (alimentación y ejercicio), la asociación de la alimentación con las emociones y la autoeficacia percibida hacia la incorporación de conductas y hábitos que propicien la pérdida de peso.

Figura 7.

Etapas de cambio de hábitos y los procesos involucrados



Nota. Villalobos et al. (2012).

Justificación

Diversos autores han señalado que la obesidad es una epidemia a nivel mundial (Quintero et al., 2020; Suárez et al., 2017) por la gravedad del problema y el reto que representa para los sistemas de salud. Aunque las causas de esta epidemia sean complejas y se necesita más investigación, es mucho lo que se sabe acerca de sus consecuencias que lo que debe hacerse para detenerla.

La obesidad es considerada uno de los principales problemas de salud pública en México, debido a que contribuye a un gran porcentaje de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población (GBD, 2016, DALYs and HALE Collaborators, 2017; Barquera et al., 2013; cit. en Secretaría de Salud, 2021).

Es un mal que afecta a personas de todas las edades de todos los grupos sociales en la región de las Américas, principalmente, aunque está presente en todo el mundo. El problema de sobrepeso y obesidad se ha agravado en los últimos 20 años, por lo que se han realizado estudios desde distintas disciplinas. Se ha agudizado de tal manera que la Asociación Médica Americana (AMA) la reconoce como enfermedad desde 2013, dejando de ser solo un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades. Esta connotación da un impulso al estudio de este problema, desde disciplinas como la biomedicina, nutrición, psicología, psiquiatría, psicoanálisis, sociología y antropología (Quintero et al., 2020).

La investigación realizada en las últimas décadas resalta la importancia de tratar el problema con un enfoque multidisciplinario. Wadden y Stunkard (2004 cit. en Meza P. & Moral, J. 2011) advierten que la herencia, como factor de la obesidad, solo representa el 33% y que, por tanto, el 66% de la variabilidad de la misma se debe a otro tipo de factores, por lo que el desarrollo y prevalencia de la obesidad está bajo la intervención de diferentes factores que pueden ser genéticos, ambientales, culturales, así como de personalidad y

conductuales (Ali & Lindström, 2006; Moral, 2002; National Institutes of Health, 1998; Van der Merwe, 2007 como se cit. en Meza P. & Moral, J. 2011).

Justamente dentro de las acciones sugeridas por la OMS para disminuir el impacto de esta enfermedad está el disminuir peso corporal, a través de una mayor actividad física para incrementar el gasto energético, la adherencia a una dieta equilibrada que implique un incremento en el consumo de verduras, frutas, agua simple, así como una disminución de comida rica en grasas, carbohidratos y sales (OPS, 2023).

Sin embargo, el problema es más complejo, va más allá de la reducción de la ingesta de los alimentos, donde resalta el aspecto psicológico el cual tiene una implicación importante para la propuesta de soluciones y alternativas para el tratamiento, pues el individuo debe ser visto de manera integral, incorporando al problema de la obesidad la relación con el medio ambiente desde la cultura, hábitos, creencias y emociones que el individuo ha incorporado y aprendido a lo largo de su vida (Rojas-Russell, 2009).

En particular, se ha identificado que aspectos como la autoeficacia, el balance decisional y la entrevista motivacional son un apoyo para la intervención, debido a que al incorporarlos permiten reforzar la capacidad de cambio en las etapas y procesos, facilitando con ello comportamientos saludables. Ante esta problemática, el modelo transteórico del cambio del comportamiento de James Prochaska y Carlo DiClemente es considerado como una herramienta necesaria para comprender un poco la problemática de la situación (Rojas-Russell, 2009).

Una de las implicaciones más importantes del MT es que, para que tenga éxito, cualquier intervención se debe centrar en promover un comportamiento saludable (o inhibir uno de riesgo) y debe atender los procesos psicológicos inherentes a cada etapa de cambio (Adams & White, 2003, cit. en Berra & Muñoz, 2018). Se estima que la movilidad entre las etapas de cambio obedece a modificaciones en factores o barreras características de cada

etapa de cambio (Flórez-Alarcón, 2007; Prochaska, Norcross, DiClemente, 1994, cit. en Berra & Muñoz, 2018).

El Modelo Transteórico es un marco conceptual de cambio conductual que ha resultado efectivo para programas de control de peso, ayudando a los individuos a identificar su disposición al cambio de conductas como el aumento del consumo de alimentos saludables y la actividad física, lo cual finalmente impacta en una disminución de peso (Greene et al., 2013; Lipschitz et al., 2015; Spencer, Wharton, Moyle, & Adams, 2007, como se cita en Berra R. & Muñoz M. 2018). Por lo cual se considera como parte importante de la presente investigación.

Además, se destaca la importancia de investigar las causas psicológicas subyacentes a la obesidad para diseñar intervenciones más efectivas. La alta prevalencia de la obesidad, sus consecuencias negativas para la salud, el impacto de los factores psicológicos en su desarrollo y mantenimiento, y la necesidad de un enfoque integral en su tratamiento respaldan la relevancia de esta investigación (APA, 2021; Rivera et al., 2018). Al desarrollar conocimiento y evidencia local en el contexto mexicano, esta investigación contribuirá a la implementación de estrategias más efectivas para combatir la obesidad y mejorar la salud de la población (Rivera et al. 2018).

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre los factores psicológicos presentes en mujeres con sobrepeso u obesidad y el estadio del modelo transteórico en que se encuentran?

Objetivos de la Investigación

Objetivo general

- Analizar la relación de los factores psicológicos presentes en mujeres mexicanas de 30 a 45 años con problemas de peso corporal y los estadios del modelo Transteórico.

Objetivos específicos

- Analizar las creencias relacionadas con los estadios del modelo Transteórico
- Analizar la relación existente entre la autoeficacia respecto del cambio de hábitos y los estadios del modelo Transteórico
- Analizar la relación entre las emociones en torno a la comida y los estadios del modelo Transteórico

Hipótesis Derivadas del Planteamiento del Problema

Objetivo General

Ho=Los factores psicológicos presentes en mujeres de 30 a 45 años tienen relación con los estadios del modelo transteórico.

H1 =Los factores psicológicos presentes en mujeres de 30 a 45 años no tienen relación con los estadios del modelo transteórico.

Objetivo Específico 1

Ho=Las creencias sobre alimentación y actividad física presentes en mujeres de 30 a 45 años tienen relación con los estadios del modelo transteórico.

H1 =Las creencias sobre alimentación y actividad física presentes en mujeres de 30 a 45 años no tienen relación con los estadios del modelo transteórico.

Objetivo Específico 2

Ho= La autoeficacia respecto del cambio de hábitos presente en mujeres de 30 a 45 años tiene relación con los estadios del modelo transteórico.

H1 = La autoeficacia respecto del cambio de hábitos presente en mujeres de 30 a 45 años no tiene relación con los estadios del modelo transteórico.

Objetivo Específico 3

Ho= Las emociones en torno a la comida presentes en mujeres de 30 a 45 años tienen relación con los estadios del modelo transteórico.

H1 = Las emociones en torno a la comida presentes en mujeres de 30 a 45 años no tiene relación con los estadios del modelo transteórico.

Método y Procedimiento

A continuación, se describe el método utilizado para la realización del presente trabajo, describiendo las características de la población y la muestra a la que se dirigió el estudio, los instrumentos seleccionados con sus características, las consideraciones éticas tomadas en cuenta y la forma en que se llevó a cabo la recogida de datos y aplicación de los instrumentos.

Método utilizado

El presente estudio es de tipo no experimental de corte transversal y correlacional. La muestra consistió en mujeres mexicanas de entre 30 y 45 años que se auto percibieron con problemas de peso corporal. Se establecieron criterios de exclusión que incluyeron no padecer trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia, síndrome del atracón) y no encontrarse en proceso de menopausia. Estos criterios se establecieron debido a la necesidad de analizar situaciones específicas que implican procesos emocionales y físicos particulares

Se utilizó un método de muestreo no probabilístico, específicamente la selección de participantes voluntarias o autoseleccionadas mediante el método de bola de nieve (Hernández G. 2021).

Los instrumentos utilizados se seleccionaron en función de las variables de estudio, que incluyeron creencias sobre alimentación y actividad física, emociones en torno a la comida, autoeficacia para el cambio de hábitos y los estadios del modelo transteórico. Se utilizaron la Escala de Creencias de conductas preventivas (Escobedo et al., 2022), la Escala de Alimentación Emocional (Rojas y García, 2017) y los Instrumentos para evaluar el cambio de hábitos relacionados con el control de peso (Villalobos et al., 2012). Además, se incorporaron algunas preguntas de la encuesta ENSANUT (Secretaría de Salud, 2021) de la sección I dedicada al sobrepeso y obesidad. (Anexo 1)

La Escala de Creencias de conductas preventivas fue diseñada y validada en población de adolescentes mexicanos por Escobedo et al. (2012). Consta de 16 reactivos y utiliza una escala tipo Likert para medir las creencias sobre la conducta alimentaria y la actividad física. El instrumento presenta una consistencia interna con un valor de alfa de 0.98.

