

Factores psicológicos vinculados al control del peso corporal

Psychological factors related to body weight control

Recepción: 16 de septiembre de 2024 / Aceptación: 14 de octubre de 2024

María de Lourdes Rodríguez Campuzano¹

Oscar García Arreola²

Antonio Rosales Arellano³

Antonia Rentería Rodríguez⁴

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol14.num27.4>

Licencia CC BY 4.0.

1 Doctora en Psicología Universidad Iberoamericana. Profesor Titular en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
Autora para correspondencia: Avenida de los Barrios Número 1, Colonia Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Código postal: 54090. Correo electrónico: carmayu5@yahoo.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3610-4621>

2 Magister en psicología Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor de asignatura de la división de investigación y posgrado. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico: psi.oscar.gargia@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4064-0910>

3 Magister en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor de asignatura en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico: antonio.rosales@iztacala.unam.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5035-5382>

4 Doctora en psicología Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor Titular en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico: antoniarenteriar@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3620-7009>

Resumen

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2022 (Aburto, 2023), la prevalencia de la obesidad está aumentando a nivel nacional. La psicología debe investigar lo relacionado con el comportamiento. Este trabajo tuvo como objetivo investigar, desde un punto de vista interconductual, qué factores psicológicos son relevantes para el control del peso corporal. En una muestra por conveniencia de 579 personas, se aplicó la batería Factores Psicológicos Asociados con la Regulación del Peso Corporal (FPARPC), que cuenta con adecuada validez y confiabilidad. La aplicación se realizó a través de la plataforma Google Forms. Para estimar el éxito en la *regulación del peso corporal*, se consideraron el IMC máximo y el actual. Si el participante mantenía o disminuía en algún grado su IMC, sin llegar a clasificarse por debajo del rango normal, se le clasificaba como exitoso; en caso contrario, como no exitoso. Se llevaron a cabo diversas pruebas estadísticas y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes lograron y no lograron la regulación del peso corporal en las dimensiones: *Cambio de Estilo de Vida*, *Competencias*, *Tendencias* y *Motivos de Salud*, y diferencias con efectos bajos en *Propensiones Relacionadas al Peso*. También se observaron diferencias en el instrumento de *Efectos*. Los resultados se discuten considerando todos los factores medidos y comparándolos con hallazgos de otras aproximaciones.

Palabras clave: obesidad; modelo psicológico de la salud; IMC; análisis contingencial; regulación del peso corporal

Abstract

According to the National Health and Nutrition Survey (ENSANUT), 2022, (Aburto, 2023), the prevalence of obesity continues to increase at a national level. Psychology explores the relationship between behavior and this condition. This study describes interbehavioral research aimed at identifying relevant psychological factors for body weight control. A sample of 579 volunteers meeting the inclusion criteria participated in the study. The battery of instruments, *Psychological Factors Associated with the Regulation of Body Weight* (FPARPC), which demonstrates reliability and validity, was applied online using Google Forms. To estimate success in regulating body weight, both the maximum and current BMI were considered. Participants who maintained or decreased their BMI to any degree without falling below the normal range were classified as successful; otherwise, they were classified as unsuccessful. Various statistical analyses were conducted. Among the main findings, a statistically significant difference was observed between the two groups (successful and unsuccessful) regarding *Changes in Lifestyle*. Moderate effect differences were identified in *Competencies*, *Tendencies and Health Motives*. Additionally, a low-effect difference was found in *Weight-Related Propensities*. Finally, a statistically significant difference was observed in *Effects*. The results are discussed in light of all evaluated factors and compared with findings from other approaches.

Keywords: obesity; psychological health model; BMI; contingency analysis; body weight regulation

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2018, p. 1).

En el caso de México, según la ENSANUT 2022, la prevalencia combinada de obesidad y sobrepeso fue del 74.2%, donde el 39.1% corresponde a sobrepeso y el 36.1% a obesidad, presentándose con mayor frecuencia en mujeres (Campos-Nonato et al., 2022).

Las implicaciones de esta enfermedad constituyen un grave problema de salud pública. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018), entre las principales causas de muerte se encuentran las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus, ambas asociadas al sobrepeso y a la obesidad.

La forma más simple y aceptada para medir esta condición es el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros. Según la OMS (2018), se considera sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25, y obesidad cuando el IMC es igual o mayor a 30. Entre 30 y 34.99 se clasifica como obesidad tipo 1; entre 35 y 39.99, como tipo 2; y mayor a 40, como tipo 3. Esta medida es ampliamente utilizada debido a su practicidad.

La Psicología y La Obesidad

El sobrepeso y la obesidad son problemas multifactoriales que requieren una atención multidisciplinaria. En este contexto, la psicología desempeña un papel crucial en la investigación, prevención y tratamiento, ya que estudia el comportamiento humano entendido como la interacción total entre una persona y su entorno físico y social. La forma en que una persona come y, en términos generales, su relación con la salud conforman la dimensión psicológica de la obesidad.

Diversas investigaciones psicológicas han evaluado la relación entre obesidad, estilo de vida y factores psicológicos. La mayoría de estas investigaciones se basa en modelos cognitivo-sociales (Moreno y Rodríguez, 2018), los cuales analizan variables relacionadas con procesos y estructuras cognitivas asumidas como explicativas del fenómeno. Por ejemplo, se ha investigado la influencia del estrés en la adherencia farmacológica

(Camacho et al., 2015), el papel de las creencias en la regulación del peso corporal (Lugil, 2011) y ciertos rasgos de personalidad (Bravo et al., 2011).