La Escala de Alimentación Emocional fue elaborada y validada por Rojas y Ramírez (2017) en población adulta de la Ciudad de México. Consta de 36 reactivos tipo Likert y evalúa cinco factores: emoción, familia, impulsividad, cultura y efecto del alimento. El instrumento muestra coeficientes de consistencia interna adecuados

Los instrumentos utilizados para evaluar el cambio de hábitos relacionados con el control de peso fueron diseñados como parte de una tesis de maestría en el Instituto Nacional de Salud Pública, México por Villalobos et al. (2012). Identifica las etapas de cambio del modelo transteórico y la autoeficacia para cuatro recomendaciones para el control de peso redactadas de manera clara, precisa y sin ambigüedades: “consume 2 porciones de frutas al día y 3 o más porciones de verduras al día”, “consume 3 o más porciones de lácteos bajos en grasa al día”, “realice ejercicio aeróbico 4 o más veces por semana” y “tome solo agua pura o bebidas sin calorías”. El instrumento para medir las etapas de cambio consta de 16 reactivos con respuestas sí o no que identifica el estadio del MT en que se encuentra la persona con respecto de cada una de las cuatro recomendaciones analizadas. Por otra parte, el instrumento de autoeficacia mide la autoeficacia para llevar una alimentación saludable y para realizar ejercicio físico regularmente. El instrumento consta de 17 reactivos tipo Likert. Los instrumentos fueron diseñados para su uso en población mexicana de zonas urbanas, entre 18 y 60 años. De acuerdo a los nutriólogos entrevistados, los instrumentos son pertinentes para esta población y la redacción es clara y precisa.

Consideraciones éticas

La presente investigación busca mejorar el conocimiento sobre el problema de sobrepeso, para la mejora de la salud de las mujeres mexicanas. La aplicación es metodológicamente sensata. Los participantes fueron seleccionados en forma justa y equitativa sin prejuicios personales o preferencias.

Dentro de los principios de ética y aspectos legales de la presente investigación, toda la información se obtuvo con el debido consentimiento informado de los participantes y se dio la libertad de interrumpir su participación sin ninguna consecuencia sobre ello. Los datos obtenidos con la investigación se utilizaron únicamente para su análisis, no se solicitó ningún dato que comprometa el anonimato, respetando a las personas que brindaron la información.

Se proporcionaron datos de las investigadoras por dudas, comentarios o si necesitaran alguna orientación. En caso de ser solicitado, tenemos el compromiso y la obligación de informar a las personas participantes de la investigación los resultados disponibles en forma clara, apropiada y comprensible.

Las autoras declaramos que no existe conflicto de intereses.

Procedimiento para recolección de información y aplicaciones

Los cuestionarios aplicados son de tipo autoadministrados, cuya divulgación se realizó vía redes sociales (whatsapp y facebook) mediante la plataforma Google Forms, con la finalidad de obtener participación voluntaria por parte de grupos de mujeres interesadas en participar en la investigación y que cumplieran con los criterios establecidos.

Se incluyó el consentimiento informado donde se dan a conocer los nombres de las estudiantes que realizan la investigación, de la directora del proyecto, la institución y los criterios de inclusión. Se especifica que la participación es voluntaria, que la duración aproximada es de 15 a 20 minutos y que los datos proporcionados por la participante serán tratados confidencialmente y serán usados con estrictos fines estadísticos, académicos y

de investigación. Su redacción completa está incluida en el Anexo 1.

Participantes

Se trabajó con una prueba no probabilística de 151 mujeres adultas de 30 a 45 años, ($X=37.56$, $DE=4.37$) y, de acuerdo con los datos de peso /estatura proporcionados y con la clasificación de la OMS (2021) del IMC (kg/m^2) en la muestra de participantes se encontró que el 55.63% presenta sobrepeso, 31.13% presenta obesidad y 13.25% presenta un peso normal.

Dentro de la población encuestada las enfermedades que con mayor incidencia se presentaron según aprecia en la tabla 4 son Hipotiroidismo 7.94%; 4.64% Ovario poliquístico; 3.31% Diabetes y 3.31% Hipertensión, las cuales son enfermedades relacionadas con los problemas de obesidad y sobrepeso. La muestra fue extraída de población abierta a través de las redes sociales como Facebook, Instagram, WhatsApp y plazas comerciales. Las características socio demográficas se resumen a continuación (tabla 4).

Tabla 4.

Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categoría	f	%
Sexo	Mujer	151	100
Escolaridad	Bachillerato Incompleto	5	3.3
	Bachillerato Completo	15	9.9
	Estudios Comerciales	2	1.3
	Estudios Universitarios Incompletos	42	27.8
	Estudios Universitarios Completos	60	39.7
	Estudios de posgrado	25	16.6
Ocupación	Empleada	60	45.7
	Ama de casa	33	21.9
	Trabajadora Independiente	23	15.2
	Estudiante	16	10.6
	Ama de Casa y Estudiante	4	2.6
	Empleada, Estudiante y Cuidado del Hogar	3	2.0
	Empleada y Estudiante	2	1.3
	Trabajadora Independiente, Estudiante y Cuidado del Hogar	1	0.7

Variable	Categoría	f	%
Ingreso Mensual	Entre \$5,000 y \$6,000	47	31.1
	Entre \$6,001 y \$7,000	13	8.6
	Entre \$7,001 y \$8,000	0	0
	Entre \$8,001 y \$9,000	15	9.9
	Entre \$9,001 y \$10,000	19	12.6
	Mas de \$10,000	57	37.7
Otras Enfermedades	Hipotiroidismo	9	6.0
	Hipotiroidismo, , Schwannoma vestibular derecho	1	0.7
	Hipotiroidismo e hipertensión	1	0.7
	Hipotiroidismo y Adenoma hipofisiario	1	0.7
	Hipertensión	2	1.3
	Hipertensión y Diabetes	1	0.7
	Hipertensión y Prediabetes	2	1.3
	Endometriosis	2	1.3
	Cistitis Intersticial	1	0.7
	Osteoporosis	1	0.7
	Prediabetes	1	0.7
	Gastritis Biliar	1	0.7
	Diabetes	5	3.3
	Asma	1	0.7
	Ovario Poliquístico	7	4.7
	Artritis	1	0.7
	Depresión Clínica	1	0.7
	Dolor neuropático, migraña y síndrome del colon irritado	1	0.7
	Espondilitis Anquilosante	1	0.7
	Indicios de Hígado Graso	1	0.7
Insuficiencia venosa profunda	1	0.7	

Resultados

Considerando el total de participantes, se encontró que el 62.91% han sido diagnosticadas con obesidad alguna vez en su vida y el 37.08% (56 personas) restante, nunca ha sido diagnosticado con obesidad. Al respecto, se observa que del 37.08% (56 personas) que nunca ha sido diagnosticada con obesidad, el 12.5%(7 personas) consideran su peso normal y el 48.21% (27 personas) consideran su peso mayor al saludable.

Por otra parte, resalta que del 13.25% de participantes (20 personas) que presentan normopeso, el 55% (11 personas) alguna vez han sido diagnosticadas con sobrepeso y el 45% restante no ha tenido diagnóstico; sin embargo el 50% (10 personas) considera su peso mayor al saludable a pesar de tener un peso normal, el 40% considera su peso como saludable actualmente aunque alguna vez recibieron diagnóstico de obesidad y el 10% (2 personas) alguna vez fue diagnosticada con obesidad y consideran que su peso actual es menor al saludable.

En cuanto a los estadios del modelo transteórico respecto del consumo de verduras, consumo de agua, consumo de lácteos y actividad física, se observa que el hábito que cuenta con mayor número de participantes en la fase de mantenimiento es el consumo de agua (51%), seguido del consumo de verduras (47%). En cuanto al consumo de lácteos, la mayor parte de las participantes se encuentra en el estadio de Precontemplación (43.7%) y en cuanto a la actividad física el 34.4% se encuentra en el estadio de Acción (tabla 5).

Tabla 5.

Estadios del modelo transteórico con respecto de los cuatro hábitos analizados

	Consumo de Verduras	Consumo de Agua	Consumo de Lácteos	Actividad Física
Precontemplación	6.0%	0.7%	43.7%	11.3%
Contemplación	4.0%	0.7%	9.3%	9.3%
Preparación	19.2%	13.9%	13.2%	19.9%
Acción	23.8%	33.8%	16.6%	34.4%

	Consumo de Verduras	Consumo de Agua	Consumo de Lácteos	Actividad Física
Mantenimiento	47.0%	51.0%	17.2%	25.2%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. N=151

En la tabla 5 se identifica que las participantes tienen mayor facilidad para adoptar y mantener los cambios logrados con respecto del consumo de verduras y el consumo de agua, mientras que presentan una mayor resistencia dado que no hay intención de cambiar el hábito de consumo de lácteos bajos en grasa. Es interesante observar elevados porcentajes en cuanto al mantenimiento de hábitos saludables, considerando que las participantes tienen la percepción de presentar problemas con su peso corporal y que más del 80% presenta sobrepeso u obesidad. Por lo que se realiza un análisis de correlación entre los estadios de los cuatro hábitos considerados en el análisis, donde únicamente se identifica una correlación entre el consumo de agua y el consumo de verduras (0.186), lo que indica que las participantes pueden encontrarse en estadios diversos con respecto de los cuatro hábitos analizados. Los valores calculados se presentan en la tabla 6.

Tabla 6.

Correlación entre los estadios del modelo transteórico en los cuatro hábitos analizados

	EMT Consumo de Verduras	EMT Consumo de Agua	EMT Consumo de Lácteos	EMT Actividad Física
EMT Consumo de Verduras	-	0.186*	-0.09	0.015
EMT Consumo de Agua	0.186*	-	-0.054	0.112
EMT Consumo de Lácteos	-0.09	-0.054	-	-0.013
EMT Actividad Física	0.015	0.112	-0.013	-

Nota. EMT = Estadio del Modelo Transteórico. N=151. Rho de Spearman. $p=0.05^*$

Se realizó el análisis descriptivo de los resultados de las escalas aplicadas y el IMC, encontrando que existe una tendencia a puntajes altos en las creencias sobre actividad física y alimentación. En el resto de las variables, los resultados tienden a valores medios,

como se observa en la tabla 7.

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos del IMC y de las escalas de creencias de conductas preventivas, autoeficacia y escala de alimentación emocional

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
IMC	19.228	48.828	29.090	4.745
Creencias sobre actividad física	7.000	42.000	38.212	4.320
Creencias sobre alimentación	9.000	54.000	48.940	5.250
Autoeficacia actividad física	5.000	20.000	10.245	3.329
Autoeficacia consumo de verduras	9.000	24.000	17.609	3.972
Autoeficacia consumo de lácteos	6.000	24.000	14.291	5.006
EAE Indiferencia	4.000	24.000	15.722	4.301
EAE Cultura	3.000	18.000	12.126	4.416
EAE Efecto del Alimento	3.000	18.000	13.649	3.154
EAE Emoción	20.000	100.000	57.232	21.180
EAE Familia	11.000	36.000	26.781	5.099

Nota. N=151

Pruebas de Hipótesis

El objetivo de la investigación es identificar la relación entre los factores psicológicos presentes en mujeres de 30 a 45 años con percepción de problemas con su peso y los estadios del modelo transteórico. En este análisis se involucra una variable de tipo ordinal, que sitúan a las participantes en uno de cinco estadios posibles, con las puntuaciones obtenidas en las escalas aplicadas, por lo que se realiza la prueba de correlación de Spearman entre las variables, que es del tipo no paramétrico.

Al analizar la relación entre la puntuación obtenida por las participantes en la escala de creencias de conductas preventivas y los estadios del modelo transteórico, encontramos que no existe correlación entre las creencias sobre alimentación y el estadio en que se encuentran las participantes con respecto del consumo de verduras y de lácteos bajos en grasa. Por otra parte, se encontraron coeficientes de correlación débiles entre las creencias sobre actividad física y el estadio correspondiente (0.176) y entre las creencias sobre

alimentación y el estadio con respecto del consumo de agua (0.217), como se observa en la tabla 8.

Tabla 8.

Correlación del Estadio del Modelo Transteórico y las creencias de conductas preventivas

	Creencias sobre alimentación	Creencias sobre actividad física
EMT Consumo de Verduras	0.095	NA
EMT Consumo de Lácteos	0.091	NA
EMT Consumo de Agua	0.217**	NA
EMT Actividad Física	NA	0.176*

Nota. EMT = Estadio del Modelo Transteórico. N=151. Rho de Spearman. $p=0.05^*$, $p=0.01^{**}$

Otro aspecto de interés sobre la relación entre las variables es el de la autoeficacia percibida por las participantes con respecto del cambio de hábitos en cuanto a tres actividades: actividad física, consumo de lácteos bajos en grasa y consumo de frutas y verduras. Al respecto, se encontraron correlaciones positivas débiles entre la autoeficacia y el estadio de cambio de actividad física y consumo de lácteos de 0.319 y de 0.343 respectivamente y una correlación positiva media de 0.49 entre el estadio del consumo de verduras y la autoeficacia hacia esta actividad como se muestra en la tabla 9.

Tabla 9.

Correlación del Estadio del Modelo Transteórico y la autoeficacia hacia el cambio de hábitos

	Autoeficacia consumo de verduras	Autoeficacia consumo de lácteos	Autoeficacia actividad física
EMT Consumo de Verduras	0.490**	NA	NA
EMT Consumo de Lácteos	NA	0.343**	NA
EMT Actividad Física	NA	NA	0.319**

Nota. EMT = Estadio del Modelo Transteórico. N=151. Rho de Spearman. $p=0.05^*$, $p=0.01^{**}$

Finalmente, se analiza la relación entre los resultados de la escala de alimentación emocional y los estadios del modelo transteórico en los que se encuentran las participantes con respecto de los hábitos relacionados con la alimentación (consumo de verduras,

consumo de agua y consumo de lácteos), se encontraron correlaciones bajas negativas entre el EMT del consumo de verduras y la subescala Emoción (-0.231) y con la subescala de Indiferencia (-0.301); en el EMT del consumo de agua se encontró correlación negativa con la subescala emoción (-0.221) y la subescala indiferencia (-0.164); y en el EMT del consumo de lácteos se encontraron correlaciones positivas bajas con la subescala emoción (0.165) y familia (0.16); sin embargo estas se descartan del análisis debido a que las aseveraciones no guardan un comportamiento lógico, ya que indicarían que mientras más alta sea la puntuación con respecto del manejo de emociones con respecto de la comida y de la demostración de afecto mediante la comida, mayor sería el avance en los estadios del MT. Los resultados se presentan en la tabla 10.

Tabla 10.

Correlación del Estadio del Modelo Transteórico y la escala de alimentación emocional

	EAE Emoción	EAE Familia	EAE Indiferencia	EAE Cultura	EAE Efecto del Alimento
EMT Consumo de Verduras	-0.231**	-0.054	-0.301**	-0.072	-0.159
EMT Consumo de Agua	-0.221**	-0.061	-0.164*	-0.032	-0.066
EMT Consumo de Lácteos	0.165*	0.160*	-0.012	0.026	0.087

Nota. EMT = Estadio del Modelo Transteórico. EAE = Escala de Alimentación Emocional.

N=151. Rho de Spearman. $p=0.05^*$, $p=0.01^{**}$

De forma análoga se realizó el análisis de correlación del IMC de las participantes con el estadio del modelo transteórico con el cual no se encontró ninguna relación, como se presenta en la tabla 11. El IMC no cumple con el requisito de normalidad, por lo que se utilizaron estadísticos no paramétricos (Rho de Spearman).

Tabla 11.

Correlación del Estadio del Modelo Transteórico y el IMC

	IMC
EMT Consumo de Verduras	-0.159
EMT Consumo de Agua	0.004
EMT Consumo de Lácteos	-0.110
EMT Actividad Física	0.150

Nota. EMT = Estadio del Modelo Transteórico. N=151. Rho de Spearman. $p=0.05^*$, $p=0.01^{**}$

También se analizaron las correlaciones del IMC con las distintas variables del estudio: creencias de alimentación y actividad física; autoeficacia hacia la actividad física, consumo de verduras, consumo de agua y consumo de lácteos; y la alimentación emocional con sus subescalas (emoción, familia, indiferencia, cultura y efecto del alimento). Solo se encontró correlación entre el IMC y las variables autoeficacia hacia el consumo de verduras (-0.234); y con la escala de alimentación emocional en sus subescalas indiferencia (0.322) y emoción (0.224), como se presenta en la tabla 12.

Tabla 12.

Correlación del IMC y las escalas de creencias de conductas preventivas, la autoeficacia y la escala de alimentación emocional

	IMC
Creencias sobre alimentación	-0.065
Creencias sobre actividad física	-0.010
Autoeficacia consumo de verduras	-0.234**
Autoeficacia consumo de lácteos	-0.012
Autoeficacia actividad física	-0.150
EAE Emoción	0.224**
EAE Familia	-0.028
EAE Indiferencia	0.322**
EAE Cultura	0.038
EAE Efecto del Alimento	-0.047

Nota. EMT = Estadio del Modelo Transteórico. EAE = Escala de Alimentación Emocional.

N=151. Rho de Spearman. $p=0.05^*$, $p=0.01^{**}$

Discusión

Uno de los objetivos del presente trabajo, es identificar la relación entre las creencias sobre alimentación y actividad física de las participantes, con el estadio del MT en que se encuentran con respecto del cambio de hábitos alimenticios (consumo de verduras, agua y lácteos) y de la realización de actividad física respectivamente. Se encontró que no existe correlación entre las creencias sobre alimentación y el estadio del MT en que se encuentran en referencia al consumo de verduras y el consumo de lácteos, es decir que a pesar de que las participantes presentaron puntajes altos en las creencias sobre alimentación, esto no significa que estén avanzando en el cambio de hábitos.