Entre los conceptos más estudiados destaca la autoeficacia, definida por Bandura (1990) como los juicios que cada persona hace sobre sus capacidades para organizar y ejecutar acciones que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Aguilar-Palacios et al., 2018; Hernández et al., 2015; Románi et al., 2007). Se ha demostrado que la autoeficacia relacionada con el peso corporal mejora el apego a programas de pérdida de peso (Cargill et al., 1999).

Otros autores han explorado factores como la depresión, la autoestima, las emociones negativas y la motivación. Estos estudios sugieren que el afecto negativo es un factor general de alto riesgo para la obesidad (Goodman y Whitaker, 2002; Stice et al., 2005).

De acuerdo con Pokrajac et al. (2010), diversos autores han identificado lo que denominan variables conductuales importantes en el control del peso; entre ellas, apuntan la adherencia a una dieta, la práctica de ejercicio y ver televisión. Aquellas personas exitosas en controlar su peso corporal tienen una dieta baja en calorías, desayunan regularmente, practican actividad física y limitan el tiempo que ven televisión (Butryn et al., 2007; Raynor et al., 2006).

Varkevisser et al. (2019) llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura relacionada con los determinantes del mantenimiento de la pérdida de peso. Incluyeron artículos acerca de adultos con sobrepeso u obesidad que estaban perdiendo peso sin cirugía ni fármacos. Encontraron 8.222 artículos, pero, con base en su calidad metodológica y otros criterios, analizaron solamente 67. Incluyeron estudios longitudinales, experimentales y observacionales.

Los participantes estuvieron en un rango de edad de 18 a 65 años. Para determinar que los participantes tenían sobrepeso u obesidad, consideraron el Índice de Masa Corporal (IMC), de acuerdo con los rangos que establece la Organización Mundial de la Salud. Incluyeron estudios que hablaban de mantenimiento de la pérdida de peso si había una pérdida de, al menos, 5% del peso inicial y un mantenimiento de esa pérdida por debajo de ese 5% por lo menos un año.

Encontraron diversos determinantes para la pérdida de peso. De los más importantes, los autores consideran al automonitoreo como predictor de la pérdida de peso y señalan que hay otros factores con una influencia menos directa, como una autoeficacia alta con relación al ejercicio y al manejo del peso. Con respecto al apoyo social, reportan evidencia muy limitada y contradictoria.

De acuerdo con su revisión, aquellas intervenciones que incrementen la autoeficacia van a incidir en un mayor mantenimiento de la pérdida de peso. Por supuesto, comentan que la intervención también debe estar dirigida a reducir la ingesta calórica y a adherirse a una dieta saludable.

Estos estudios ilustran las tendencias de investigación psicológica en este tema. Como comentamos, las investigaciones se desprenden de modelos de corte cognitivo-social. De ahí que se dé importancia a diversas variables cognitivas. Varkevisser et al. (2019) resaltan al automonitoreo y a la autoeficacia.

Aquí es importante hacer notar que, en este análisis de la literatura, se encontraron muchas publicaciones cuyo interés principal fue el mantenimiento de la pérdida de peso. Esto implica un cambio de enfoque: de indagar factores que intervienen en los comportamientos que favorecen la obesidad, se ha pasado a investigar aquellos factores que promueven conductas que previenen el sobrepeso y la obesidad. Este enfoque coincide con los planteamientos de Goldiamond (2002), quien en su aproximación construccional subrayó la importancia de modificar la orientación hacia los problemas psicológicos, pasando de centrarse en comportamientos valorados negativamente a aquellos comportamientos deseables que podrían desarrollarse.

Varkevisser et al. (2019) señalaron que encontraron un amplio rango de términos y métodos para evaluar los determinantes del mantenimiento de la pérdida de peso, lo cual dificulta realizar comparaciones. Coincidiendo con ellos, cabe comentar que, aunque se realiza mucha investigación sobre el tema, existe una gran heterogeneidad de enfoques, desde la manera de entender el fenómeno hasta los conceptos utilizados o los modelos subyacentes. Como se indicó anteriormente, la aproximación más común es la cognitivo-social, que adopta una postura dualista. Esto implica entender el comportamiento separándolo en dos categorías: la conducta “externa” y lo que se entiende como “interno”, que se maneja como causal de lo externo,

es decir, como el fenómeno trascendente que actualmente se define en términos de variables o procesos cognitivos.

Ryle (1949) denominó a esta postura dualismo y la explicó como un error categorial. Las implicaciones de esta perspectiva en nuestra disciplina ya han sido descritas (Ribes, 1982; Ribes, 1990). Sin profundizar en esto, es importante tenerlo en cuenta para comprender que este trabajo parte de un modelo teórico naturalista: el modelo interconductual. Este modelo, desarrollado por Ribes y López (1985), permitió la generación del modelo psicológico de la salud biológica (Ribes et al., 1990), que es un modelo de interfase diseñado para conectar el lenguaje analítico de la ciencia con el lenguaje sintético de la tecnología. Asimismo, el modelo interconductual dio lugar al desarrollo de una metodología para el ejercicio profesional, el análisis contingencial, que constituye la base directa de este trabajo.