Según Schnel (2014), las intervenciones basadas en conocimientos científicos no siempre generan cambios de conducta de manera rápida. Este autor ejemplifica esto con el uso de la asepsia quirúrgica, que tardó en implementarse a pesar de su importancia reportada en la revista Lancet (1893, cit. en Schnel 2014) mientras que el uso de la anestesia se generalizó rápidamente. La inmediatez del efecto de las creencias juega un papel importante en su adopción y puesta en práctica; ya que el efecto de la anestesia es inmediato y se asocia directamente al acto quirúrgico; mientras que la asepsia, que evita un grave problema, puede no asociarse al acto médico, porque la contaminación se hace evidentes días después de la intervención. En el campo de la nutrición, los efectos de una dieta saludable no se observan de manera directa y rápida, lo que puede explicar por qué las participantes, a pesar de tener creencias positivas sobre la alimentación, no necesariamente cambian sus hábitos.

Esta reflexión implica que las modificaciones de conducta que se sugieren pueden resolver problemas grandes e importantes, pero si estos problemas son invisibles para la población el cambio de conducta se tarda en aparecer. En nutrición - el efecto de la dieta «sana» - no se observa directa y rápidamente, por lo cual los participantes de la encuesta a pesar de que tienen puntajes altos en la creencia sobre la alimentación no significan que

hagan o estén realizando un cambio de hábito benéfico para su salud (Schnell, 2014). Existe una gran diferencia entre inculcar los conocimientos para el cambio y crear un motivo para el mismo y consecuentemente, el primer requisito para la transformación es el motivo el porqué, es decir, algo que la propia gente desea (OPS, 1963).

Orellana, Sepúlveda y Denegri (2013), señalan que la preferencia por ciertos alimentos se ve más definida por características subjetivas aprendidas socialmente y transformadas en prácticas de consumo arraigadas, que a la información que se tenga sobre el valor nutricional de ellos, por más sólida que esta sea. De esta manera, la combinación de estos factores puede permitir la identificación de situaciones que estén favoreciendo malos hábitos alimenticios y al mismo tiempo que permitirá la planificación de una intervención más efectiva que tenga en cuenta no solo aspectos conductuales, sino también valoraciones subjetivas sobre sus cualidades nutritivas (que muchas veces son erróneas), así como aspectos que permitan regular emocionalmente los hábitos.

Por otra parte, se encontró una correlación débil entre las creencias sobre actividad física y el estadio del MT, lo que significa que en algunos casos una mayor puntuación en las creencias sobre actividad física, estuvo relacionada de manera positiva con los estadios del MT, que indican que a mayor puntaje en las creencias sobre actividad se tendría también un estadio más avanzado con respecto del cambio de hábitos sobre la realización de actividad física (hacia las fases de acción y mantenimiento).

Cerpa et al. (2019) realizaron un estudio sobre los hábitos y creencias de la práctica de actividad física y deporte en Chile en población mayor de 15 años, donde encontraron que a pesar de que un alto porcentaje de personas valoran el deporte como algo muy importante en sus vidas, esta creencia no se ve reflejada en el índice de practicantes. Este hallazgo resulta contrario, sin embargo, es importante tomar en cuenta que la mera percepción individual no determina el comportamiento, las personas pueden tener la creencia de que la acción a tomar produce beneficios para la salud, pero lo que no tienen

es la percepción de ser vulnerables a ese problema y por ende posponen el costo que supone una acción preventiva. Como lo planteó Bandura (1986, cit. en Arrivillaga & Salazar, 2006), ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento o una acción protectora para la salud, en su investigación se evidencia un tipo de razonamiento que no incluye la evaluación de consecuencias a largo plazo.

De manera similar, se encontró una correlación débil entre las creencias sobre alimentación, donde se incluyó una pregunta específica sobre consumo de bebidas azucaradas, y el estadio de consumo de agua, lo que indica que en algunos casos el tener la creencia de que “tomar bebidas azucaradas afecta la salud” si está relacionada con los estadios del MT con respecto del consumo de agua.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) destaca la importancia de abordar el consumo de bebidas azucaradas y promover el consumo de agua. En respuesta a esto, México implementó un impuesto especial a las bebidas azucaradas en 2014, junto con políticas de etiquetado frontal de advertencia. Además, se han llevado a cabo campañas para promover el consumo de agua. Según un análisis longitudinal de cohorte abierto realizado por Sánchez-Romero et al. (2020), el impuesto resultó en una disminución del 12% en el consumo de estas bebidas en el primer año de su implementación. Estas medidas han tenido un impacto positivo en la reducción del consumo de bebidas azucaradas y la promoción de opciones más saludables.

Tal como lo menciona Espinosa-Montero et al. (2013) en su estudio acerca del conocimiento sobre el consumo de agua simple en adultos de nivel socioeconómico bajo de la ciudad de Cuernavaca, México, donde participaron hombres y mujeres entre 21 y 59 años. Encontraron que los participantes construyen con base a la experiencia personal y en las nociones sobre el efecto de ambos en el cuerpo y en la mente, el concepto sobre el agua y el refresco, y estas representaciones influyen en la valoración de la ingesta de líquidos y, pueden constituirse como barreras para el consumo de agua simple o impulso

para consumirla. Donde la ingesta de agua simple es función de lo que “el cuerpo necesite”, considerando que tanto el agua simple como el refresco “pueden ser dañinos” si se beben en exceso.

La ingesta de agua está en relación con el conocimiento cotidiano, que se genera a través de juicios y creencias acerca de costumbres y hábitos que se tiene sobre el agua, donde el consumo regulado es de acuerdo a los beneficios y necesidades del cuerpo, que se ve influenciado por la dimensión familiar, la actividad física y el entorno social (Espinosa-Montero et al., 2013). Por lo que es posible que las participantes en el estudio se encuentren influidas con las creencias sobre la protección a la salud con el consumo de agua simple por lo que esta creencia se relaciona con los estadios de cambio del MT hacia la fase de mantenimiento, reflejado en el alto porcentaje de participantes que se encuentra en este estadio.

Otro de los objetivos del presente trabajo, es acerca de revisar la relación entre la autoeficacia percibida por las participantes con respecto de la realización de actividad física, el consumo de lácteos bajos en grasa y el consumo de verduras. Sobre este aspecto, fue interesante identificar que sí se encontró correlación entre ambas variables, donde a mayor autoeficacia percibida, se tenía un mayor avance en cuanto a los estadios del MT. Particularmente con una correlación media con el consumo de verduras y baja con el consumo de lácteos y la actividad física. Por lo que esta es una variable importante de considerar al trabajar con el cambio de hábitos. Tal como lo señala la investigación realizada por Enríquez-Reyna et al. (2016) en Nuevo León, México, con una muestra de 203 mujeres mayores de 60 años, donde las participantes con un nivel de actividad física aceptable percibieron mayor autoeficacia para el ejercicio; confirmando la autoeficacia como elemento clave para la ejecución de la conducta de la salud que representa la actividad física. De acuerdo con León et al. (2022), la autoeficacia es considerada un factor importante en el mantenimiento de la salud debido a que contribuye a la mejora de hábitos e influye

directamente en la percepción de bienestar y la actitud positiva ante el cambio de conductas saludables para el control del peso (actividad física y alimentación saludable), encontrando en su investigación con adolescentes de la Ciudad México que la autoeficacia puede ser predicha por dos factores: los auto-atributos positivos y los afectos positivos. Señalando que los afectos positivos se refieren a las emociones placenteras manifestadas como motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito (Moral, 2011).

Existe una discordancia entre lo que la gente piensa que es su prioridad y lo que demuestran sus acciones. La acción para realizar la actividad física se ve influenciada por la autoeficacia. Dentro del modelo Transteórico la Autoeficacia es un predictor de éxito en el cambio, pero la autoeficacia no está sola, esta se ve modificada dependiendo la importancia o el valor que tiene para la persona el ejercicio. La autoeficacia más el valor o la importancia de la actividad física sirven como mediadoras del comportamiento de ejercicio previo en el comportamiento de ejercicio futuro.

Finalmente, dentro de los objetivos de la investigación, se analizó la relación entre la alimentación emocional y los estadios del modelo transteórico, donde se encontró que a menor puntuación en la subescala emoción, la cual evalúa la regulación que hace la persona de la intensidad o duración de experiencias emocionales con la comida, se tiene un mayor avance en los estadios del MT con respecto del consumo de verduras y de agua; y de forma similar a menor puntuación en la escala indiferencia, que evalúa la falta de interés por el contenido nutricional y la pasividad en el cuidado de la alimentación, también se tiene un mayor avance en los estadios del MT con respecto del consumo de verduras y de agua.

A este respecto, Rodríguez (2017), plantea que la ingesta de los alimentos son un componente de placer, un estado o sentimiento de satisfacción o felicidad resultante de una experiencia que hace disfrutar. Dicho mecanismo sería adaptativo para el organismo en

cuanto a que promueve conductas que son potencialmente beneficiosas para su salud física y psicológica. Sin embargo, este mismo mecanismo, cuando se producen circunstancias adversas, sean genéticas o ambientales, puede provocar conductas negativas o no favorables para la salud. Ante la sensación de hambre, la simple ingesta de una comida puede alterar el humor y las emociones, reduciendo el nivel de activación y la irritabilidad, al tiempo que incrementa la calma y el afecto positivo. No obstante, para que surta efecto, la cantidad y composición de los alimentos ha de estar cerca de los hábitos de la persona.

En resumen, como mencionan Berra y Muñoz (2018), la relación entre la alimentación emocional y los estadios del modelo transteórico se basa en cómo las personas que experimentan alimentación emocional pueden avanzar a través de las etapas de cambio de comportamiento. A medida que aumenta la conciencia y la motivación para cambiar, y se implementan estrategias efectivas de regulación emocional, las personas pueden progresar hacia etapas más avanzadas del modelo, lo que les permite superar la alimentación emocional y adoptar patrones de alimentación más saludables.

También es interesante resaltar que no se encontró correlación entre el IMC de las participantes y el MT, es decir que su estado actual en cuanto a la clasificación de su peso no tiene relación con el estadio del MT con respecto al cambio de hábitos en que se encuentren, por lo que el tener un mayor o menor valor en el IMC no influye en su avance al cambio en los estadios del MT.

Destacando que la relación entre el IMC y el modelo transteórico puede ser compleja y variar en cada individuo. No todas las personas con un IMC alto necesariamente se encuentran en las primeras etapas del modelo transteórico (precontemplación y contemplación), y no todas las personas en etapas posteriores (acción y mantenimiento) del modelo necesariamente tienen un IMC bajo. Además, otros factores pueden influir en el cambio de comportamiento y el peso corporal, como la motivación, el apoyo social, los factores ambientales y la genética.

Por otra parte, una menor puntuación en la autoeficacia hacia el consumo de verduras tuvo una correlación negativa débil con respecto al IMC, es decir que una baja capacidad de cumplimiento del consumo de verduras está relacionada con mayor valor de IMC.

También se encontró una correlación positiva baja entre el IMC y la regulación de experiencias emocionales mediante la comida, es decir que a mayor puntuación en el uso de la comida como regulador emocional se presenta un mayor IMC en las participantes. De forma similar se encontró esta correlación entre el IMC y la falta de interés por el contenido nutricional, donde a mayor puntuación en la falta de interés, se tiene un valor más alto en el IMC.

De los hallazgos encontrados, concluimos que las creencias sobre la alimentación y la salud no tienen una clara influencia en la puesta en marcha del cambio de hábitos de las participantes, como si lo tiene en algunos casos, la autoeficacia percibida hacia la realización del cambio de hábitos de las participantes. Otro aspecto importante de tomar en cuenta sobre los procesos de cambio es la regulación emocional mediante la comida y la indiferencia hacia el contenido nutricional, que puede estar relacionado con una mayor dificultad hacia el avance en los estadios del MT.

Entre las limitaciones del presente estudio, se encuentra el tamaño de la muestra, que al ser limitado a las participantes voluntarias que se pudieron captar en redes sociales, no permitió identificar de manera más contundente las correlaciones entre las variables, encontrando en su mayor parte, correlaciones bajas. Además, el muestreo realizado fue no probabilístico, lo que impide realizar inferencias a nivel poblacional, para lo cual se requerirían estudios donde el muestreo sea probabilístico. Otra limitante fue la aplicación en línea, ya que en caso de que las participantes hayan tenido alguna duda al momento de contestar la encuesta, no fue posible esclarecerla al momento de la aplicación.

Para futuras investigaciones, a partir de los hallazgos, se puede profundizar más en otras variables que tengan relación con el proceso de cambio, como puede ser la motivación, los intentos previos para bajar de peso realizados por las participantes y las creencias sobre la importancia de contar con atención médica especializada (nutriólogo, endocrinólogo, bariatra, etc.). También se podría establecer una comparación entre un grupo de participantes con peso normal y sin percepción de problemas con su peso corporal, para identificar factores protectores o que facilitan mantener un peso en rango normal. Identificar razones por las cuales las creencias positivas sobre la alimentación, el ejercicio y la ingesta de agua las personas no se relacionan con la aplicación de las mismas.

Los resultados obtenidos mediante el presente estudio pueden ser utilizados para el desarrollo de intervenciones donde se ponga énfasis en el fortalecimiento de la autoeficacia percibida hacia el cambio de hábitos, así como orientarlas mediante la evaluación de la regulación emocional mediante la comida y de la indiferencia hacia el cuidado de la alimentación.

Finalmente, es importante reflexionar sobre las competencias adquiridas durante la formación profesional desde el planteamiento de un problema de investigación acorde a la problemática presente en la sociedad mexicana, mediante la aplicación de los conocimientos adquiridos sobre la teoría y los modelos llevados a la práctica; la elaboración del marco teórico y del estado del arte; la metodología de la investigación puesta en marcha en la elaboración del presente trabajo desde su planeación hasta su finalización; la aplicación de técnicas de análisis de información para la interpretación de los resultados; además de observar un actuar ético en el ejercicio de la investigación.

Referencias

- APA. (2021). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). American Psychological <https://www.apa.org/>
- Arrizabalaga, J.J., Calañas-Continente, A., Vidal, J., Masmiquel, L., Díaz-Fernández, M.J. García-Luna, P.P., Monereo, S., Moreira, J., Moreno, B., Ricart, W. y Cordido, F. (2003). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Sobrepeso y la Obesidad en Personas Adultas*. Endocrinología y Nutrición. Órgano de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.
- Arrivillaga Q., M. y Salazar T., I.C. (2006). Creencias Relacionadas con el Estilo de Vida de Jóvenes Latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13 (1), 19-36. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Arrivillaga_13-1oa.pdf
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 537-546. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000400007#:~:text=La%20obesidad%20se%20considera%20multifactorial,particularmente%20el%20trastorno%20por%20atracones.
- Berra R. y Muñoz M. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Rev. Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. 4 (2), 24-30. <https://cuved.unam.mx/rdipycs/wp-content/uploads/2018/12/7.-El-modelo-transte%C3%B3rico-aplicado-al-cambio-de-conductas-relacionadas-con-la-reducci%C3%B3n-del-peso-corporal.pdf>
- Boff M., Segalla D., Feoli, P., Gustavo S. y Oliveira S. (2018). El modelo transteórico para ayudar a los adolescentes obesos a cambiar su estilo de vida. *Rev Trends Psychol*,

Ribeirão Preto, 26(2), 1055-1067.

<https://www.scielo.br/j/tpsy/a/cBRScp96qbJ9vBqsQChrN8H/?lang=pt>

Cabrera A., G.A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018210>

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica [CANIFARMA] . (2023). Conmemoración del Día Mundial de la Obesidad 2023. [https://codigof.mx/conmemoracion-del-dia-mundial-de-la-obesidad-](https://codigof.mx/conmemoracion-del-dia-mundial-de-la-obesidad-2023/#:~:text=En%20nuestro%20país%2C%20el%20sobrepeso,UU)

[mundial-de-la-obesidad-](https://codigof.mx/conmemoracion-del-dia-mundial-de-la-obesidad-2023/#:~:text=En%20nuestro%20país%2C%20el%20sobrepeso,UU)

[2023/#:~:text=En%20nuestro%20país%2C%20el%20sobrepeso,UU](https://codigof.mx/conmemoracion-del-dia-mundial-de-la-obesidad-2023/#:~:text=En%20nuestro%20país%2C%20el%20sobrepeso,UU).

Carnero, E.A., Alvero-Cruz, J.R., Giráldez, M.A. y Sardinha, L.B. (2015). La evaluación de la composición corporal “in vivo”; parte I: perspectiva histórica. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1957-1967. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/08revision08.pdf>

Cerpa G., B., Oliva G., D. y Valladares F., P. (2019). *Hábitos y creencias de la práctica de actividad física y deporte en los sectores Higuera y Centro de la comuna de Talcahuano*. [Tesis de licenciatura] . Universidad Católica de la Santísima Concepción.

[http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/2694/TESIS%20Benjam%
%c3%adn%20Cerpa%2c%20Diego%20Oliva%2c%20Paula%20Valladares%20-
%20Pedagog%c3%ada%20en%20Educaci%c3%b3n%20F%c3%adsica.pdf?sequ
ence=1&isAllowed=y](http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/2694/TESIS%20Benjam%c3%adn%20Cerpa%2c%20Diego%20Oliva%2c%20Paula%20Valladares%20-%20Pedagog%c3%ada%20en%20Educaci%c3%b3n%20F%c3%adsica.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

De la Vega Morales, RI, & Cruz Hernández, L. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores asociados a la obesidad: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 28 (1), 85+.