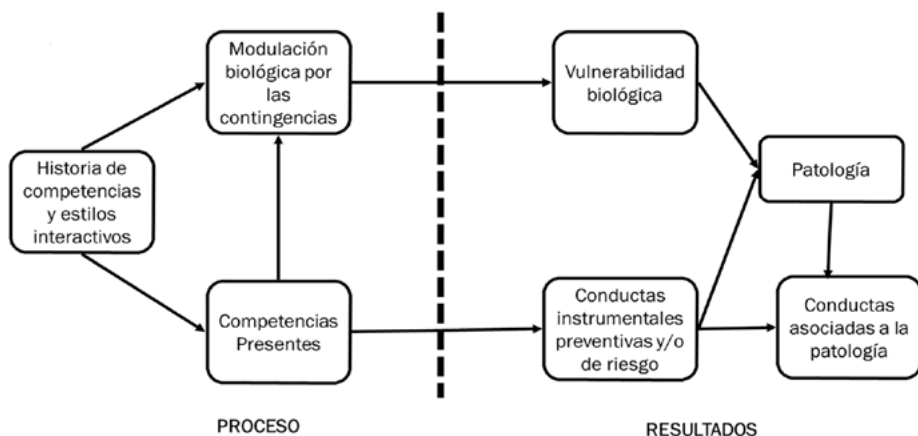
Un Modelo Psicológico para la Salud

La salud, como categoría, es ajena a la psicología; sin embargo, tiene una dimensión psicológica que nos corresponde atender.

Ribes et al. (1990) propusieron un modelo psicológico de la salud biológica (ver Figura 1) compuesto por dos fases: proceso y resultantes. La fase de proceso incluye los siguientes factores: la historia interactiva, que comprende los estilos interactivos y la historia de competencias. De esta historia interactiva derivan, por un lado, las competencias presentes y, por otro, la modulación biológica por las contingencias.

Estos factores conducen a la fase de resultantes, en la cual se encuentran dos líneas principales: la vulnerabilidad biológica, que se deriva de la modulación biológica por las contingencias, y las conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo, que resultan de las competencias presentes. Las relaciones entre estos factores generan una baja o alta probabilidad de patología biológica, que constituye el resultado final. Si la enfermedad está presente, pueden manifestarse conductas asociadas a la patología biológica, ya sea como consecuencia del propio diagnóstico o de las intervenciones terapéuticas.

Figura 1
Modelo Psicológico de la Salud Biológica



Nota: La figura representa el proceso que da como resultado el mantenimiento, pérdida o recuperación de la salud desde una dimensión psicológica. Adaptado de *Psicología y salud. Un análisis conceptual* (p. 22), por E. Ribes, 1990, Trillas.

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica, al ser un modelo de interfase, requiere de una metodología que sea congruente y compatible. Esa metodología es el Análisis Contingencial (AC) propuesto por Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa (1990). Este enfoque permite analizar el comportamiento individual en circunstancias particulares; por ello, en el caso que nos ocupa, es útil para la identificación de las variables psicológicas relacionadas con la disminución y el mantenimiento del peso corporal a nivel individual.

El AC, como sistema, se compone de cuatro dimensiones: 1) *Sistema Microcontingencial*, 2) *Sistema Macrocontingencial*, 3) *Factores Disposicionales* y 4) *Conducta de otras Personas*.

El sistema microcontingencial permite identificar los elementos que participan en el comportamiento de estudio y analizarlo funcionalmente. Este sistema incluye varias categorías: **Morfologías del individuo**, que se refieren a las formas en que la persona se relaciona con objetos, circunstancias u otras personas; **Situaciones**, que identifican los factores disposicionales que forman parte de la relación y que pueden incluir la circunstancia

social, el lugar, los objetos y acontecimientos físicos, la conducta socialmente esperada, las competencias en el ejercicio de dichas conductas, los motivos, inclinaciones y propensiones; y, por último, **Tendencias**. También se incluye el **Comportamiento de otras Personas**, que resulta relevante para el análisis del comportamiento humano. Finalmente, se considera la categoría de **Efectos** (Rodríguez, 2002).

Entre las dimensiones mencionadas, el Sistema Microcontingencial es la que tiene una relación directa con el trabajo que aquí se presenta.

El Análisis Contingencial permite aproximarse a la salud y la enfermedad desde una perspectiva naturalista, ofreciendo una visión integral de diversas problemáticas de salud. En esta medida, proporciona una óptica distinta sobre un fenómeno que se ha estudiado desde diversos modelos.

El propósito de este trabajo fue identificar los factores psicológicos relevantes para la regulación del peso corporal.

Método

Participantes

Participaron voluntariamente 579 personas, de las cuales 39 fueron hombres (6.7%) y 540 mujeres (93.3%). El promedio de edad fue de 31 años ($S = 8.011$, rango: 18-58 años). La mayoría de los participantes eran solteros ($n = 317$; 54.7%), mientras que el 19.5% ($n = 113$) reportó estar casado/a y el 24.4% ($n = 141$) indicó tener una pareja. En cuanto al nivel de escolaridad, el 1% ($n = 6$) reportó haber cursado hasta secundaria; el 13.5% ($n = 78$) señaló tener nivel preparatoria; el 5.5% ($n = 32$) nivel técnico; el 65.5% ($n = 379$) licenciatura, y el 14.5% ($n = 84$) estudios de posgrado.

Tipo de estudio y muestreo

Se llevó a cabo un estudio ex post facto transversal, basado en una medición única en un momento específico de variables que ya ocurrieron, sin manipulación por parte del investigador.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, y el tamaño de la muestra se estableció considerando los requerimientos necesarios para realizar la exploración factorial de las escalas. Todos los participantes cumplieron con los criterios de inclusión: ser mayores de edad, haber tenido sobrepeso u obesidad, haber intentado disminuir su peso con éxito o sin él, aceptar participar en el estudio y firmar un consentimiento informado.