[https://link.gale.com/apps/doc/A554040637/AONE?u=anon~75f2ecb9&sid=googleS
cholar&xid=81d05daa](https://link.gale.com/apps/doc/A554040637/AONE?u=anon~75f2ecb9&sid=googleScholar&xid=81d05daa)

- Díaz, J. (2001). El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de psicología*, 5, 21-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=208253>
- Enríquez-Reyna, M.C., Cruz-Castruita, R.M., Zamarripa, J., Ceballos-Gurrola, O. y Guevara-Valtier, C. (2016). Nivel de Actividad Física, Autoeficacia, Beneficios y Barreras Percibidas en Mujeres Mayores Mexicanas Independientes. *Hispanic Health Care International*, 14(1), 26-36. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1540415316629680>
- Escobedo H., P., Gaxiola R., J.C., García F., R. y Acosta Q., C.O. (2022). Diseño y validación de una escala Percepción de riesgo de obesidad y creencias sobre alimentación y actividad física en adolescentes de secundaria. *Revista de Psicología del Deporte/Journal of Sport Psychology*. 31 (2), 68-74. <https://rpd-online.com/index.php/rpd/article/download/705/277>
- Esparza V., O.A., Carrillo S., I.C., Quiñones S., J., Del Castillo A., A., Guzmán S., R.M., Ochoa A., S.G., Gurrola P., G.M., Balcázar N., P., Villarreal G., M.E., y Sánchez S., J.C. (2013). Cuestionario de ejercicio basado en el modelo transteórico de la conducta en una muestra mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 18(1), 124-141. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29228948009.pdf>
- Espinosa-Montero, J., Aguilar-Tamayo, M.F., Monterrubio-Flores, E.A., Barquera-Cervera, S. (2013). Conocimiento sobre el consumo de agua simple en adultos de nivel socioeconómico bajo de la ciudad de Cuernavaca, México. *Salud Pública de México*, 55(3), S423-S430. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s3/v55s3a9.pdf>
- Fernando, C. (2005). Fisiopatología de la obesidad. Capítulo 15 en Universidade da Coruña (Ed.), *Fisiología y fisiopatología de la nutrición. I curso de especialización en nutrición*. (pp. 189-199). Universidade da Coruña. <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11327/CC->

[77%20art%2015.pdf?sequence=1](#)

García C., I., Cruz G., Y., Martínez R., A. y Sánchez A., O. (2017). Promoción de la adherencia terapéutica de mujeres con obesidad mediante psicoeducación. *Psychologia*, 11 (1), 13-23. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v11n1/1900-2386-psych-11-01-00013.pdf>

González, J., (2013). Composición corporal: estudio y utilidad clínica. *Endocrinología y Nutrición*, 60, (2), 69-75. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-composicion-corporal-estudio-utilidad-clinica-S1575092212001532#:~:text=Estos%20autores%20dividieron%20el%20organismo,masa%20%C3%B3sea%2C%20agua%20y%20prote%C3%ADna.>

Hernández G. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es&tlng=es.

Heymsfield, Allison, Wang, Baumgartner y Ross. (1998). 2. Evaluation of Total and Regional Fat Distribution en G.A., Bray y C. Bouchard (Eds.) *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology*. (2 ed., pp. 41-79). Marcel Dekker, Inc.

Hill, J. y Wyatt, H. (2002). Outpatient management of obesity: a primary care perspective. *Obesity Research*, 10 (2), 124S-130S. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2002.205>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Prevalencia de Obesidad, Hipertensión y Diabetes para los Municipios de México 2018. Estimación para Áreas Pequeñas*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/pohd/2018/doc/a_peg_2018_not_a_met.pdf

- Leija A., G., Peláez H., V., Pérez C., E., Pablo S., R., Orea T., A., Domínguez T., B., González I., D., Pineda J., J.A., Herrera S., R., Sánchez S., R., Santellano J., B., Cintora M., C. y Contreras R., E. (2019). Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 10 (1), 85-94.
<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.451>
- León H, Del Ángel G., Rodríguez P., Gómez P.,Platas A. & Pineda G. (2022). *Efecto de un programa de autoeficacia en auto-atributos y afectos para el control de peso*. *Psicumex*, 12. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.410>
- Luna, Laca, y Cedillo. (2012). Toma de decisiones, estilos de comunicación en el conflicto y comunicación familiar en adolescentes bachilleres. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17 (2), 295-311. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29224159014>
- Meza, P. y Moral, J. (2011). Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Rev. Internacional Psicoanálisis on-line*. 37. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000686>
- Moral R., J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Ciencia ergo sum*, 18 (2), 117-125.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5035129.pdf>
- Moreno, G.M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Rev. Med. Clin. Condes*. 23(2), 124-128. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864012702882>
- Orellana, L.M., Sepúlveda, J.A. y Denegri, M. (2013). Significado psicológico de comer carne, vegetarianismo y alimentación saludable en estudiantes universitarios a partir de redes semánticas naturales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1),

15-22. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232013000100002&script=sci_abstract&tlng=pt

Organización Panamericana De La Salud [OPS] . (2014). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49139/obesity-plan-of-action-child_spa_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud [OPS] . (2023). *Prevención de la obesidad. Día Mundial de la Obesidad - 4 de marzo*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad#:~:text=D%C3%ADa%20Mundial%20de%20la%20Obesidad%20%2D%204%20de%20marzo&text=En%202023%2C%20la%20campa%C3%B1a%20tiene,actuar%20efectivamente%20de%20forma%20colectiva>.

Organización Panamericana De La Salud [OPS] . (1963). *La Malnutrición y los hábitos alimentarios. Informe de una Conferencia Internacional e Interprofesional*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1131/SP91.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (9 de junio 2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Procuraduría Federal del Consumidor. (2018). *Obesidad y sobrepeso. Menos kilos, más vida*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/obesidad-y-sobrepeso-menos-kilos-mas-vida>

Rivera, J. A., Colchero, M. A., Fuentes, M. L., González de Cosío, T., Aguilar-Salinas, C. A., Hernández-Ávila, M., & Barquera, S. (2018). *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*. Instituto Nacional de Salud Pública. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190213_LaObesidadenMexico.pdf

- Ruiz-Cota, P., Bacardí-Gascón, M., Jiménez-Cruz, A. (2019). Historia, tendencias y causas de la obesidad en México. *JONNPR*, 4(7), 737-45. <https://www.jonnpr.com/PDF/3054.pdf>
- Quintero, Y., Bastardo, G., Angarita, C., Rivas C., J.G, Suárez, C.I. y Uzcategue, A. (2020). El estudio de la obesidad desde diversas disciplinas. Múltiples enfoques una misma visión. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. 18 (3), 95-106. <https://www.redalyc.org/journal/3755/375566092002/html/>
- Rodríguez Romero, D. (2017). *Alimentación y Emociones. Una sinergia fundamental para nuestro bienestar. Proyecto Final del Postgrau en Educació Emocional i Benestar*. Universitat de Barcelona. Dipòsit Digital: <http://hdl.handle.net/2445/118538>.
- Rojas-Russell (2009). Factores Psicosociales Asociados a la Actividad Física en Adultos Jóvenes: Un estudio transversal. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 5 (2), 136-146. https://www.researchgate.net/publication/234076496_Factores_Psicosociales_Asociados_a_la_Actividad_Física_en_Adultos_Jovenes_Un_estudio_transversal_Psicosocial_Factors_Associated_to_the_Physical_Activity_in_Young_Adults_A_cross-sectional_study
- Rojas R., A.T. y García M., M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica RIDEP*. 45 (3), 85-95. <https://www.aidep.org/sites/default/files/2017-10/RIDEP45.3.07.pdf>
- Rondón B. y Reyes F. (2019). Introducción al modelo transteórico: rol del apoyo social y de variables sociodemográficas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22, (3). <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi193q.pdf>
- Sánchez, P.E. (2020). *Adiposopatía en el siglo XXI, más allá del peso ideal*. [Folleto]. Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo.

https://www.endocrino.org.co/sites/default/files/2022-09/Folleto_Obesidad.pdf#page=5

Sánchez-Romero, L.M., Canto-Osorio, F., González-Morales, R., Colchero, M.A., Shu-Wen, N.G., Ramírez-Palacios, P., Salmerón, J. y Barrientos-Gutiérrez, T. (2020). Association between tax on sugar sweetened beverages and soft drink consumption in adults in Mexico: open cohort longitudinal analysis of Health Workers Cohort Study. *BMJ*. <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1311>

Secretaría de Salud. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19. Resultados Nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf

Secretaría de Salud. (2016). *Sobrepeso y obesidad, factores de riesgo para desarrollar síndrome de ovario poliquístico*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/sobrepeso-y-obesidad-factores-de-riesgo-para-desarrollar-sindrome-de-ovario-poliquistico>

Schnel, M. (2014). Creencias y alimentación. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27(1), 88-95. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100013&lng=es&tlng=es.