Instrumentos

Con el fin de conocer los factores que intervienen en la regulación del peso corporal, se aplicó la batería *Factores Psicológicos Asociados con la Regulación del Peso Corporal* ([FPARPC], Rodríguez et al., en prensa), compuesta por los siguientes instrumentos:

1. *Escala de morfologías de conducta:*

Esta escala está integrada por 12 reactivos con cinco opciones de respuesta (nunca a siempre). Evalúa tres dimensiones con adecuados índices de confiabilidad y validez factorial:

- o Cambio en el estilo de vida: Compuesta por cinco reactivos, con un índice de determinación de factores de .962.
- o Búsqueda de tratamientos alternativos: Constituida por tres reactivos, con un índice de determinación de factores de .947.
- o Búsqueda de información: Integrada por tres reactivos, con un índice de determinación de factores de .924.

2. *Escala de situaciones:*

Compuesta por 30 reactivos con seis opciones de respuesta (no es mi caso, lo ha dificultado mucho, lo ha dificultado poco, no ha sido importante, lo ha facilitado poco, lo ha facilitado mucho). Evalúa siete dimensiones:

- o Acontecimientos: Cuatro reactivos, índice de determinación de factores de .876.
- o Competencias: Cuatro reactivos, índice de determinación de factores de .959.

- o Tendencias: Tres reactivos, índice de determinación de factores de 1.
 - o Propensiones en general: Cuatro reactivos, índice de determinación de factores de .931.
 - o Propensiones por peso: Seis reactivos, índice de determinación de factores de .963.
 - o Motivos sociales: Cinco reactivos, índice de determinación de factores de .938.
 - o Motivos de salud: Cuatro reactivos, índice de determinación de factores de .972.
3. *Escala papel funcional influencia de personas hacia el participante:*
Integrada por 24 reactivos con seis opciones de respuesta (idénticas a las del instrumento anterior). Evalúa cuatro dimensiones:
- o Influencia de familia hacia el participante: Cuatro reactivos, índice de determinación de factores de .966.
 - o Influencia de amigos hacia el participante: Ocho reactivos, índice de determinación de factores de .978.
 - o Influencia de pareja hacia el participante: Ocho reactivos, índice de determinación de factores de .987.
 - o Influencia de profesionales hacia el participante: Cuatro reactivos, índice de determinación de factores de .987.
4. *Escala papel funcional influencia del participante hacia otras personas:*
Integrada por 24 reactivos con seis opciones de respuesta (idénticas a las del instrumento anterior). Evalúa cuatro dimensiones:
- o Influencia del participante hacia la familia: Cinco reactivos, índice de determinación de factores de .964.
 - o Influencia del participante hacia los amigos: Nueve reactivos, índice de determinación de factores de .984.

- o Influencia del participante hacia la pareja: Ocho reactivos, índice de determinación de factores de .986.
- o Influencia del participante hacia los profesionales: Cuatro reactivos, índice de determinación de factores de .991.

5. *Escala efectos:*

Compuesta por nueve reactivos con seis opciones de respuesta (idénticas a las del instrumento anterior). Los análisis indicaron que la escala es unidimensional ($UniCo = .982$, $ECV = .895$, $MIREAL = .221$), con un factor único cuya confiabilidad estimada mediante Omega ordinal fue de .953.

Para estimar el éxito en la regulación del peso corporal, se consideraron el IMC máximo y el IMC actual. Si el participante mantenía o disminuía en algún grado la clasificación de IMC propuesta por la OMS (2004), sin llegar a clasificarse por debajo del rango normal, se le consideraba exitoso; de lo contrario, se clasificaba como no exitoso.

Procedimiento

La convocatoria se realizó en redes sociales durante dos semanas. Los participantes accedieron a un formulario en Google Forms, que incluía el consentimiento informado. Aquellos que no cumplían los criterios o presentaban respuestas incoherentes fueron eliminados tras una inspección visual de los datos recolectados.

Aspectos éticos

El consentimiento informado, avalado por la Comisión de Bioética de la FES-UNAM Iztacala, garantizó la participación voluntaria de los participantes.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó utilizando el programa RStudio Build 764 y los paquetes *ggplot2* y *ggstatsplot*. La distribución de los grupos de regulación del peso corporal y las variables medidas se representó mediante

gráficos de violín, los cuales ilustran la distribución de las puntuaciones y su densidad de probabilidad. Estos gráficos fueron complementados con diagramas de cajas y bigotes, así como con la dispersión de las puntuaciones a lo largo de las puntuaciones brutas de cada variable medida.

Para evaluar posibles diferencias entre los grupos, se aplicó una prueba *t* de Student con la corrección de Welch, debido a la diferencia en el tamaño de los grupos de éxito y no éxito en la regulación del peso corporal. Se consideraron diferencias significativas cuando los valores de *p* resultaron significativos y los intervalos de confianza del 95 % de la diferencia no incluyeron el cero. El tamaño del efecto se evaluó utilizando el estadístico *g* de Hedges (Hedges, 1981), con los siguientes criterios:

- Tamaño del efecto bajo: valores iguales o mayores a 0.2.
- Tamaño del efecto medio: valores iguales o mayores a 0.5.
- Tamaño del efecto alto: valores iguales o mayores a 0.8.

El poder estadístico de la comparación fue de 0.76, asumiendo un tamaño del efecto conservador bajo de 0.2.

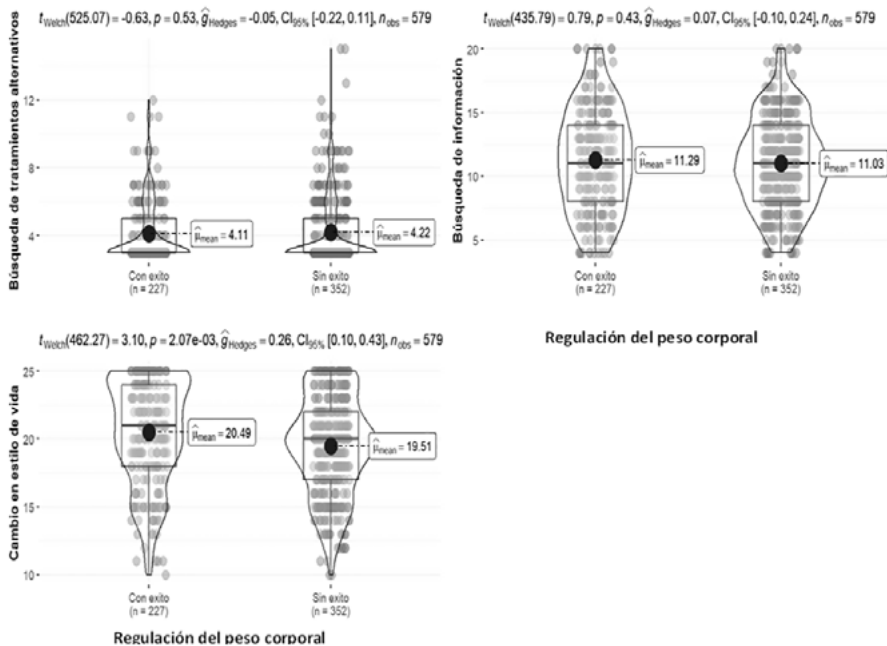
Resultados

La Figura 2 presenta los gráficos de violín de las tres variables dependientes de la escala morfologías, relacionadas con la *Búsqueda de información*, la *Búsqueda de tratamientos alternativos* y el *Cambio en estilo de vida*, comparadas entre los grupos con éxito en la regulación de peso corporal ($n = 227$) y sin éxito en la regulación de peso corporal ($n = 352$).

Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables *Búsqueda de tratamientos alternativos* y *Búsqueda de información*; en ambos casos, los intervalos de confianza cruzan por cero y se observa una distribución similar en ambos grupos. Sin embargo, se encontró una diferencia significativa en el *Cambio en estilo de vida*, siendo mayor en el grupo con éxito ($M = 20.49$) en comparación con el grupo sin éxito ($M = 19.51$), con intervalos de confianza que no cruzan por cero y un tamaño del efecto bajo.

Figura 2

Gráficos de violín con contraste entre medias de la escala Morfologías



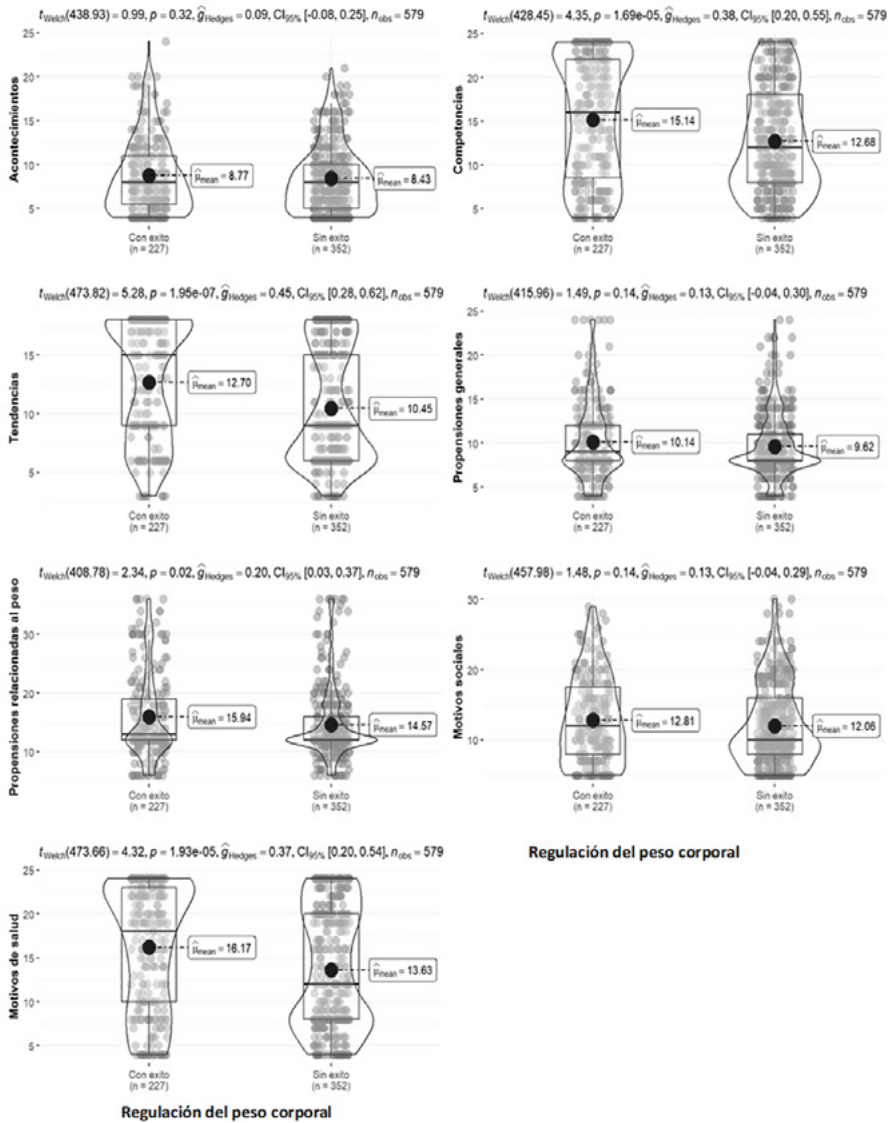
Nota. Los puntos representan las puntuaciones brutas de cada participante, el punto negro en cada gráfico muestra el valor de la media de grupo.

La Figura 3 ilustra los gráficos de violín de las siete variables dependientes de la escala Situaciones, relacionadas con *Acontecimientos*, *Competencias*, *Tendencias*, *Propensiones generales*, *Propensiones relacionadas al peso*, *Motivos sociales* y *Motivos de salud*, comparadas entre los dos grupos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos en las variables *Acontecimientos*, *Propensiones generales* y *Motivos sociales*. Sin embargo, se observaron diferencias con efectos moderados bajos en las variables *Competencias*, *Tendencias* y *Motivos de salud*, así como diferencias con efectos bajos en Propensiones relacionadas al peso. En todos los casos, las medias fueron más altas en el grupo con éxito en la regulación del peso corporal. Además, se constató que ninguna de las variables presentó una distribución normal.

Figura 3

Gráficos de violín con contraste entre medias de la escala Situaciones



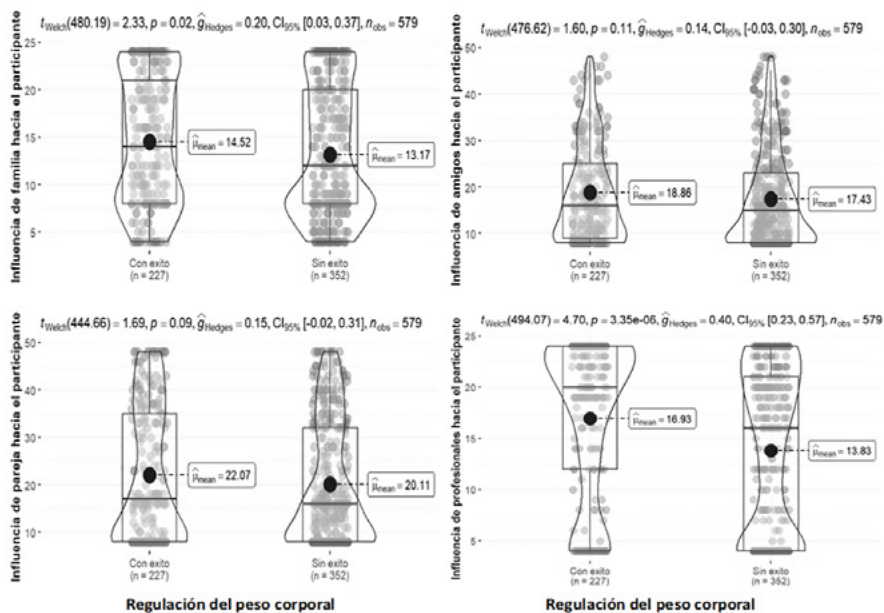
Nota. Los puntos representan las puntuaciones brutas de cada participante, el punto negro en cada gráfico muestra el valor de la media de grupo.

La Figura 4 muestra los gráficos de violín de las cuatro variables dependientes de la escala *Influencia de las personas hacia el participante, relacionadas con la Influencia de la familia hacia el participante, Influencia de amigos hacia el participante, Influencia de pareja hacia el participante e Influencia de profesionales hacia el participante*, comparadas entre los dos grupos.

No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las medias de las variables *Influencia de amigos hacia el participante e Influencia de pareja hacia el participante*. Ambas distribuciones se centran en los puntajes más bajos, lo que sugiere que estas fuentes de influencia dificultaron la regulación del peso corporal. Por otro lado, se encontraron diferencias con efectos moderados bajos en la variable *Influencia de profesionales hacia el participante* y una diferencia con un efecto bajo en *Influencia de la familia hacia el participante*. En esta última variable, el intervalo de confianza estuvo muy próximo a cero, por lo que se recomienda interpretar esta diferencia con cautela.

Figura 4

Gráficos de violín con contraste entre medias de la escala influencia de las personas hacia el participante

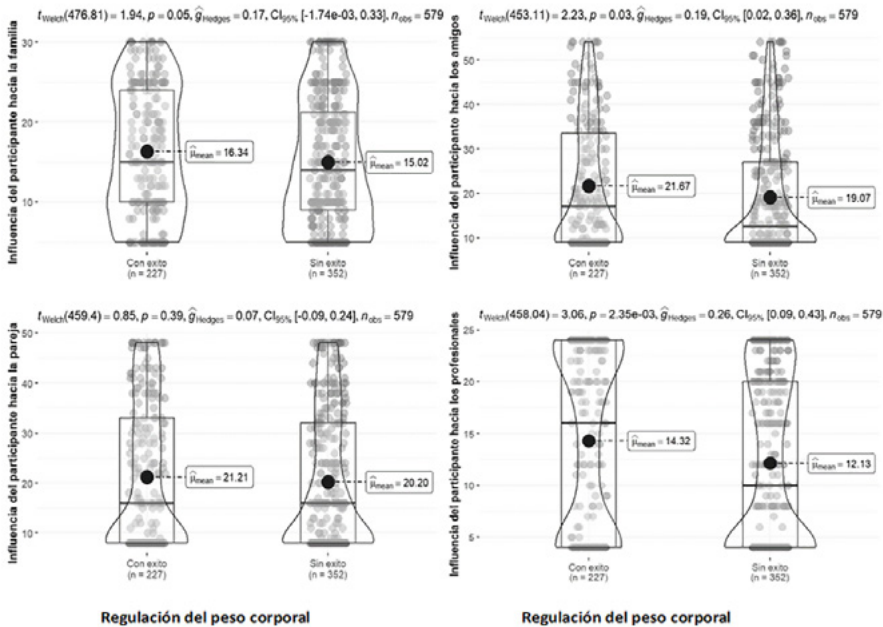


Nota. Los puntos representan las puntuaciones brutas de cada participante, el punto negro en cada gráfico muestra el valor de la media de grupo.

La Figura 5 presenta los gráficos de violín de las cuatro variables dependientes de la escala *Influencia del participante hacia otras personas*, relacionadas con la *Influencia del participante hacia la familia*, *Influencia del participante hacia los amigos*, *Influencia del participante hacia la pareja* e *Influencia del participante hacia los profesionales*, comparadas entre los dos grupos.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos en las variables *Influencia del participante hacia la familia* e *Influencia del participante hacia la pareja*. En contraste, se identificaron diferencias con efectos bajos en las variables *Influencia del participante hacia los amigos* e *Influencia del participante hacia los profesionales*. En ambos casos, los intervalos de confianza estuvieron muy próximos a cero, lo que sugiere que estas diferencias deben interpretarse con precaución.

Figura 5
Gráficos de violín con contraste entre medias de la escala influencia del participante hacia otras personas

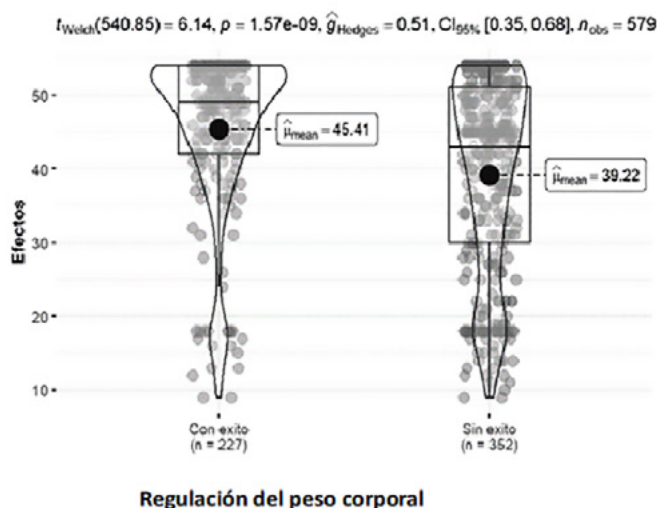


Nota. Los puntos representan las puntuaciones brutas de cada participante, el punto negro en cada gráfico muestra el valor de la media de grupo.

La Figura 6 compara los gráficos de violín de la escala *Efectos* entre los dos grupos de regulación del peso corporal. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en esta variable, con puntuaciones más altas en el grupo con éxito ($M = 45.41$) en comparación con el grupo sin éxito ($M = 39.22$). Los intervalos de confianza no cruzan por cero, lo que refuerza la significancia de los resultados. Además, la distribución de los puntajes muestra un clúster claramente identificado en los valores más altos de la escala en el grupo exitoso en la regulación del peso corporal.

Figura 6

Gráficos de violín con contraste entre medias de la escala efectos



Nota. Los puntos representan las puntuaciones brutas de cada participante, el punto negro en cada gráfico muestra el valor de la media de grupo.

Discusión

Es común escuchar que la regulación del peso corporal se describe como un fenómeno de naturaleza multicausal, refiriéndose, en la mayoría de los casos, a factores de tipo biomédico, psicológico y social. Sin embargo, es difícil encontrar una verdadera integración de estas tres dimensiones, por lo que diversos estudios tienden a evaluar estas variables de manera aislada. El Modelo Psicológico de la Salud (Ribes, 1990) establece precisamente la dimensión psicológica como un vínculo entre las dimensiones biomédica y social.

En cuanto al trabajo desarrollado en psicología, múltiples estudios se han enfocado en los efectos emocionales que la obesidad tiene sobre las personas, así como en los factores relacionados con la adherencia terapéutica a cambios en la alimentación o el estilo de vida. No obstante, estas investigaciones se apoyan en una aproximación dualista y reduccionista, dejando fuera numerosos factores psicológicos que podrían desempeñar un papel importante en la regulación del peso corporal.

El presente estudio exploró, mediante la aplicación de la batería FPARPC, tanto variables comúnmente investigadas como otras menos estudiadas en el ámbito de la obesidad. Con el instrumento de *Morfologías de Conducta*, se identificaron las formas de respuesta de los participantes al intentar bajar de peso. Con el instrumento de *Situaciones*, se exploraron factores disposicionales, tales como las competencias de los participantes, sus tendencias, sus estados de ánimo y sus motivos para perder peso.

Si bien otros trabajos han investigado el papel del apoyo social en la regulación del peso, esta batería incluyó también la exploración del rol que desempeña el participante en regular el comportamiento de los demás, estructurando así la interacción. Finalmente, se examinó el impacto de los efectos derivados de la pérdida de peso en el éxito del control del peso corporal.

De todas las dimensiones evaluadas por la batería, solo en siete se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes lograron controlar su peso corporal y quienes no lo lograron, destacando *Efectos y Tendencias* como las dimensiones con mayor peso explicativo. Esto podría deberse, por un lado, a que la percepción de un cambio identificable favorece la motivación al esfuerzo realizado y, por otro, a la importancia de hábitos como la disciplina.

En cuanto a las otras dimensiones, los resultados podrían estar sesgados por las características de la muestra. Aunque la convocatoria fue abierta, la mayoría de las respuestas provino de mujeres jóvenes adultas con estudios de licenciatura. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones apliquen la batería en muestras más homogéneas o realicen contrastes entre grupos específicos. Asimismo, se sugiere llevar a cabo estudios de caso que confirmen los hallazgos de este trabajo.

Finalmente, se cumplieron con todas las pautas éticas necesarias y no se identificaron conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Aburto, Z. R. (2023). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022. *Salud Pública de México*, 65, s1-s4. <https://doi.org/10.21149/15087>
- Aguiar-Palacios, L. H., Negrete-Cortés, A. J., Román-Martínez-Alvarado, J., Magallanes-Rodríguez, A. G. y García-Gomar, M. L. (2018). Propiedades psicométricas del inventario autoeficacia percibida para el control de peso en estudiantes universitarios del área de la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), 888-893. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1557>
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *Journal of applied sport psychology*, 2(2), 128-163.
- Bravo, A., Espinoza, L. N., y Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*. 16(1), 115-123.
- Butryn, M. L., Phelan, S., Hill, J. O. y Wing, R. R. (2007). Consistent self-monitoring of weight: a key component of successful weight loss maintenance. *Obesity*, 15(12), 3091-3096.
- Camacho, D. Y., Ybarra, J. L., Masud, J. L. y Piña, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos con sobrepeso u obesidad. *International journal of psychology and psychological therapy*, 15 (3), 377-386.
- Campos-Nonato, I., Cervantes-Armenta, M. A., Pacheco-Miranda, S., Quezada-Sánchez, A. D., Contreras-Manzano, A., Barquera, S. y Vargas-Meza, J. (2022). Perception and understanding of guideline daily amount and warning labeling among mexican adults during the law modification period. *Nutrients*, 14(16), 3403. <https://doi.org/10.3390/nu14163403>
- Cargill, B. R., Clark, M. M., Pera, V., Niaura, R. S. y Abrams, D. B. (1999). Binge eating, body image, depression, and self-efficacy in an obese clinical population. *Obesity research*, 7(4), 379-386.
- Goldiamond, I. (2002). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behavior and social issues*. 11(1), 108-197.
- Goodman, E. y Whitaker, R. C. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 110(3), 497-504.

- Hedges (1981). Distribution Theory for Glass's Estimator of Effect Size and Related Estimators, *Journal of Educational Statistics*, 6(2), 107-128. <https://doi.org/10.2307/1164588>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2007). Fundamentos de metodología de la investigación. *Editorial MC Graw-Hill Interamericana*.
- Hernández, S., Hernández, R. y Moreno S. (2015). El papel de la autoeficacia percibida y la planificación en la adherencia al tratamiento médico-nutricional de la obesidad en adultos mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(1), 37-47.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Lugil, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autoregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 4356.
- Moreno, D. y Rodríguez, M. L. (2018). Psicología de la salud y las aproximaciones conductual, cognitivo conductual, cognitivo social e interconductual. En G. Mares y C. A. Carrascoza (coords). *La psicología y sus ámbitos de intervención. Salud y clínica*, (vol. 2). FES-UNAM Iztacala.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pokrajac-Bulian, A., Ambrosi-Randić, N. y Ružić, A. (2010). Weight Loss and Maintenance in Overweight and Obese Patients with Cardiovascular Disease. *Psychological Topics*, 19, (2), 355-372.
- Raynor, D. A., Phelan, S., Hill, J. O. y Wing, R. R. (2006). Television viewing and long-term weight maintenance: results from the National Weight Control Registry. *Obesity*, 14(10), 1816-1824.
- Ribes, E. (1982). *El Conductismo: reflexiones críticas*. Fontanella.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un Análisis conceptual*. Trillas.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la Conducta*. Trillas.

- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L. y Landa, P. (1990). El análisis contingencial. Una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. En E. Ribes, *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano* (pp. 113-132). Editorial Trillas.
- Rodríguez, M. L. (2002). *Análisis Contingencial*. UNAM, FES Iztacala.
- Rodríguez, M. L., García, O., Rosales, A. y Rentería, A. (en prensa). Factores psicológicos vinculados al control del peso corporal. En J. P. Rugeiro, y R. Hernández (Eds.), *La evaluación del comportamiento humano: su medición y contextos*. Leed.
- Románi, Y., Díaz, B., Cárdenas, M. y Zoraide, L. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18(1), 45-56.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Barnes and Noble.
- RStudio Team (2020). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC. <http://www.rstudio.com/>
- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H. y Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent in girls: a prospective study. *Journal and Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 195-202. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.2.195>
- Varkevisser, R. D. M., Van Stralen, M. M., Kroeze, W., Ket, J. C. F. y Steenhuis, I. H. M. (2019). Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. *Obesity reviews*, 20(2), 171-211. <https://doi.org/10.1111/obr.12772>