Silva, C. y González A., K.E. (2019). Cuestionario de emociones y creencias acerca de la alimentación y el peso (CECAP). *Actualidades en Psicología*. 33 (127), 37-48 [10.15517/ap.v33i127.34778](https://doi.org/10.15517/ap.v33i127.34778)

Silvestri, E. y Stavile, A.E. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Universidad Favaloro <https://www.academia.edu/download/55644234/obesidad.pdf>

Suárez -Carmona., W., Sánchez O., A.J. y González J., J.A. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Rev Chil Nutr*, 44 (3), 226-233. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000300226>

- Théodore, Florence L., Blanco-García, Ilian, y Juárez-Ramírez, Clara. (2019). ¿Por qué tomamos tanto refresco en México? Una aproximación desde la interdisciplina. *Interdisciplina*, 7(19), 19-45. <https://doi.org/10.22201/ceiach.24485705e.2019.19.70286>
- Tuah, N., Amiel, C., Qureshi, S., Car, J., Kaur, B. y Majeed, A. (2012). Modelo transteórico de modificación dietética y ejercicio físico para la pérdida de peso en adultos con sobrepeso y obesos. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23 (2), 201-202. [10.1016/S0716-8640\(12\)70299-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70299-7)
- Villalobos, V.E., Campos N., I., Camarillo, G. y Enríquez S., R. (2012). Instrumentos para evaluar el cambio de hábitos relacionados con el control de peso. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 13 (1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2012/spn121e.pdf>
- World Obesity (2022). *World Obesity Atlas 2022, Section 2: Projections of obesity prevalence in 2030*. https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World_Obesity_Atlas_2022_WEB.pdf

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de factores psicológicos y emocionales relacionados con la percepción del peso corporal

Consentimiento informado

Esta investigación es realizada por las estudiantes Silvia Yáñez Bautista y María del Rosario Guerrero Cano pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México, de la carrera de Psicología en la FES Iztacala SUAyED bajo la supervisión de la Mtra. Roxana González Sotomayor, directora del proyecto dentro del "Seminario de Titulación".

Los criterios de inclusión son: a) ser una mujer mexicana, b) tener de 30 a 45 años años, c) con percepción de problemas de peso corporal, d) no padecer problemas de anorexia, bulimia o el síndrome del atracón y e) no encontrarse en proceso de menopausia.

Su participación es voluntaria, puede darla por terminada en el momento que lo decida o incluso no participar, la duración aproximada es de 15 a 20 minutos. Los datos que proporcione serán tratados confidencialmente y serán usados con estrictos fines estadísticos, académicos y de investigación.

Las respuestas al cuestionario no serán utilizadas para formular un diagnóstico ni para ofrecer alguna remuneración o recompensa. Si alguna pregunta le incomoda, no está obligada(o) a contestarla.

Se agradece de antemano su colaboración. Contacto para dudas o preguntas:
rosita.rgc@gmail.com o 419135825@iztacala.unam.mx

La información personal que usted dará a nuestros investigadores en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente en ninguna circunstancia.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, no obstante su identidad no será divulgada, al no manejarse datos personales.

La información puede ser revisada por el Comité de Ética en la Investigación de las instituciones participantes, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizan la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

Datos Sociodemográficos

-Edad:

-Sexo:

-Escolaridad:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Estudios comerciales o técnicos

- Bachillerato incompleto
 - Bachillerato completo
 - Estudios universitarios incompletos
 - Estudios universitarios completos
 - Estudios de posgrado
- Ocupación
- Ama de casa
 - Empleada
 - Estudiante
 - Trabajador independiente
 - Comerciante
 - Otra
- Ingreso mensual
- ¿Padece o ha padecido algún trastorno de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia, etc.)?
- ¿Le han diagnosticado menopausia?
- ¿Está diagnosticada con alguna enfermedad?
- En caso de haber contestado sí en la pregunta anterior, indicar cuál, en caso contrario anote "ninguna".

Preguntas tomadas del cuestionario ENSANUT sección I. Sobrepeso y Obesidad (Secretaría de Salud, 2021)

- ¿Alguna vez le ha dicho un médico/dietista/nutriólogo que tiene o tuvo obesidad?
- ¿Cuál es su peso habitual sin ropa y zapatos (en kilos)?
- ¿Cuál es su estatura (en metros)?
- Usted considera que su peso actual es:
- Mayor al saludable
 - Saludable
 - Menor al saludable
 - No sabe
- En los últimos 12 meses usted:
- Ganó peso
 - Perdió peso
 - No ha experimentado cambios en su peso
 - Ganó o perdió peso porque está embarazada
 - No sabe

Anexo 2. Instrumento para Evaluar el Cambio de Hábitos Relacionados con el Control de Peso (Villalobos Et Al., 2012).

Instrumento para medir etapas de cambio (Villalobos et. al, 2012)

Dentro del protocolo de investigación para el desarrollo de este instrumento , como primer paso se redactaron las cinco recomendaciones para el control de peso de una manera clara, precisa y sin ambigüedades. Que además, debían expresar el hábito de una manera medible y con frecuencia definida.

Recomendaciones de hábitos saludables

1. “Consuma 2 porciones de frutas al día” y “Consuma 3 o más porciones de verduras al día”
2. “Consuma 3 o más porciones de lácteos bajos en grasa al día”
3. “Realice ejercicio aeróbico 4 o más veces por semana”
4. “Tome sólo agua pura o bebidas sin calorías”

Se adaptaron los reactivos específicos para cada una de las recomendaciones seleccionadas.

Instrumentos para medir etapas de cambio. Entre los expertos, hubo consenso en cuanto a la traducción de las preguntas que componen el algoritmo. Las preguntas para medir la etapa de cambio para consumir frutas, verduras, lácteos bajos en grasa, agua pura y actividad física son las mismas, sólo cambia la recomendación a evaluar.

Ejemplo:

- 1) ¿Ha intentado consumir 2 porciones de frutas al día en los últimos 6 meses?
- sí, pase a la pregunta 2
 - no pase a la pregunta 3

- 2) ¿Ha estado consumiendo 2 porciones de frutas al día por más de 6 meses?
- sí **Mantenimiento**
 - no **Acción**

- 3) ¿Pretende intentar en el próximo mes consumir 2 porciones de frutas al día?
- sí **Preparación**
 - no Pase a la pregunta 4

- 4) ¿Pretende intentar en los próximos 6 meses consumir 2 porciones de frutas al día?
- sí **Contemplación**
 - no **Precontemplación**

*En google forms se ajustó el formulario para que redireccionará automáticamente a la siguiente pregunta según fuera respondiendo el usuario, para evitar confusión o errores.

Hábitos Saludables

1) ¿Ha intentado consumir 2 porciones de frutas al día y 3 o más porciones de verduras al día en los últimos 6 meses?

- **si**
- **no**

2) ¿Ha consumido 2 porciones de frutas al día y 3 o más porciones de verduras al día por más de 6 meses?

- **si Mantenimiento**
- **no Acción**

3) ¿Pretende intentar consumir 2 porciones de frutas al día y 3 o más porciones de verduras al día en el próximo mes?

- **si Preparación**
- **no**

4) ¿Pretende intentar consumir 2 porciones de frutas al día y 3 o más porciones de verduras al día en los próximos 6 meses?

- **si Contemplación**
- **no Precontemplación**

5) ¿Ha intentado consumir 3 o más porciones de lácteos bajos en grasa al día en los últimos 6 meses?

- **si**
- **no**

6) ¿Ha consumido 3 o más porciones de lácteos bajos en grasa al día por más de 6 meses?

- **si Mantenimiento**
- **no Acción**

7) ¿Pretende intentar consumir 3 o más porciones de lácteos bajos en grasa al día en el próximo mes?

- **si Preparación**
- **no**

8) ¿Pretende intentar consumir 3 o más porciones de lácteos bajos en grasa al día en los próximos 6 meses?

- **si Contemplación**
- **no Precontemplación**

9) ¿Ha intentado realizar ejercicio aeróbico 4 o más veces por semana en los últimos 6 meses?

- **si**
- **no**

10) ¿Ha estado realizando ejercicio aeróbico 4 o más veces por semana por más de 6 meses?

- **si Mantenimiento**
- **no Acción**

11) ¿Pretende intentar realizar ejercicio aeróbico 4 o más veces por semana en el próximo mes?

- **si Preparación**
- **no**

12) ¿Pretende intentar realizar ejercicio aeróbico 4 o más veces por semana en los próximos 6 meses?

- **si Contemplación**
- **no Precontemplación**

13) ¿Ha intentado tomar sólo agua pura o bebidas sin calorías en los últimos 6 meses?

- **si**
- **no**

14) ¿Ha estado tomando sólo agua pura o bebidas sin calorías por más de 6 meses?

- **si Mantenimiento**
- **no Acción**

15) ¿Pretende intentar tomar sólo agua pura o bebidas sin calorías en el próximo mes?

- **si Preparación**
- **no**

16) ¿Pretende intentar tomar sólo agua pura o bebidas sin calorías en los próximos 6 meses?

- **si Contemplación**
- **no Precontemplación**

Anexo 3. Escala de Autoeficacia(Villalobos et al., 2012)

La salud es un asunto que involucra no solo aspectos médicos; también hay aspectos psicológicos y sociales que influyen mucho en nuestro estado de salud. A continuación, le mostramos ciertas preguntas relacionadas con "qué tan segura está usted de superar las siguientes barreras".

Por favor, elija solo una casilla por pregunta.

- Nada seguro 1
- ~~Poco seguro 2~~
- Seguro 3
- Muy seguro 4

Análisis

Al realizar el análisis, hay que definir que el valor más alto que puede obtener es de 20 puntos (5 preguntas multiplicadas por 4), los rangos quedan de la siguiente manera:

Nada seguro 4
Poco seguro 10
Seguro 15
Muy seguro 20

1. Puedo arreglármelas para hacer ejercicio aún cuando tengo problemas y preocupaciones.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

2. Puedo arreglármelas para hacer ejercicio aún cuando me siento deprimida.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

3. Puedo arreglármelas para hacer ejercicio aún cuando estoy tensa.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

4. Puedo arreglármelas para hacer ejercicio aún cuando estoy cansada.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

5. Puedo arreglármelas para hacer ejercicio aún cuando estoy muy ocupada.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

6. Puedo arreglármelas para comer lácteos bajos en grasa aún cuando me tomará mucho tiempo comprarlos.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

7. Puedo arreglármelas para comer lácteos bajos en grasa aún cuando tuviera que intentarlo varias veces hasta lograrlo.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

8. Puedo arreglármelas para comer lácteos bajos en grasa aún cuando tuviera que cambiar totalmente mi idea de alimentación.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

9. Puedo arreglármelas para comer lácteos bajos en grasa aún cuando no recibiera gran apoyo de otras personas en mis primeros intentos.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

10. Puedo arreglármelas para comer lácteos bajos en grasa aún cuando tuviera que hacer planes detallados para lograrlo.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

11. Puedo arreglármelas para comer lácteos bajos en grasa aún cuando me tomara mucho tiempo conseguirlos.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

12. Puedo arreglármelas para comer frutas y verduras aún cuando me tomara mucho tiempo comprarlas.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

13. Puedo arreglármelas para comer frutas y verduras aún cuando tuviera que intentarlo varias veces hasta lograrlo.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

14. Puedo arreglármelas para comer frutas y verduras aún cuando tuviera que cambiar totalmente mi idea de alimentación.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

15. Puedo arreglármelas para comer frutas y verduras aún cuando no recibiera gran apoyo de otras personas en mis primeros intentos.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

16. Puedo arreglármelas para comer frutas y verduras aún cuando tuviera que hacer planes detallados para lograrlo.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

17. Puedo arreglármelas para comer frutas y verduras aún cuando me tomara mucho tiempo prepararlas.

- Nada seguro
- Poco seguro
- Seguro
- Muy seguro

Anexo 4. Escala de Alimentación Emocional (Rojas y García, 2017)

La Escala de Alimentación Emocional y los factores que la componen está conformada por 36 reactivos distribuidos en 5 factores:

***Alimentación emocional:** comer por apetencia pero sin hambre fisiológica, en respuesta a acontecimientos tanto positivos como negativos, con la finalidad de evitar, regular, enfrentar o mejorar la experiencia emocional.*

Factor 1.

Emoción (20 reactivos) Cambios en la ingesta alimentaria para regular la emoción, para evitar decir lo que siento, cuando estoy triste.

Factor 2.

Familia (6 reactivos) Ingesta de alimentos como simbolismo emocional y demostración de afecto entre los miembros de una familia.

Indicadores: comer es un placer en familia, la comida es sagrada, en familia es muy importante, las buenas noticias se celebran, me demuestran cariño, demuestro cariño.

Factor 3.

Indiferencia (4 reactivos) Falta de interés por el contenido nutricional y pasividad respecto al cuidado de la alimentación.

Indicadores: poca atención en lo que como, me preocupa poco, ignoro la calidad, ingiero sin pensarlo.

Factor 4.

Cultura (3 reactivos) Conjunto de comportamientos alimentarios socialmente aceptados y compartidos entre los miembros de un grupo.

Indicadores: en fiestas como más, cuando asisto a eventos familiares, en reuniones con los amigos.

Factor 5.

Efecto del alimento (3 reactivos) Cambios en el estado de ánimo, antes, durante y después de comer.

Indicadores: mejora mi estado de ánimo, mi estado de ánimo cambia.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con la alimentación. Por favor, lea la oración y marque la opción que mejor describa su opinión. Cada pregunta contiene 6 opciones.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😲
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

1., Comer mejora mi estado de ánimo.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😲
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

2. Como mas de lo normal cuando asisto a eventos familiares

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😲
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

3. Me da mas hambre cuando estoy triste.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😲
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

4. Pongo poca atención en el contenido nutricional de lo que como.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😐
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

5. Es común que estando en fiestas coma más de lo normal.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😐
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

6. Me da mas hambre cuando estoy enojada.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😐
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

7. Ignoro la calidad de lo que como porque prefiero disfrutarlo.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😐
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

8. Los problemas son menos después de comer.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😐
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

9. Cuando tengo hambre ingiero cualquier tipo de alimento sin pensarlo.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

10. Me preocupo poco por mi alimentación.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

11. Como más después de discutir con alguien.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

12. Cuando tengo hambre, mi estado de ánimo cambia.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

13. Cuando las cosas van mal, tengo derecho a comer más-

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

14. Prefiero comer para evitar decir lo que siento.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

15. Después de comer, mi estado de ánimo cambia

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

16. Comer en familia es muy importante para mí.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

17. Ofreciendo comida a mis seres queridos les demuestro mi cariño.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

18. Ante situaciones agobiantes paso todo el día comiendo.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

19. Cuando me emociono, me da hambre.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

20. Una forma de aguantar mi enojo es comiendo.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

21. Cuando como me olvido de lo que pasa en mi vida.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

22. Comer es un placer que se disfruta más en familia.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

23. Cuando me siento contento me da más hambre

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

24. Después de pasar un susto me da hambre.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

25. Como todo lo que me ponen enfrente.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

26. Los problemas de la vida se resuelven comiendo.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

27. Cuando tengo problemas ingiero más comida de lo normal.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

28. Cuando tengo problemas pienso en comer antes de resolverlo.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

29. Como más de lo normal cuando asisto a reuniones con los amigos.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

30. Las buenas noticias se celebran con una comida.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

31. La hora de la comida es sagrada.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

32. Si tengo un mal día, compro algo de comida para sentirme mejor.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

33. Cuando me preparan de comer siento que me quieren.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

34. Utilizó la comida como una forma de consuelo-

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

35. Cuando siento un vacío emocional lo lleno con comida.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

36. Me siento con hambre cuando tengo miedo.

- Totalmente en desacuerdo 😞
- Muy en desacuerdo 😟
- En desacuerdo 😞
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 😐
- De acuerdo 😊
- Totalmente de acuerdo 😄

Anexo 5. Escala de Creencias de conductas preventivas (Escobedo et al., 2012)

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con las creencias de la salud.

Por favor, lea la oración y marque la opción que mejor describa su opinión. Cada pregunta contiene 6 opciones.

- **Totalmente en desacuerdo**
- **Muy en desacuerdo**
- **En desacuerdo**
- **Ni de acuerdo, ni en desacuerdo**
- **De acuerdo**
- **Totalmente de acuerdo**

1.. Es mejor cuidar la Alimentación para prevenir enfermedades (como la obesidad).

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

2. Tanto las personas sanas como enfermas deben cuidar su alimentación.

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

3. Es importante cuidar la cantidad de alimentos que comes

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

4. Comer frituras en gran cantidad afecta la salud.

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

5. El desayuno es la comida más importante del día

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

- De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
6. No es buena idea desayunar pastelillos empaquetados todos los días.
- Totalmente en desacuerdo
 - Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
7. Tomar bebidas azucaradas afecta la salud
- Totalmente en desacuerdo
 - Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
8. Pienso que comer frutas y verduras ayuda a mantener la salud
- Totalmente en desacuerdo
 - Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
9. Tener una dieta equilibrada ayuda a mantener el peso normal.
- Totalmente en desacuerdo
 - Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
10. Creo que es bueno hacer actividad física
- Totalmente en desacuerdo
 - Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
11. Ir a correr es bueno para la salud.
- Totalmente en desacuerdo
 - Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo

12. Hacer 30 minutos de ejercicio puede mejorar mi salud.

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

13. No es buena idea tener una vida sedentaria (sin actividad física).

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

14. No es buena idea quedarse frente a la computadora o jugando videojuegos por horas todos los días.

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

15. Tanto jóvenes como adultos deberían hacer ejercicio.

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

16. Las personas que no les interesa el ejercicio son más propensas a enfermar.

- Totalmente en desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo