



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Medicina

Coordinación de Estudios de Posgrado

Maestría en Ciencias de la Salud

“Relación del impacto del peso en la calidad de vida con autorregulación, autocontrol y locus de control en adultos con obesidad en ruralidad.”

Tesis

Que para Obtener el Grado de
Maestra en Ciencias de la Salud

Presenta:

Ana Cecilia Gallosso Méndez

Comité de Tutores

Tutor Académico: Dra. en C.S. Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Tutor Interno: Dra. en C.S. Marcela Veytia López

Tutor Externo: M. en Crim. Aymara Maricela Mancilla Martínez

Toluca, Estado de México

2021

Aviso de autoría

Yo, Ana Cecilia Gallosso Méndez, autora responsable de la presente tesis, la cual lleva como título: *Relación del impacto del peso en la calidad de vida con autorregulación, autocontrol y locus de control en adultos con obesidad en ruralidad*” y en representación de las coautoras:

- Dra. en C.S. Rosalinda Guadarrama Guadarrama
- Dra. en C.S. Marcela Veytia López
- M. en Crim. Aymara Maricela Mancilla Martínez

Declaro que la información presentada en este documento es resultado de un protocolo de investigación del cual soy representante, y por tanto me responsabilizo legalmente por el contenido en caso de plagio, deslindando de toda responsabilidad a la Universidad Autónoma del Estado de México.

INDICE

	No. página
Resumen	5
Summary	6
1. Antecedentes	7
1.1. Calidad de Vida.	7
1.1.1 Impacto del Peso en la Calidad de Vida.	11
1.2. Obesidad.	13
1.2.1. Causas de la Obesidad.	15
1.2.2. Efectos físicos, psicológicos y sociales de la obesidad.	18
1.2.3. Obesidad en Zonas Rurales.	20
1.3. Creencias Cognitivas.	24
1.3.1. Autorregulación.	27
1.3.2. Autoeficacia Percibida.	20
1.3.3. Locus de Control.	33
1.3.4. Percepción de la Imagen Corporal.	36
2. Planteamiento del Problema.	39
3. Hipótesis.	42
4. Objetivos.	43
5. Justificación.	44
6. Material y Métodos.	45
6.1. Diseño de estudio.	45
6.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	46
6.3. Procedimiento.	46
6.4. Variables de Estudio.	47
6.5. Implicaciones Bioéticas.	47
6.6. Recolección de Datos.	49
6.7. Análisis Estadístico.	49
7. Referencias Bibliográficas.	51
8. Anexos	60
8.1. Carta de Envío de Artículo.	60
8.2. Resumen Artículo.	60
8.3. Cuadernillo Hombres.	61
8.4. Cuadernillo Mujeres.	69
8.5. Consentimiento Informado.	77

Resumen.

Introducción: El impacto del peso en la calidad de vida resulta difícil de medir, debido a la influencia de factores culturales, económicos y personales, sin embargo cuando se tiene una correcta percepción del peso corporal, hay más posibilidades de identificar riesgos a la salud, tanto físicos como psicológicos, y no minimizar ningún aspecto de la multifactorialidad de la obesidad. El proceso de autorregulación se refiere a la capacidad de autoobservar el comportamiento y las condiciones sociales, autoevaluando cada conducta y comparándola con las metas planteadas. La autoeficacia percibida, se entiende como la percepción de cada individuo sobre su capacidad para organizar y ejecutar el tratamiento con el rendimiento necesario como evitar abandonos. El locus de control, es el grado de responsabilidad que siente cada persona hacia su enfermedad y tratamiento **Objetivo:** El propósito de este estudio fue relacionar el impacto del peso en la calidad de vida con la autorregulación, la autoeficacia y el locus de control de hábitos alimenticios en adultos con obesidad en ruralidad. **Materiales y métodos:** Participaron 278 personas con obesidad según su PGC, de tres comunidades rurales, aplicándoseles de forma individual los siguientes instrumentos: Inventario de AE Percibida para el Control de Peso de Román y cols., ARG de hábitos alimentarios de Campos-Uscanga y cols., Inventario de LC de peso de Lugli y cols. e IPCV de Bolado-García y cols. **Resultados:** Los resultados demostraron que sí existen relaciones estadísticamente significativas entre estas, siendo la autoeficacia la que presentó un mayor número de las mismas, con distinta intensidad entre hombres y mujeres y entre los diferentes grados de porcentaje de grasa corporal. **Discusión:** Esta relación demuestra que los pensamientos y determinantes sociales de cada población pueden ayudar a diagnosticar y tratar fehacientemente la epidemia de obesidad que se vive en el país.

Summary.

Introduction: The impact of weight on quality of life is difficult to measure, due to the influence of cultural, economic and personal factors, however when you have a correct perception of body weight, there are more possibilities to identify health risks, both physical and psychological, and not minimizing any aspect of the multifactoriality of obesity. The self-regulation process refers to the ability to self-observe behavior and social conditions, self-evaluating each behavior and comparing it with the goals set. Perceived self-efficacy is understood as the perception of each individual about their ability to organize and execute the treatment with the necessary performance, such as avoiding dropouts. The locus of control is the degree of responsibility that each person feels towards their disease and treatment. **Objective:** The purpose of this study was to relate the impact of weight on quality of life with self-regulation, self-efficacy and the locus of control of habits. Diet in adults with obesity in rural areas. **Materials and methods:** 278 people with obesity according to their PGC participated, from three rural communities, applying the following instruments individually: Inventory of Perceived AE for Weight Control by Román et al., ARG of eating habits from Campos-Uscanga and cols., Lugli et al. and IPCV of Bolado-García et al.. **Results:** The results showed that there are statistically significant relationships between them, being self-efficacy the one that presented a greater number of them, with different intensity between men and women and between the different degrees of percentage of body fat. **Discussion:** This relationship shows that the thoughts and social determinants of each population can help to reliably diagnose and treat the obesity epidemic in the country.

1. Antecedentes.

1.1 Calidad de Vida.

El término Calidad de Vida se refiere a todas las cuestiones relacionadas con la vida cotidiana y el bienestar económico, social y físico¹. En el año 2000, Minayo, *et.al.*, señalaron la relatividad del concepto de calidad de vida, que aunque remite al plano individual, presenta tres marcos referenciales:

1. Histórico: en donde cada individuo y cada sociedad tiene parámetros diferentes para medir la calidad de vida en diferentes momentos de su historia.
2. Cultural: cada pueblo presenta diferentes tradiciones culturales con las que cada individuo construye sus valores y necesidades.
3. Clase social a la que pertenece: esto debido a las expectativas que cada persona tenga con relación a su propia vida, con base en la la clase social a la que pertenezca².

Bajo esta premisa, el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se refiere a los aspectos de la vida que se modifican al presentar una enfermedad, ya sea para tratarla o convivir con ella, afectando ciertos parámetros que impidan vivirla como se desea¹. Se puede conceptualizar a la CVRS como un constructo con varias dimensiones, entre las que se incluyen las percepciones de bienestar emocional, físico y social, y que reflejan la evaluación subjetiva y la reacción de un individuo frente a su salud o enfermedad. Los síntomas y capacidad de funcionar, son componentes de los dominios básicos de la CVRS (físico, psicológico, social)³.

La noción de CVRS se emplea para referirse a la percepción de un sujeto con respecto a su salud y al impacto que pueda tener la pérdida de la misma, en diversos ámbitos de su vida, incluyendo aspectos de su bienestar no solamente físico, sino también emocional y social⁴. Sin embargo, al ser aspectos poco tangibles, es complejo traducir estos a un valor cuantitativo para su medición. Así pues, los cambios de la CVRS, están mediados en parte por los resultados de tratamientos generalmente largos, lentos y con frecuentes recidivas³. En éste sentido, es absolutamente aceptado, que además de prolongar la vida y aliviar los síntomas, los tratamientos médicos deben tener como objetivo principal corregir la CVRS⁵.

El estudio de la calidad de vida se ha dado durante la última década, misma en la que se ha transformado la medida de impacto de los cuidados de la misma. Se da por entendido que los resultados tradicionales de la medicina son insuficientes para evaluar objetivamente el efecto de la atención sanitaria y las características de los problemas de salud. Con base en esto, para poder desarrollar nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria, es necesario entender el concepto de CVRS y medirlo de forma correcta, poniendo especial atención en lo que siente la persona, más que en cómo se cree que debería sentirse con respecto a la enfermedad o tratamiento en cuestión.

El propósito de medir la calidad de vida es generar una visión más integral de como se siente el sujeto y poder valorar realmente que tanto se beneficia o no, después de un acto médico. Éste intento de medir el estado funcional de los pacientes inicio en los años cuarenta, sin embargo el cambio en el enfoque de medir la salud se dio hasta la década de los setenta, desarrollando instrumentos modernos para medirla⁴.

Desde 1995, Shumaker y Naughton plantearon la existencia de cuatro dimensiones para evaluarla: el *estado funcional*, es decir que tanto puede una persona realizar las actividades cotidianas para que sea autónomo, independiente y competente; el *funcionamiento psicológico*, entendido como el malestar o bienestar vinculado al problema de salud en cuestión; el *funcionamiento social*, que hace referencia a la forma en que se pueden resolver las actividades sociales rutinarias y que se deseen, así como realizar los roles que la sociedad misma marque; y por último la *sintomatología asociada* a alguna circunstancia de salud, es decir las características propias de la enfermedad, así como los efectos secundarios propios y del tratamiento, así como sus comorbilidades. Además de estas, se han considerado también cuestiones económicas, preocupaciones espirituales, función sexual, imagen corporal, capacidad de superación, perspectivas del futuro y grado de satisfacción de los tratamientos y cuidados recibidos en caso de enfermedad⁶.

Se ha demostrado que las personas con obesidad tienen una disminución en la calidad de vida, pareciendo existir una relación directamente proporcional entre el porcentaje de grasa corporal y el grado de compromiso que tengan hacia su enfermedad⁵. En éste sentido, en las enfermedades crónicas, la terapia se debe evaluar bajo la premisa de ofertar una vida digna de ser vivida desde el punto de vista social, físico y psicológico⁴.

Con relación a esto, la calidad de vida se ve afectada por la obesidad de la siguiente manera:

- a. Afecciones relacionadas con el exceso de grasa corporal: bajo rendimiento físico, depresión, baja autoestima, alteración en las relaciones sociales y sexuales.

- b. Afecciones relacionadas con complicaciones orgánicas: Artropatías, diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis.
- c. Afecciones relacionadas con la percepción: expectativas de padecer alguna enfermedad y malos pronósticos a futuro.

Aunque la obesidad parece tener un mayor impacto en los dominios físicos que en los de salud mental de la calidad de vida, es importante valorar en general ambos aspectos para un mayor apego al tratamiento y disminución en las recidivas⁵. Actualmente, existen estudios sobre una nueva patología denominada obesidad de peso normal (OPN), la cual hace referencia a un índice de Masa Corporal (IMC) normal con un incremento de la grasa corporal y un perfil inflamatorio. En éste sentido, casi todos los sujetos que presentan un peso normal con obesidad metabólica presentan coeficientes de riesgo familiar, presentar cierto aumento de peso en la etapa adulta con adiposidad central, y presencia de patologías relacionadas, sin saber si tienen un grado determinado de obesidad, lo que condicionaría un decremento en la calidad de vida⁷.

Las evaluaciones que miden la calidad de vida exploran de forma multidimensional al sujeto con obesidad con respecto a la percepción de la salud, la salud comparada, el estado físico, el área social (integración, participación social, sexualidad) y el estado psicológico (autoestima, depresión, etc.), abarcando así el bienestar físico, emocional y social de los mismos. Debido a que el incremento de peso en general se produce de forma lenta, hace que los sujetos no noten los cambios que ocasiona en su calidad de vida. Al iniciar un tratamiento para la obesidad, no basta con que el sujeto baje de peso o mejore sus comorbilidades, sino que él mismo lo sienta como un beneficio que mejorará su salud física y mental¹.

En un estudio realizado por Medrano, *et.al.* en 2014, encontraron que la calidad de vida física se asoció significativamente al autocontrol y con un mayor nivel académico, es decir las personas que presentan mayor escolaridad, presentan una mejor calidad de vida física comparada con los que tienen escolaridad de primaria o menos. A su vez, la calidad de vida mental mostró una asociación positiva con el autocontrol, sin embargo, en éste caso, la escolaridad no presentó ninguna asociación significativa, cabe mencionar que en éste estudio el IMC no presentó asociación con la calidad de vida, por lo que es posible que existan sujetos que no perciben un decremento en la misma por el hecho de presentar una obesidad *per se*⁸.

1.1.1. Impacto del Peso en la Calidad de Vida.

Es muy difícil medir la calidad de vida, debido a la influencia de factores culturales y económicos, así como edad, sexo y raza, ya que éste concepto es multidimensional y subjetivo e incluye muchos aspectos de la vida personal⁹. Según Uribe, se considera que cuando se tiene una correcta percepción del peso corporal, hay más posibilidades de identificar probables riesgos a la salud y por lo tanto son mejores las acciones para prevenir y tratarlos. Por lo tanto, conocer esta información es de utilidad para encaminar estrategias de salud a largo plazo¹⁰.

La obesidad se asocia con una mayor morbimortalidad, sin embargo, también afecta la calidad de vida, por lo que es necesario estudiar el impacto de ésta y usar mediciones que reflejen éste aspecto, así como el impacto en las intervenciones dirigidas a la pérdida de peso⁵.

En éste sentido, se debe entender el concepto de calidad de vida a una apreciación propia del sujeto sobre su nivel actual de funcionamiento y satisfacción, comparado con el percibido como ideal. En el 2008, Bolado-García, López Avarenga, González Barranco y Comuzzie, desarrollaron un instrumento que mide el impacto del peso en la calidad de vida, el cual fue agrupado en cinco dimensiones: estado físico, autoestima, problemas sexuales, angustia pública y trabajo⁵.

Un estudio realizado en Colombia en 2014, encontró que las personas estaban satisfechas con su cuerpo independientemente del peso que presentaran, ya que al parecer, no le concedían importancia a éste, lo que además explicó la razón de porque no realizaban actividad física¹¹. Posteriormente, en el 2018 Uribe y cols. realizaron un estudio en población mexicana donde se demostró que, aunque por IMC el 73.8% de la muestra se encontraba en sobrepeso u obesidad, únicamente el 48.6% se identificó con la misma, lo cual indica que a pesar de la epidemia de obesidad que se vive en el país, se tiene poca evidencia científica sobre la percepción generalizada sobre el estado nutricional de la población y sobre el riesgo de desarrollar algún grado de obesidad en contexto con sus características sociodemográficas¹⁰.

Clínicamente es posible entonces probar la relación entre el proceso de adaptación de una enfermedad, al estudiar el mecanismo para afrontar la misma, los patrones con los cuales la persona se compara, sus valores y expectativas con relación a los logros obtenidos, por lo tanto, la calidad de vida sería entonces dependiente de los mecanismos de afrontamiento y la adecuación a las circunstancias de cada individuo, actuando como soporte social o en su defecto, la acumulación de sucesos estresantes incidirían negativamente².

1.2. Obesidad.

La obesidad se define como una acumulación anormal o en exceso de grasa. Una de las formas de medirla, es mediante el IMC, el cual mide de forma simple la relación que existe entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2)¹².

La forma en que la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴ la definió en el año 2020 considera que toda persona con un $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ presenta obesidad, clasificándola de la siguiente manera:

	IMC (kg/m^2)
Obesidad Grado I	30.0-34.9
Obesidad Grado II	35.0-39.9
Obesidad Grado III	≥ 40.0

Sin embargo, esta medición se ha vuelto obsoleta debido a que no mide la adiposidad del sujeto. Esto es importante porque una mayor concentración de grasa abdominal representa un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares¹³.

También se puede medir el índice de cintura-cadera (medida de la cintura dividida entre la medida de la cadera en centímetros), sin embargo, esta técnica ha sido muy cuestionada porque la grasa que se acumula en la cadera y en la cintura, pueden aumentar de forma simultánea, de manera que éste índice permanecerá constante y no se podrá valorar riesgo alguno. Para éste caso, se considerará obesidad un índice cintura-cadera (ICC) ≥ 0.82 en hombres y ≥ 0.74 en mujeres¹⁴.

Estudios más recientes, han descrito una patología nueva conocida como obesidad de peso normal (OPN), que define a los sujetos que presentan un IMC en parámetros normales, con aumento en el PGC, perfil lipídico desfavorable y un perfil personal inflamatorio, en comparación con los sujetos no obesos de peso normal. Se ha demostrado que esta entidad presenta un riesgo aumentado de morir por eventos cerebro y cardiovasculares. Cabe mencionar, que éste riesgo es independiente de otras comorbilidades, lo cual indica que el mayor riesgo tiene implicaciones más allá de las ya conocidas⁷. En la actualidad, se puede medir el PGC total mediante básculas especializadas de bioimpedancia. Éste tipo de instrumentos resultan de gran ayuda, ya que refieren la composición corporal, mediante una técnica que no resulta invasiva, de forma económica, sin discriminar edad o sexo¹⁵. Así pues, y medidos bajo técnicas de bioimpedancia, los valores de porcentaje de grasa corporal considerados como obesidad son $\geq 20.8\%$ en hombres y $\geq 35.0\%$ en mujeres¹³.

En México, la obesidad afecta todos los grupos raciales, sexo y edad, sin embargo, las mujeres en edad reproductiva y los residentes de zonas rurales, son los dos grupos que han presentado un mayor incremento entre 1988 y 2016¹⁶. De acuerdo a la ENSANUT 2018, al categorizar la circunferencia de cintura por sexo, 9 de cada 10 mujeres presentaron obesidad de tipo abdominal¹⁷. Hay que resaltar que en la población mexicana, coexiste la desnutrición y la obesidad, esto puede deberse principalmente a la dieta como factor común de la mala nutrición: es una dieta pobre en calidad, es decir baja en vitaminas y minerales (que genera desnutrición predominantemente infantil), y con alta densidad energética, con un elevado consumo de bebidas azucaradas (generando obesidad y otras enfermedades crónicas)¹⁸.

La razón por la que cada vez es más estudiada la obesidad, además de su prevalencia como epidemia mundial, es porque está asociada al desarrollo de múltiples padecimientos como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, apnea del sueño, colecistitis, infertilidad, complicaciones durante el embarazo y algunos tipos de cáncer como es el de colon, próstata, mama, endometrio, etc., además de que resulta muy difícil su tratamiento presentando a su vez un gran porcentaje de recurrencia¹⁹. Sin embargo, la obesidad también es el principal factor de riesgo que se puede modificar, para evitar el desarrollo de comorbilidades asociadas¹⁶.

1.2.1. Causas de la Obesidad.

La obesidad resulta del desequilibrio entre un aumento en la energía total ingerida y la energía gastada. Así mismo, es conocido que algunos factores dietéticos promueven el sobreconsumo de energía y la ganancia de peso¹⁸. Se consideran como principales causas de obesidad el incremento del consumo energético con disminución del gasto de la misma, pero se debe entender que es una enfermedad multifactorial por lo que no se deben minimizar los factores genéticos, médicos o sociales²⁰.

En el caso de los factores genéticos, existe evidencia científica que indica que hay genes involucrados en el desarrollo de obesidad en aproximadamente 30 a 40% de los sujetos. Estos genes han sido identificados en poblaciones mestizas como la población mexicana, lo que sugiere que, como grupo étnico, los mexicanos son mayormente susceptibles que otros para desarrollar obesidad²¹.

Así mismo, la supresión o modificación del sistema circadiano (el ritmo de la melancortina) encargado de la secreción de leptina y adipoleptina, la microbiota intestinal que varia de acuerdo a la edad, algunos tratamientos farmacológicos, alteraciones metabólicas, menarca antes de los 11 años y algunas características perinatales (ausencia de lactancia materna, elevado peso al nacer, presencia de abundante tejido adiposo antes de los 5 años), son factores que han demostrado contribuir al desarrollo de la obesidad y posteriores complicaciones²².

La ingestión esta regulada por mecanismos complejos entre señales de hambre y saciedad que se controlan a nivel central en el hipotálamo, sin embargo cuando se consumen de forma compulsiva alimentos gratos al paladar, se condiciona al sobreconsumo de energía y por lo tanto al aumento de peso. Los alimentos con elevada palatabilidad (o muy gratos al paladar), coincidentemente son caracterizados por ser altos en densidad energética y bajos en densidad nutrimental, por lo tanto, debido a su gran contenido en lípidos y carbohidratos añadidos, magnifican la expresión de las señales de hambre y debilitan las respuestas a las señales de saciedad, además de movilizar el sistema de recompensa dopaminérgico, que a su vez, estimula la ingestión de más azúcar y grasa, creando un circulo vicioso que genera dependencia física real a estos alimentos¹⁸.

En el caso de los factores sociales y culturales, los que presentan mayor relación en el control de peso son la influencia familiar y social del individuo, así como la autopercepción de la imagen del cuerpo, de la obesidad como enfermedad y del riesgo que presenta un individuo en ausencia de síntomas o molestias, así como el menosprecio del aumento de peso y del riesgo de éste, así como el control alimenticio por razones emocionales²³.

La falta de conocimiento sobre causas y consecuencias, la ausencia del reconocimiento cómo enfermedad y su condición de riesgo, así como las creencias y percepciones que cada individuo construye alrededor de la obesidad, se cuentan dentro de las determinantes psicosociales para su desarrollo. Esto es importante, ya que las investigaciones teóricas sobre el cambio de las acciones con relación a la salud, advierten que cuando el individuo se percibe en riesgo, es más probable que tome acciones preventivas¹⁰.

Otra causa importante de la obesidad es el resultado de las modificaciones rápidas de la demanda alimentaria, que incluyen variaciones en el estilo de vida, de la cultura, organización social y del desarrollo económico. En éste sentido, las crisis económicas generan incrementos cíclicos de los precios con la continuidad del ingreso directo lo que genera que la población más vulnerable o en situación de pobreza, elija alimentos más económicos aunque no necesariamente de la mejor calidad calórica, lo que genera desequilibrios dietéticos y obesidad²⁴.

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), entre 1992 y 2016 se redujo un 8% el gasto en alimentos primordiales y 6% en bebidas, aumentado a su vez, el gasto en alimentos fuera de la canasta básica que son altos en densidad energética un 22%, y un 39% en alimentos consumidos fuera del hogar. Cabe mencionar que la disminución de alimentación primordial fue más grande en los niveles socioeconómicos más altos, mientras que el gasto en alimentos no primordiales aumentó en los más bajos. De igual forma, la relación del gasto destinado a bebidas aumentó únicamente en el quintil más bajo de ingreso y se redujo en todos los demás.

Además de lo anterior, el mismo estudio determinó que las dietas con alimentos más saludables cuestan más en comparación con sus opuestas²⁵. De acuerdo a la última Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes²⁶ las medidas que han sido implementadas en México para controlar la obesidad están basadas en tres pilares: la salud pública (con vigilancia epidemiológica, y educación para la salud), la atención médica de calidad, con abasto suficiente de medicamento y la regulación sanitaria en etiquetado, publicidad y política fiscal. Así, estas estrategias van dirigidas a tres ejes principales:

1. Disminución en el consumo de alimentos.
2. Aumento en la actividad física.
3. Adjudicación de la responsabilidad de la obesidad a los individuos o a los padres de los niños con exceso de peso.

Al tener estos ejes como pilares de salud pública, se omiten evidencias sobre factores genéticos, epigenéticos y ambientales, lo que favorece la creación de estereotipos, estigmas, discriminación y prejuicios hacia las personas con obesidad, lo que a su vez favorece que las personas duden o no quieran solicitar ayuda ante su enfermedad⁵.

1.2.2. Efectos físicos, psicológicos y sociales de la obesidad.

Al ser una enfermedad multicausal, la obesidad es también una enfermedad que puede tener efectos físicos, psicológicos y sociales sobre quien la padece.

Entre los efectos físicos o complicaciones médicas que figuran principalmente se encuentran la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades coronarias y vasculares, alteraciones ortopédicas, problemas respiratorios, gástricos y endócrinos, alteraciones del sueño, entre otras²⁷. Así mismo, existen algunas características psicológicas de las personas con obesidad como codependencia, pasividad, baja asertividad, bajo nivel de introspección y baja autoestima. Justamente esta última, es una de las consecuencias psicológicas que se encuentran más comúnmente en estos sujetos, debida primordialmente a la distinción que produce de inferioridad física, que a su vez puede terminar en depresión, por no poder alcanzar metas propuestas. En el caso de la imagen corporal, la sociedad actual asocia la delgadez con la belleza y a la obesidad como una situación antagónica con un escaso control sobre sí mismo, falta de responsabilidad, descuido e incluso falta de limpieza. Sin embargo, actualmente sabemos que esta patología no depende únicamente del sujeto, sino también de factores ambientales, médicos y sociales que lo rodean²⁷.

Es importante mencionar, que además la obesidad tiene un impacto en el desarrollo económico y de capital humano de un país, esto debido a la baja productividad y a los costos que genera su tratamiento. Se estima que para el 2017 la obesidad costó 240 mil millones de pesos, lo que al parecer seguirá creciendo, con una estimación de 272 mil millones para el 2023. Únicamente los costos de la diabetes asociados a la obesidad son de 85 mil millones de pesos al año: 73% por tratamiento médico, 15% por pérdidas secundarias al ausentismo laboral, y 12% por mortalidad prematura y sus pérdidas asociadas²⁹. El incremento en la obesidad afecta gradualmente la competitividad de cada país y debilita las finanzas del sector salud.

Si bien cualquier nivel socioeconómico se enfrenta a una oferta alimentaria basada en productos industrializados, los estratos más bajos sacrifican no solamente la cantidad, sino también la calidad de los mismos. De esta forma, la hegemonía del patrón oferta-demanda que está implícita en la estructura social del país, incorpora productos de baja calidad, altamente industrializados y bebidas embotelladas, que al juntarse con la dieta base que ya de por sí era alta en carbohidratos, genera un deterioro progresivo en la calidad de la alimentación²⁴.

1.2.3. Obesidad en Zonas Rurales.

Se tiene la creencia que niveles socioeconómicos (NSE) más bajos se concentra la mayor parte de la desnutrición, mientras que la obesidad, se concentra en los NSE altos. Sin embargo desde los años ochenta, éste patrón ha comenzado a cambiar: podemos decir que en México, en algunos grupos de edad (5-19 años) y en zonas urbanas, sigue siendo predominante la obesidad para un NSE alto, no así en los otros grupos de edad, como ocurre con las mujeres en edad adulta, donde la obesidad es mayor en las que tienen un menor grado de escolaridad además de haber un mayor grado de obesidad, con un crecimiento más acelerado en grupos de bajo NSE¹⁸.

Durante muchos años se ha visto a la obesidad como un estereotipo de las grandes urbes, sin embargo, los últimos estudios han demostrado que el índice de masa corporal y la obesidad a nivel mundial, han aumentado más en áreas rurales, que en las ciudades. Esto puede deberse a que la agricultura está cada vez más mecanizada y aunque es una muestra de la evolución, puede generar mayor sedentarismo³⁰.

Además, al estar alcanzando éste ambiente obesogénico a todos los estratos de la población, es posible que los de más bajo NSE (que casi siempre se encuentran en éstas zonas) tengan menor acceso a la información, así como una menor motivación o recursos para llevar a cabo una dieta de mayor calidad, por lo que quizá la obesidad se empiece a centrar más en éste grupo¹⁸.

Además está el factor de acceso a alimentos saludables y de calidad, que en general está mediado por la pobreza. Se sabe que en zonas rurales, el ingreso mensual total por persona es de \$942, y de \$845 como ingreso monetario, sin embargo el costo de la canasta básica alimentaria para esta misma zona es de \$1,117.50. En el 2016, se reportó que el gasto de los hogares en alimentación para estas áreas geográficas era del 50.6% del total³¹. Lo anterior forja diferencias en la frecuencia de consumo y en la cantidad de los alimentos que son necesarios para tener una dieta nutritiva, ya que es muy común que los alimentos con alta densidad de nutrientes sean más caros que los de alta densidad energética (generadores de obesidad)²⁵.

Adicional a lo anterior, consumir alimentos con mayor calidad nutricional para llevar a cabo una dieta adecuada también está condicionado a que las personas tengan acceso físico en sus lugares de residencia a puntos de venta con la diversidad de alimentos requeridos además de formas de transporte para llegar a ellos. En las zonas rurales, específicamente en localidades muy alejadas y aisladas de cualquier centro de distribución, esta situación genera un problema alimentario³⁰.

La inequidad en la distribución de recursos, genera que el sistema alimentario atienda de forma diferente a los distintos grupos poblacionales y al margen de las condiciones de cada uno. Las comunidades rurales de menores ingresos normalmente tienen más y limitación para acceder a dietas nutricionalmente adecuadas. Gracias a esto, los riesgos por lo general son el hambre y la desnutrición, sin embargo, si su ingreso les permite adquirir otro tipo de alimentos, estos serán densos en energía y con baja calidad nutricional, agregando así, el riesgo de obesidad.

Estos hogares muy difícilmente alcanzan la seguridad alimentaria definida como un estado en el que siempre se tenga acceso físico y económico a alimentos de alta calidad nutricional, y que sean suficientes para garantizar las necesidades alimenticias que mantengan un nivel de vida saludable³².

Para el 2016, el 20.1% de la población todavía ostentaba carencias en la accesibilidad de la alimentación, siendo un 17.5% perteneciente a hogares con ingresos inferiores a la línea de bienestar mínimo, lo que secundariamente indica que ni aún destinando todo su dinero a la compra de alimentos podrían alcanzar una dieta nutritiva³¹.

Cabe mencionar, que aunque en el ámbito rural la alimentación no sólo depende del ingreso monetario, sino que es posible acceder a alimentos mediante producción para autoconsumo, coloca a la población en una situación de vulnerabilidad frente a los fenómenos meteorológicos o naturales³⁰ además de que los programas de ayuda alimentaria aún son insuficientes, contemplando hasta el 2016 únicamente a cuatro de cada 10 hogares carentes de acceso a la alimentación³².

Actualmente en México, son pocos los estudios que presentan evidencia de la percepción de la población sobre la obesidad³³, específicamente en comunidades rurales, donde la pobreza e inseguridad alimentaria parecen ir de la mano y cuyos factores demográficos, aumentan la probabilidad de no tener acceso estable, económico y social a alimentos suficientes. Éstos estudios podrían ayudar a encaminar más y mejores estrategias de salud³⁴.

En 2018, Pérez Gil y Romero, realizaron un estudio en comunidades rurales para medir la percepción que las mujeres tenía de su imagen corporal, encontrando que no hay concomitancia entre ésta y el IMC, es decir las mujeres que presentaron obesidad no se perciben como tal, e incluso las que presentaron un peso normal, se percibían como más delgadas. En el mismo estudio, se realizaron entrevistas en donde las mujeres manifestaban desagrado hacia su cuerpo, lo que muestra un aumento de la preocupación más por el aspecto estético que por la salud o la calidad de vida. En éste sentido, se entiende que las mujeres en comunidades rurales son las consignatarias del conocimiento tradicional pero se muestran hasta cierto punto orientadas a cambiar sus costumbres por otras “modas occidentales”. Los cambios en el estilo de vida y las innovaciones tecnológicas generan modificación en los alimentos a los que tienen acceso, su preparación y las razones para consumirlos³⁵.

El actual desarrollo de los tratamientos para la obesidad en México, deben ir encaminados a entender todos estos factores agregados en cada paciente, buscando la multidisciplinariedad al atenderlo. Es imperante dotar a las personas con éste padecimiento, de destrezas de autorregulación para que conozcan como pueden controlar su ingestión y ejecuten actividad física regular³⁶.

Así mismo, es importante mencionar, que debido a que no existen estudios previos en comunidades rurales, también es posible que las estrategias para combatir la obesidad en estas áreas no sean las más adecuadas, por lo que se deben considerar nuevas que se basen en evidencias y de acuerdo con las características culturales de consumo y actividad física locales, considerando también, el acceso y disponibilidad de los alimentos²⁵.

1.3. Creencias Cognitivas.

Desde 1976, Beck postuló que la percepción de los eventos influye sobre las emociones y los comportamientos. Es decir, los sentimientos no se determinan por las situaciones en sí, sino por el modo en que cada individuo interpreta esas situaciones. En éste sentido, la percepción, memoria, pensamientos y emociones, activan y mantienen la forma en que actúa cada individuo, lo que genera la motivación para hacer o no las cosas. La motivación que se encuentre determinada por la percepción, será lo que active, dirija y mantenga las acciones de cada uno. Estos pensamientos, que además se vuelven indiscutibles para el individuo, se denominan creencias centrales y son en general ideas sobre sí mismo. La forma clínica de éstas creencias son los pensamientos automáticos que ocasionan distorsiones cognitivas, las cuales se vuelven determinantes en la manera de actuar de cada individuo. Así es como el sistema cognitivo en un proceso autorregulador, inicia en los modelos de interdependencia social³⁷. Así mismo, Ellis en 1962 desarrolló un modelo denominado Terapia Racional Emotiva en el que postuló que existen creencias irracionales caracterizadas por órdenes o mandatos falsos (no están apoyadas por evidencia), que llevan a las personas a emociones como ansiedad o depresión y no ayudan a lograr los objetivos de cada persona³⁸.

En éste sentido, el proceso en como cada persona resuelve los problemas, tiene que ver en una respuesta de afrontamiento que sea efectiva, por lo tanto, a partir de la teoría cognitiva, se encuentra que estas creencias determinan como cada persona soluciona los problemas. Al medirlas, las altas puntuaciones de irracionalidad se interpretarán como actitudes negativas hacia los problemas y al empleo de malas estrategias para resolverlos³⁸.

En el campo de la salud, las creencias son características de cada individuo que moldean la conducta mediante la socialización, tampoco son fijas y cambian de persona a persona aún con los mismos antecedentes. Estos pensamientos, dirigen su atención a dos cosas: que tanto el individuo se sienta amenazado y la evaluación de su propia conducta, es decir, nadie generará una conducta distinta de salud (ya sea prevención, tratamiento o rehabilitación) sino cuenta con motivación hacia ella y además información sobre la misma, ya sea porque se vea así mismo como susceptible de enfermar, que considere grave la enfermedad o que esté convencido de la eficacia de la intervención³⁹.

Si bien el auto reconocimiento no necesariamente indica que habrá un cambio de pensamiento ni de conducta, está reconocido que ésta información es necesaria para iniciar con éste proceso⁴⁰. Algo que en teoría puede curarse no supone un grave riesgo y en todo caso no merece una gran consideración, es decir, que la percepción de la gravedad de un proceso se relaciona directamente con el comportamiento a seguir⁴⁰. Desde mediados del siglo pasado, se han propuesto modelos de creencias de salud, para entender por qué los sujetos presentan negativas para llevar a cabo conductas preventivas⁴¹.

La *susceptibilidad percibida* ante un problema de salud, es la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, la *severidad percibida* es la creencia sobre la gravedad de la enfermedad y la acción específica que se lleve a cabo, dependerá de los dogmas de cada sujeto respecto a la certeza de las diferentes conductas que se tengan que seguir, lo que se conoce como *beneficio percibido*. Así mismo, las *barreras percibidas* son las creencias que van en sentido opuesto a la ejecución de la conducta en cuestión⁴¹.

En el caso de la obesidad, la relación entre percepción y ésta, se da en personas adultas, esto puede ser secundario a que la percepción de obesidad está relacionada al alcance del pensamiento de encontrarse en riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares³⁴.

Las creencias cognitivas tales como el autocontrol o autorregulación, la organización de procesos integrales de pensamiento terapéutico y rehabilitación, así como el aprendizaje comienzan en las primeras dos décadas de la vida y se establecen hasta pasar la adolescencia⁴².

Un estudio realizado en España, demostró que el autocontrol desciende en la adolescencia y tiene un aumento gradual durante la adultez temprana. Es decir, son los adultos mayores de 30 años, los que presentan un mayor autocontrol. Esto puede deberse a que en la adolescencia, la corteza prefrontal, encargada de controlar los impulsos, aún no ha madurado por completo y por lo tanto, aún no existen como tal, este tipo de creencia⁴³.

Aunque la obesidad es secundaria a un desequilibrio energético crónico y se relaciona en la mayoría de las veces, con factores que se pueden modificar, como el comportamiento alimentario, (ingestión energética excesiva, tamaño de cada porción ingerida, acceso a los alimentos) y la actividad física, es fundamental tener responsabilidad individual para que funcionen las estrategias para su control⁸, ya que los resultados dependen de que tanto control alcance cada persona para tener un cambio en su estilo de vida. Éste esfuerzo constante y progresivo, está normado mediante pensamientos que pueden ayudar o mermar las acciones dirigidas al control de peso³⁶.

Se sabe que un mayor autocontrol percibido mejora la valoración subjetiva de bienestar y como consecuencia, el poner en práctica conductas de autocuidado, afectando directamente la percepción de la calidad de vida⁸. Actualmente no existen estudios que relacionen la calidad de vida y las creencias cognitivas en pacientes con obesidad en comunidades rurales, por lo que el presente estudio, puede abrir áreas de oportunidad, para la atención multidisciplinaria del control de peso, y por añadidura de las complicaciones adyacentes¹.

1.3.1. Autorregulación.

La inicial teoría de autorregulación fue desarrollada por Bandura en 1986 refiriéndose a la capacidad personal de observar y valorar cada conducta propia con base en juicios internos, lo que a su vez da origen a acciones, sentimientos y pensamientos que hacen que un individuo logre sus objetivos³⁷.

En 1996, Kanfer propuso el concepto de autorregulación como un proceso de autocorrección ante índices de peligro inminente o estados conflictivos de motivación que activaban el sistema de observación. Posteriormente, en 1998 Miller y Brown modificaron éste postulado con base en los cambios con respecto a las adicciones, definiendo la autorregulación como la forma en que cada persona es capaz de planear, controlar y administrar su conducta. Éste modelo plantea que deben existir siete procesos sucesivos y que el déficit de cualquiera de estos provocaría que no existiera la regulación del comportamiento. Así, estos procesos debieran de ir en la siguiente línea: Prólogo a la información, autoevaluación, afición al cambio, indagación, proyección del cambio, ejecución y evaluación⁵.

Esto quiere decir, que la autorregulación, se da mediante procesos propios y automáticos, que dirigen la conducta propia del individuo a lo largo del tiempo que se puede dar en la interacción de procesos personales y ambientales, operados mediante la autoobservación, autoevaluación y autorreacción. Para que exista un proceso de autorregulación es necesario que éste sea capaz de autoobservar el comportamiento y las condiciones sociales, autoevaluando cada conducta y comparándola con las metas planteadas y estándares establecidos, derivados de una motivación⁴⁴. Cabe mencionar que a edades tempranas, éstas acciones no pueden llevarse a cabo en ningún individuo. Esto se debe a que la autorregulación es una forma de conciencia que vincula las emociones con la cognición, que son los dos grandes puntos de la naturaleza del ser humano que se unen cuando el individuo trata de regularse así mismo. En éste sentido, el sistema afectivo debe ponerse al servicio del sistema cognitivo para que el individuo alcance una meta o resuelva un problema⁴⁵.

En el caso de la obesidad, cada vez se tiene más claro que el comportamiento tiene un papel definitivo para el tratamiento eficaz de ésta. Es decir, la capacidad de cada individuo para motivarse y autoevaluar sus propios comportamientos, conocido como *Autorregulación del Comportamiento*, se asocia a una mayor pérdida de peso. Aun así, son muy pocos los estudios en éste país, que hayan evaluado si las personas con obesidad tienen un déficit en sus procesos de autorregulación. Por lo que en 2015, Campos Uscanga y cols., diseñaron y validaron una escala de autorregulación de hábitos alimentarios cuyos resultados tuvieron coeficientes de correlación significativos para autorreacción, autoobservación y autoevaluación. Estas altas correlaciones entre las subescalas mostraron que la autorregulación es un proceso dinámico, en el que influyen mutuamente esos tres coeficientes⁴⁴.

Se ha demostrado una asociación entre la lactancia materna con una mejor autorregulación de la ingestión, secundario a que el niño que es amamantado tiene mayor control sobre la cantidad de alimento que succiona, haciendo que la producción de alimento por parte de la madre, varíe de acuerdo a las necesidades y demandas de éste¹⁸. En el 2007, Román, Díaz, Cárdenas y Lugli especificaron que “la responsabilidad individual se vuelve fundamental para el éxito de cualquier estrategia de control de peso, ya que los resultados en gran medida son dependientes del control alcanzado por el cliente y de obtener un cambio permanente en su estilo de vida”³⁶.

Así mismo, desde 1994 Saldaña y Rossell, ya evaluaban si las personas con obesidad presentaban un déficit en sus procesos de autorregulación⁴⁶.

En el caso de la obesidad, se requiere de autoobservación de las conductas propias de salud sociales y cognitivas en las que se da, autoevaluación para poder establecer objetivos que guíen las estrategias que se aplicarán y autorreacción que involucra la motivación propia y el soporte social necesario para mantener las destrezas saludables. La autorregulación es una capacidad que desarrolla comportamientos de prevención y control de factores de riesgo, haciendo que las personas puedan corregir y supervisar sus conductas y plantearse metas⁴⁷.

1.3.2. Autoeficacia Percibida

Otra determinante clara para el control de peso, es la *Autoeficacia Percibida* de cada individuo, que deberá entenderse como la percepción de cada individuo sobre su capacidad para organizar y ejecutar el tratamiento con el rendimiento necesario como evitar abandonos⁴⁸.

Ésta influye directamente en el control del peso, al posterior mantenimiento y actúa como predictor del éxito del tratamiento, al considerarse un juicio de cada individuo sobre sus actos que le permite alcanzar el rendimiento deseado; es decir, una baja autoeficacia está relacionada con mayor abandono del tratamiento. Como tal, el término autoeficacia se puede asumir como la confianza personal para poder desarrollar cierta actividad que influya considerablemente en la vida de esa persona⁴⁹. En todas las etapas de un proceso de cambio para un proceso de salud, la autoeficacia percibida es un factor relevante, sin embargo, no necesariamente funciona bajo el mismo constructo a través de diferentes fases⁵⁰.

Estudios previos como los de Berdasco, Romero y Jimenez⁵¹, muestran que la elevación del Índice Cintura Cadera aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y que hay una relación entre la autoeficacia y la acción, ya que al aumentar las medidas de la primera se forma progresivamente un aumento en los beneficios de ejecución y viceversa, esto independientemente de que el individuo posea las habilidades requeridas. Sin embargo en 2014, Campos Uscanga y cols., mostraron que en población adolescente no hay mayor asociación entre la obesidad y la autoeficacia: “Es probable que los jóvenes no cuenten con las herramientas internas necesarias para ejercer una adecuada autoevaluación y autorreacción limitando sus posibilidades de autorregularse, lo que se refleja en sus bajos puntajes comparados con los estudiantes con peso normal”⁴⁷. Esta última investigación, da la pauta para poder entender que no se puede tener un sistema de creencias cognitivas completo hasta completar una madurez cognitiva completa.

Con relación a esta variable, Bandura¹⁹ estableció tres aspectos para poder evaluarla: para el triunfo de cualquier adiestramiento de control de peso, es necesario y fundamental el compromiso individual, debido a que el resultado siempre es dependiente del auto control alcanzado para poder hacer un cambio indisoluble en el estilo de vida, lo que a su vez, requiere un esfuerzo constante para controlar la ingesta alimenticia y practicar ejercicio físico de forma regular⁴⁸. La creencia que cada individuo tenga sobre su autocompetencia para realizar éste esfuerzo, puede generar conductas benéficas o bien dejar de practicar aquellas que no resulten de esta manera. Así pues, la autoeficacia percibida constituye una variable para poder predecir el éxito o abandono de un tratamiento de control de peso y del mantenimiento del mismo posterior a su término⁴⁹. A pesar de lo anterior, son pocos los estudios encaminados a establecer el papel que pueda generar dicha variable⁴⁹.

Un estudio realizado por Hernández *et.al.* en 2015, demostró que dado que la autoeficacia interviene en la medida de adhesión a los tratamientos para perder peso y para conservar estas pérdidas, las personas que abandonaron los tratamientos se percibieron a sí mismas como menos autoeficaces frente a las que los continuaron, así pues, los informes de éste estudio, en la escala de autoeficacia, muestran que los individuos que han desatendido sus tratamientos confían menos en su capacidad de afrontamiento a situaciones difíciles o estresantes y por lo tanto confían menos en sus recursos personales para perder peso⁵⁰.

El inventario de autoeficacia percibida para el control del peso, desarrollado por Román, Díaz, Cárdenas y Lugli en el 2007, intenta medir la autoeficacia mediante tres dimensiones: estilos alimentarios y externalidad, actividad física programada y actividad física cotidiana.

En éste sentido, se debe entender por estilo de alimentación las conductas personales tales como la velocidad de la ingesta, la elección de alimentos y la cantidad diaria en el consumo de los mismos. Así mismo, se entienden como estímulos externos factores ambientales como la hora del consumo, como luce, sabe y huele la comida. La actividad física cotidiana son las labores de la vida diaria como caminar, subir y bajar escaleras, trabajar, actividades comunes del hogar, etc., y la actividad física programada son los movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma⁴⁸. En éste sentido, un nivel de autoeficacia no es determinante a lo largo de la vida del sujeto, como lo planteó Bandura en 1977, el constructo de autoeficacia es diferente para las distintas fases del proceso de adquisición de conductas saludables⁵⁰. Es decir que la autoeficacia percibida puede ser distinta en las distintas etapas del tratamiento para perder peso, lo que ayudaría a entender la brecha entre las intenciones y la puesta en acción de dichos comportamientos⁵⁰.

Es de relevancia mencionar que, en un estudio realizado por Guzmán en el 2011, se observó que los hombres manifiestan una autoeficacia que se vincula más con la fuerza de voluntad en formas de alimentación no saludable y actividad física programada, mientras que las mujeres la relacionaron diferenciando la actividad física programada de la cotidiana y respecto a estilos alimenticios asociados a factores externos. En éste sentido, la teoría cognitivo-social afronta el género como consecuencia de la interacción entre elementos personales, comportamentales y del entorno⁵².

Otro factor importante, es el que encontraron en Chile en el 2007, en donde un estudio realizado específicamente a mujeres, demostró que no se encontraron diferencias en la autoeficacia de acuerdo a las mujeres que tenían o no pareja estable, tampoco en las que realizaban actividades laborales dentro fuera del hogar y ni siquiera de acuerdo al IMC; sin embargo sí encontraron diferencias entre las mujeres con escolaridad baja y alta, presentando menos autoeficacia las únicamente tenían educación básica⁵³.

1.3.3. Locus de Control.

Otra creencia es el de *Locus de Control*, entendido como el nivel de compromiso que siente cada persona hacia su enfermedad y tratamiento⁵⁴. En un estudio realizado en el 2014 por Medrano, *et.al.*, se encontró que las personas con obesidad tienen un menor control sobre la ingestión de alimentos, lo que contribuye al desarrollo y falta de apego al tratamiento⁸.

En el 2002, Cioffi determinó que las personas con obesidad tienen un menor control interno sobre la ingesta de alimentos, esto posiblemente secundario a la relación entre la ingesta con elementos externos. Lo que quiere decir que los individuos con mayor externalidad dedican la ingesta excesiva a eventos externos que están fuera de su control, lo que contribuye a su obesidad, no responsabilizándose de ella *per sé*⁴⁹.

La construcción de la definición de locus de control es derivado de la teoría del aprendizaje social que Rotter explicó en 1954, donde se establecía como determinante de la conducta de una persona el grado en que ésta percibe las consecuencias particulares de su propio comportamiento contra el grado en que cada comportamiento es controlado por fuerzas ajenas y extrañas a ella⁵⁵. Así es como se diferencia entre locus de control interno y locus de control externo.

El primero es la creencia de que cada acontecimiento es contingente a la conducta del individuo, y el segundo, de que esos acontecimientos más bien dependen de la suerte, destino, casualidad o de las demás personas alrededor. Teniendo lo anterior en cuenta, el concepto de locus de control sugiere que cada conducta, depende de la cantidad de control personal que cada sujeto posea, estableciendo así, poder predecir y poder modificar de la conducta humana⁵⁵.

En 2011, Lugli y Vivas desarrollaron el inventario de Locus de Control de peso, para poder estudiar ésta variable, mediante tres dimensiones: internalidad, otros poderosos y azar³⁶. En éste entendido se tienen las siguientes caracterizaciones:

- Internalidad: Característica de cada persona de atribuir los acontecimientos que le suceden como resultado de sus propias acciones.
- Otros poderosos: Tendencia a asumir que el control de los sucesos son el resultado de la manipulación de otras personas ajenas a él que poseen el control necesario para hacerlo.
- Azar: Tendencia a atribuir los hechos que le suceden como resultado de la suerte, la casualidad o el destino⁵⁵.

Según Bandura, la autoeficacia percibida y el locus de control son dos creencias que pueden influir en la autorregulación del peso en personas con obesidad⁵⁴. Se considera que las personas que presentan mayor autocontrol en áreas como pensamientos, emociones e impulsos, regulación de conducta y hábitos, también tienen una mejor percepción de bienestar relacionado con las actividades cotidianas y, por lo tanto, en su salud general⁸.

Éste tipo de modelos cognitivos sociales son importantes para comprender y exponer las reflexiones que tienen las personas cuando requieren llevar a cabo conductas que cambien su salud, ya sea para mejorarla o visceversa⁵⁶.

Así pues, la dieta y el ejercicio, al ser conductas implicadas con el autocontrol, ya que necesitan de esfuerzo para formar rutinas y manejar pensamientos y emociones, pueden estar asociados a una mejor CVRS⁸.

1.3.4. Percepción de la Imagen Corporal.

Se entiende como imagen corporal a la imagen que se forma en la mente de cada individuo sobre su propio cuerpo. Esto quiere decir, que la imagen corporal no está necesariamente relacionada con la apariencia física real, y es más bien secundaria a las condiciones y evaluaciones que cada persona tiene hacia su cuerpo. Cuando se presentan dimensiones corporales no coincidentes con las reales, se presenta una alteración de la imagen corporal⁵⁷.

En éste sentido Cash menciona que dicha imagen tiene implicaciones en la percepción que va relacionada con imágenes y valoración de tamaños y formas del cuerpo. Éstas implicaciones pueden ser cognitivas refiriéndose a las creencias sobre el cuerpo y la experiencia corporal y otras emocionales que tienen que ver con el placer y la satisfacción del cuerpo, de ésta manera la imagen corporal presenta dos componentes: la imagen corporal *per sé*, que es la referencia a la representación consiente del cuerpo y el esquema corporal, que es una representación más bien abstracta que cada individuo percibe de su cuerpo. Estos dos componentes, a menudo pueden ser distintos para cada persona⁵⁸. Para poder formar la imagen corporal, un individuo debe generar cuatro posturas hacia el cuerpo:

1. Perceptual: La percepción *per se* del cuerpo en su totalidad o por partes.
2. Cognitiva: Valoración autónoma que tiene cada persona respecto a su cuerpo o partes de éste.
3. Afectivo: Los sentimientos y actitudes responsivas al cuerpo de cada sujeto.
4. Conductual: Comportamientos dados a partir de la percepción⁵⁷.

Teniendo en cuenta éstas posturas, es de entenderse que la imagen corporal sea una idea dinámica que puede sufrir modificaciones a lo largo de la vida de una persona. En la infancia, ésta se conforma de manera natural, reforzándose durante la adolescencia. Sin embargo, conforme se dan las experiencias con el entorno de cada individuo, cambia la relación de éste con su cuerpo y con las interacciones con su ambiente, además de los cambios físicos, mentales, hormonales y sociales de cada uno⁵⁸.

Con respecto a las alteraciones de la imagen corporal, Cash y Brown en 1987, indicaron que pueden ser de dos formas, las *alteraciones cognitivas y afectivas*, como la no satisfacción del cuerpo y los sentimientos negativos que éste produce en cada persona y las *alteraciones perceptivas*, que acarrearán a una distorsión completa de la imagen corporal, estimando de forma incorrecta la forma y tamaño del cuerpo. Sin embargo, es muy difícil saber si se distorsiona la imagen corporal por la insatisfacción hacia el cuerpo o debido a que existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma⁵⁹.

Uno de los factores asociados directamente con la insatisfacción hacia la imagen corporal es la obesidad. Sin embargo, el escaso agrado hacia la apariencia física, está ligado con la baja autoestima, depresión, ansiedad, sentimiento de baja eficacia e inseguridad, lo que a su vez, genera una autoevaluación negativa⁵⁹. Un estudio realizado en México en el 2016, en donde evaluaron la concordancia del IMC real con el percibido, mostró que los individuos con obesidad registraron una diferencia al alza de 1.2%, es decir, que se observó una tendencia de sobreestimación al mismo tiempo que subestimación del peso corporal⁶⁰.

Otro estudio realizado en estudiantes universitarios en España en 2015, mostro que el 90% de los sujetos estudiados subestimaban su IMC, siendo los estudiantes con obesidad quienes más subestimaron su peso (89.7% de sujetos estudiados con obesidad)⁶¹.

Para poder medir la imagen corporal, existe el método de siluetas que diseñaron Sorensen y Stunkard en 1983, el cual se basa en un auto reporte en el que el entrevistado elige el contorno que más se parece a la forma de su cuerpo y posteriormente la que le gustaría tener, éste doble auto reporte, permite medir la satisfacción en la imagen corporal pero también es indicador de la percepción del tamaño del mismo⁶².

Éstas siluetas se han utilizado para evidenciar también, la concordancia entre las percepciones personales y las de terceros o las mediciones corporales de cada individuo, esto para juzgar la coherencia entre la percepción y la realidad con respecto al IMC. Distintos estudios han mostrado, que la población en general aspira a tener un IMC que implique una complexión más delgada o con menor peso, sin embargo, en algunas ocasiones la autopercepción de cada persona, genera el pensamiento de que para llegar a una silueta deseada, se tiene que bajar menos peso de lo que en realidad debería bajarse⁶³.

2. Planteamiento del Problema.

Las complicaciones médicas de la obesidad, como *Diabetes Mellitus*, Hipertensión Arterial, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades del Sueño, Artrosis, Dislipidemia, etc., son causantes de incapacidad e incluso muerte, que se traducen en gastos para el individuo y para el sistema de salud. México ocupa el 2º lugar a nivel internacional en población adulta con obesidad, lo que la posiciona como un inconveniente prioritario de la Salud Pública.

La obesidad es un padecimiento multifactorial. Si bien, el aumento en el consumo de alimentos, el consumo inadecuado de los mismos y el sedentarismo son las causales mundialmente aceptadas, también existen factores sociales y culturales que influyen en el control del peso. Dentro de estos factores se puede encontrar la autopercepción de la figura corporal y de la enfermedad, el menosprecio del exceso de peso y del riesgo de padecerlo, factores emocionales que evitan el control de los alimentos y la influencia familiar.

Éste tipo de determinantes sociales, son directamente influenciados por pensamientos y sensaciones que se seleccionan, organizan y excluyen a los no deseados, interpretándolos desde pautas culturales o ideológicas que el individuo haya adquirido desde su infancia. Estos procesos mentales (percepciones, memoria, pensamientos, emoción) activan y mantienen la forma de actuar de cada individuo, generando una motivación para hacer o no las cosas.

Cuando éste tipo de pensamientos se vuelven incuestionables para el individuo, se denominan creencias centrales y aunque pueden estar equivocadas, se vuelven verdades absolutas debido a la atención selectiva que no reconoce aquella información que la niega o refuta.

Éste tipo de pensamientos transitan a nivel inconsciente y habitualmente están asociadas a ideas sobre sí mismo. La manifestación clínica de éstas creencias son los pensamientos automáticos, que a su vez ocasionan distorsiones cognitivas, las cuales son determinantes en la manera de actuar de cada individuo. Es posible que las estrategias para el control de la obesidad no hayan tenido los resultados esperados debido a que el sistema médico no coincide con lo que la población percibe sobre ésta enfermedad. Es decir, la autopercepción del peso es indispensable para su tratamiento e incluso para ser concebido como un problema de salud.

Para medir la salud, es importante medir la calidad de la vida, lo que en la actualidad se ha vuelto de suma importancia. Éstas medidas, por medio de parámetros biológicos o fisiológicos resultan ser excelentes indicadores para los médicos y para el sistema de salud, para implementar nuevos tratamientos o mejorar los ya existentes, en el control del peso. Sin embargo, no existen estudios que relacionen el impacto del peso en la calidad de vida (IPCV) con la autorregulación de hábitos alimenticios, autoeficacia percibida y locus de control, mucho menos en espacios rurales, donde hasta hace poco tiempo se consideraba que la obesidad no era un problema central debido a su dieta y actividad física.

Identificar si existe una relación entre el impacto del peso en la calidad de vida (IPCV) con la autorregulación de hábitos alimenticios, autoeficacia percibida y locus de control en comunidades rurales del Valle de Toluca es un factor clave para la modificación de conductas individuales para mejorar el estado de nutrición y generar nuevas creencias, hábitos y costumbres alimentarias en el ámbito familiar. Por lo que se formuló la siguiente pregunta:

¿Existirá relación entre las el impacto del peso en la calidad de vida (IPCV) con la autorregulación de hábitos alimenticios, autoeficacia percibida y locus de control en sujetos adultos con obesidad de comunidades rurales del valle de Toluca?

3. Hipótesis.

Alternativa.

Hay relación entre el impacto del peso en la calidad de vida (IPCV) con la autorregulación de hábitos alimenticios, autoeficacia percibida y locus de control en adultos con obesidad de comunidades rurales del valle de Toluca.

Nula.

No hay relación entre el impacto del peso en la calidad de vida (IPCV) con la autorregulación de hábitos alimenticios, autoeficacia percibida y locus de control en adultos con obesidad de comunidades rurales del valle de Toluca.

4. Objetivos.

General.

El objetivo general de este estudio fue relacionar el impacto del peso en la calidad de vida con la autorregulación de hábitos alimenticios, autoeficacia percibida y locus de control en adultos con obesidad en ruralidad de acuerdo con el sexo y el PGC, considerando esta relación un factor clave para implementar medidas que ayuden a modificar el estilo de vida de las personas.

Específicos.

- Clasificar por grado de obesidad de acuerdo a PGC a los adultos que viven en comunidades rurales del Valle de Toluca.
- Relacionar el impacto del peso en la calidad de vida con la autorregulación de hábitos alimenticios de acuerdo al sexo y PGC de los adultos con obesidad en comunidades rurales del Valle de Toluca.
- Relacionar el impacto del peso en la calidad de vida con el locus de control de acuerdo al sexo y PGC de los adultos con obesidad en comunidades rurales del Valle de Toluca.
- Relacionar el impacto del peso en la calidad de vida con la autoeficacia percibida de acuerdo al sexo y PGC de los adultos con obesidad en comunidades rurales del Valle de Toluca.

5. Justificación.

Uno de los grandes problemas de la epidemia mundial de obesidad, son las patologías secundarias que ésta genera, como diabetes, hipertensión, dislipidemias, etc. En la actualidad, el enfoque terapéutico está dirigido principalmente al tratamiento médico, nutricional y físico, sin tomar en cuenta la calidad de vida del paciente. Aunque desde hace mucho tiempo se habla de éste término, no existen estudios en México que relacionen el impacto que tiene el peso sobre esta con la autorregulación de hábitos alimenticios, locus de control y autoeficacia percibida en población con obesidad y más aún, en comunidades rurales.

Es importante considerar que una correcta percepción del peso y tener una adecuada calidad de vida con relación a la salud, provocará no solamente que el paciente busque ayuda terapéutica, sino que siga de forma correcta el tratamiento y mantenga su peso posteriormente. Conocer el tipo de relación que tienen, puede ser de gran importancia para implementar programas médicos integrales y multidisciplinarios, que no solamente mejoren el peso de las personas, sino la percepción y autocuidado que sienten hacia ellos mismos.

A su vez, estudiar ésta relación en comunidades rurales, puede ampliar la percepción sobre los cambios sociodemográficos que existen actualmente con respecto a la salud, encontrando población vulnerable y poco atendida con respecto a la obesidad; con el fin de encaminar estrategias multidisciplinarias de salud, más cercanas al paciente, con un mejor apego al tratamiento y evidentemente con mejores resultados.

6. Materiales y Métodos.

6.1. Diseño del Estudio.

- *Tipo de estudio:* Cuantitativo, transversal y correlacional.
- *Lugar del estudio:* Tres de las cinco comunidades rurales de mayor población del Valle de Toluca, Estado de México, México.
- *Universo:* Población entre 20 y 59 años, sin importar el sexo, que hayan presentado obesidad por PGC.
- *Tiempo de estudio:* De enero a marzo de 2020.
- *Tamaño de muestra:* 278 sujetos.
- *Método de muestreo:* Probabilístico de tipo estratificado.

El muestreo fue probabilístico de tipo estratificado calculado mediante la fórmula de Slovin:

$$N = n \div (1 + ne^2)$$

Donde N = número de muestras, n = población total y e = tolerancia de error.

Por lo tanto (para 5 comunidades):

$$N = \frac{11061}{1 + 11061(.05)^2} = 386$$

Sin embargo, secundario a la actual pandemia por COVID-19, el estudio únicamente se realizó en 278 personas, de las siguientes tres comunidades:

Comunidad	Municipio	Muestra
San Ana Mayorazgo	Otzolotepec	90
San Lorenzo Cuauhtenco	Almoloya de Juárez	113
Tecaxic	Toluca	75
TOTAL		278

6.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Inclusión:

- Hombres y mujeres adultos de entre 20 y 59 años.
- Que presentaran un PGC $\geq 20.80\%$ en hombres y $\geq 35.00\%$ en mujeres.
- Que habitaran en las comunidades rurales seleccionadas.

Exclusión:

- Sujetos que no supieran leer o escribir.

Eliminación:

- Todos aquellos que por cualquier situación hayan decidido no seguir participando en el estudio.

6.3. Procedimiento.

Se acudió a cada comunidad y se convocó a participar en el proyecto, bajo las inclusiones y exclusiones señaladas. Con un consentimiento informado, previamente leído y firmado, se tomaron y registraron medidas antropométricas (peso, estatura y composición corporal) y se clasificó a cada uno de acuerdo al porcentaje de grasa corporal resultante. A los participantes que aceptaron y completaron los criterios para el estudio, se les aplicaron de forma individual los siguientes instrumentos: Inventario de AEG Percibida para el Control de Peso de Román y cols. (2007), ARG de hábitos alimentarios de Campos-Uscanga y cols. (2015), Inventario de LC de peso de Lugli y cols. (2011) e IPCV de Bolado-García y cols. (2008). Todos los anteriores cuentan con validez y confiabilidad para la población mexicana, siendo calificados entre mayor puntaje, mayor presencia de cada variable.

6.4. Variables.

Variable	Descripción Conceptual	Descripción Operativa	Tipo de Variable	Escala de Medición	Análisis Estadístico
<i>IPCV</i>	Influencia de factores culturales, económicos y culturales que afectan la calidad de vida de un individuo con relación a su peso.	Creencias y percepciones que cada individuo construye alrededor de su peso y que influyen directamente sobre su calidad de vida.	Cuantitativa Ordinal Discreta	Intervalar	Frecuencia Porcentaje Prueba de Kolmogorov Correlación de Spearman
<i>Autorregulación de hábitos alimenticios</i>	Capacidad personal de mirar y evaluar los comportamientos propios con base en criterios internos, lo que a su vez da origen a acciones, sentimientos y pensamientos que hacen que un individuo logre sus objetivos	Capacidad de autoobservar el comportamiento y las condiciones sociales, autoevaluando cada conducta y comparándola con las metas planteadas y estándares establecidos, derivados de una motivación.	Cuantitativa Ordinal Discreta	Intervalar	Frecuencia Porcentaje Prueba de Kolmogorov Correlación de Spearman
<i>Autoeficacia percibida</i>	Percepción de cada individuo sobre su capacidad para organizar y ejecutar el tratamiento con el rendimiento necesario como evitar abandonos.	Percepción de cada individuo sobre su capacidad para organizar y ejecutar el tratamiento con el rendimiento necesario como evitar abandonos.	Cuantitativa Ordinal Discreta	Intervalar	Frecuencia Porcentaje Prueba de Kolmogorov Correlación de Spearman
<i>Locus de Control</i>	Grado de responsabilidad que siente cada persona hacia su enfermedad y tratamiento.	El LC interno es la creencia de que cada acontecimiento es contingente a la conducta del individuo, y el externo, de que esos acontecimientos más bien dependen de la suerte, destino, casualidad o de las demás personas alrededor.	Cuantitativa Ordinal Discreta	Intervalar	Frecuencia Porcentaje Prueba de Kolmogorov Correlación de Spearman

6.5. Implicaciones Bioéticas.

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio se consideró de riesgo minúsculo, al exponer a los sujetos de estudio a procedimientos de medición y exámenes psicológicos, sin manipular la conducta del mismo.

Se trabajó basándose en las disposiciones comunes, indicadas en éste reglamento en los capítulos I y II, siempre bajo consentimiento informado, así como en la Declaración de Helsinki y el Código de Núremberg, los cuales se citan a continuación:

- *Declaración de Helsinki:* La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (AMM) promulgando la Declaración de Helsinki como propuesta de principios éticos para la investigación en seres humanos. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de la enfermedad y mejorar la intervención preventiva, diagnóstica y terapéutica, de forma segura, eficaz, efectiva, accesible y de calidad. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos.
- *Código de Núremberg:* El consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial, debe tener capacidad legal, debe estar en una situación en la que pueda ejercer su libertad de escoger, sin cualquier intervención a la fuerza. Deben tener suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos. El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados favorables para el bien de la sociedad.

La autorización para efectuar la reciente investigación, fue otorgada por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Estudios Sobre la Universidad (IESU) de la Universidad Autónoma del Estado de México con número de registro de aprobación 2020-PO2 con fecha del 1 de diciembre del 2020.

6.6. Recolección de Datos.

Los datos fueron recolectados con los siguientes instrumentos:

- *Estatura*: Estadímetro simple.
- *Peso, PGC, porcentaje muscular, IMC*: báscula tanita de composición corporal por bioimpedancia modelo BC-545F.
- *Circunferencia de cintura y cadera*: Cinta métrica simple.
- *Autoeficacia percibida*: Inventario de AEG Percibida para el Control de Peso de Román y cols. (2007).
- *Autorregulación de hábitos alimenticios*: Inventario de ARG de hábitos alimentarios de Campos-Uscanga y cols. (2015).
- *Locus de control*: Inventario de LC de peso de Lugli y cols. (2011).
- *Impacto del Peso en la Calidad de Vida*: Inventario del IPCV de Bolado-García y cols. (2008).

6.7. Análisis Estadístico.

Los datos fueron organizados mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS: Statistical Package for the Social Sciences, V.25, 2017). Inicialmente se realizó una prueba de Kolmogorov, para comprobar la normalidad de los datos y posteriormente se realizó un análisis correlacional de Spearman entre todas las variables, seccionándose posteriormente por sexo y por grado de obesidad según el PGC.

Las correlaciones entre las variables fueron consideradas como nulas si se encontraron de 0 a .25, débiles de .26 a .50, moderadas de .51 a .75 y fuertes $\geq .76$. Así mismo, el tamaño del efecto sobre la prueba (χ^2) se verificó mediante el Paquete G*Power donde se consideró pequeño de .10 a .30, mediano de .31 a .50 y grande $\geq .51$.

7. Referencias bibliográficas.

1. Monereo Mejías, S., et.al.. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad, Rev Endocrinol Nutr [Internet]. España: 2000. Vol. 47 (3): 81-88. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-9367>
2. Schwartzmann, L., Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos concetuales: Uruguay, 2003: Ciencia y Enfermería: Vol. IX (2): 9-21.
3. Sancho Comíns, J., et.al.. La delimitación del ámbito rural: una cuestión clave en los programas de desarrollo rural. Est. Geogr. [Internet]. Alcalá: 2012. Vol. LXXIII (273): 599-624. Disponible en <http://estudiosgeograficos.revistas.csic.es/index.php/estudiosgeograficos/article/view/384/384>
4. Llach, B., Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud: España, 2004: Gastroenterol Hepatol: 27(3): 2-6.
5. Ruíz-Cota, P., et.al., Historia, tendencias y causas de la obesidad en México, Journal of negative and no positive results: 2019. Vol 4 (7), 737-745. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/333984458>
6. Vinaccia, S., Quinceno, J., Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Colombia, 2012: Psychol. Av. Discip.: Vol. 6 (1): 123-136.
7. Torres-Zapata, A., *et.al.*, El obeso de peso normal: Revista de salud pública y nutrición: 2018, Vol. 17 (2): 25-31. DOI: <https://doi.org/10.29105/respyn17.2-4>

8. Medrano-Vázquez, M., et.al. Asociación del índice de masa corporal y el autocontrol con la calidad de vida relacionada con la salud en personas con sobrepeso/obesidad. *Psychol. Av. Discip* [Internet]. Bogotá: 2014. Vol. 8 (1): 13-22. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297231283002>
9. Bolado-Garcia, V., et.al., Reproducibilidad y sensibilidad del cuestionario “Impacto del Peso en la Calidad de Vida” en mexicanos obesos. *Gac Med Mex*: 2008. Vol 144 (5), 419-425.
10. Uribe-Carbajal, R., et.al., Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos: *Salud Pública de México*: 2018. Vol. 60 (3), 254-262. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8822>.
11. Londoño, C., Velasco, M., Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, IMC y riesgo de TCA como predictores de calidad de vida relacionada con la salud: Colombia, 2015: *Psychol. Av. Discip.*: Vol. 9 (2): 35-47.
12. Organización Mundial de la Salud. Datos y Cifras sobre Obesidad y Sobrepeso, actualizado en 2020 [Internet]. México: 2020 [Revisado en marzo de 2020]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
13. Villatoro, M., *et. al.* Correlación del Índice de Masa Corporal y el Porcentaje de Grasa Corporal en la Evaluación del Sobrepeso y la Obesidad. *Rev Sanid Milit Mex*: 2015; 69: 568-578. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2015/sm156i.pdf>

14. Koksai, U., et. al., What is the Importance of Body Composition in Obesity-related Depression? *Eurasian J Med*: 2017; 49: 102-106. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5469834/pdf/eajm-49-2-102.pdf>
15. Pietrobelli, A., *et.al.* New bioimpedance analysis system: improved phenotyping with whole-body analysis. *European Journal of Clinical Nutrition* (2004) 58, 1479–1484. Disponible en <https://www.nature.com/articles/1601993.pdf>
16. Campos, I., *et.al.*, Epidemiología de la obesidad y sus principales comorbilidades en México, en *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*: México, 2018. Instituto Nacional de Salud Pública, pág. 31-40.
17. Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 [Internet]. México: 2018 [Revisado en diciembre de 2019]. Disponible en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
18. Batis, C., *et.al.*, Dieta en México y efectos de salud, en *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*: México, 2018. Instituto Nacional de Salud Pública, pág. 41-52.
19. Bersh., S., La Obesidad: aspectos psicológicos y conductuales, *Revista Colombiana de Psiquiatría*: 2006 vol. XXXV (4), 537-546. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635407>
20. Moreno, M. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev. Med. Clín. Las Condes* [Internet]. Chile: 2012. Vol. 23(2): 124-128. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-definicion-clasificacion-obesidad-S0716864012702882>

21. López, M., Rodríguez, M., Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial: Bol Med Hosp Infant Mex: 2008. Vol. 65, 421-430.
22. Rodrigo-Cano, S., Soriano J., Merino J., Causas y tratamiento de la obesidad: Nutr. clín. diet. hosp. 2017; 37(4):87-92 DOI: 10.12873/374rodrigo. Disponible en <https://revista.nutricion.org/PDF/RCANO.pdf>
23. Matus, N., Álvarez, G., et.al. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Estudios Soc. [Internet]. 2016 Vol. 24(47): 380-409. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572016000100380
24. Torres, F., Rojas, A., Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos: Revista problemas del desarrollo: 2018, Vol. 193 (49): 146-169.
25. Colchero, A., *et.al.*, Evolución del gasto, costo y consumo de alimentos y bebidas en México, en La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control: México, 2018. Instituto Nacional de Salud Pública, pág. 73-88.
26. Secretaria de Salud, Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, México, 2019. Disponible en http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
27. Korbman de Shein, R., Obesidad en Adultos: Aspectos médicos, sociales y psicológicos: An Med: 2010; 55 (3): 142-146.

28. Amancio, O., Ortigoza, J., Durante, I., Obesidad en el Ejercicio Actual de la Medicina: Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX, 2019. Disponible en http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html
29. Barquera, S., Campos I., Rojas R., Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención: Gaceta Médica de México: 2010, Vol. 146: 397-407.
30. NCD Risk Factor Collaboration. Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. Nature [On-Line]. United States of America: 2019. Vol. 569: 260-264. Disponible en <https://www.nature.com/articles/s41586-019-1171-x>
31. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018 [Internet]. México: 2018. Pág. 55. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/IEPDS_2018.pdf
32. Hernandez, M., Unar, M., Rivera, J., Hacia un sistema alimentario promotor de dietas saludables y sostenibles, en La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control: México, 2018. Instituto Nacional de Salud Pública, pág. 53-72.
33. Magaña-Lemus, D., et. al.. Determinants of Household Food Insecurity in Mexico, Agric Econ [On-Line]. Texas: 2016. Vol. 4 (10), Texas, 2016. Disponible en <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs40100-016-0054-9.pdf>

34. Uribe-Carvajal, R., et.al.. Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *Salud Pública Méx.* México: 2018. Vol. 60 (3): 254-262. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60n3/0036-3634-spm-60-03-254.pdf>
35. Pérez-Gil, S., Romero, G., Imagen corporal y representaciones alimentarias en mujeres de trece comunidades rurales mexicanas: *Población y salud en Mesoamérica*: 2018, Vol. 15(2): 1-28. DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.31634>
36. Lugli, Z.. Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensam. Psicol [Internet]*. Colombia: 2011. Vol. 9 (17): 43-56. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a05.pdf>
37. Beck, J. *Terapia Cognitiva, Conceptos básicos y profundización*. España; Gedisa; 2000.
38. Calvete, E., Cardeñoso, O. Creencias, resoluciones de problemas sociales y correlatos psicológicos: *Psicothema*: 2001, Vol. 13 (1): 95-100. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713114>
39. Ortiz, G., Ortega, E., Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud: *Psicología y salud*: 2011, Vol. 21 (1): 79-90.
40. Soto, F., *et. al.*, El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA: *Rev Esp Salud Pública*: 1997, Vol. 71 (4): 335-341.

41. Moreno, E., Gil, J., El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud: Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica: 2003, Vol. 3 (1): 91-109.
42. Flores, D. El autocontrol y las adicciones. Elementos. México: 2010. Vol. 17 (77): 3-7. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/294/29411989001.pdf>
43. Oliva, A., *et.al.* Uncovering the Link between Self-control, Age, and Psychological Maladjustment among Spanish Adolescents and Young Adults. Psychosocial Intervention. España: 2019. Vol. 28 (1): 49-55. Disponible en <https://journals.copmadrid.org/pi/art/pi2019a1>
44. Campos-Uscanga, Y., *et.al.*, Diseño y validación de una escala para valorar la autorregulación de hábitos alimentarios en estudiantes universitarios mexicanos. Archivos Latinoamericanos de Nutrición: 2015. Vol. 65 (1). 44-50. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/273960686>
45. González del Yedro, A., La autorregulación y su desarrollo en la primera infancia: España, 2007: Universidad Autónoma de Madrid: 53-97.
46. Saldaña, C. Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: 1994. Fundación Universidad- Empresa.
47. Campos-Uscanga, Y., *et.al.*, Autorregulación y autoeficacia en estudiantes universitarios con obesidad, UniverSalud: 2012. Vol 8 (16), 3-8. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/265684739>

48. Román, Y., et.al. Construcción y validación del inventario autoeficacia percibida para el control de peso. *Clínica y Salud* [Internet]. Madrid: 2007. Vol. 18 (1): 45-56. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n1/v18n1a04.pdf>
49. Cioffi, J. Factors that enable and inhibit transition from a weight management program: a qualitative study. *Health Educ Res* [On Line]. Australia: 2002, Vol. 17 (1): 19-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/her/17.1.19>
50. Hernández, S., Hernández R., Moreno S., El papel de la autoeficacia percibida y la planificación en la adherencia al tratamiento médico-nutricional de la obesidad en adultos mexicanos: México, 2015: *Revista Mexicana de Psicología*: Vol. 32 (1): 37-47.
51. Berdasco A, Romero J, Jiménez J. Valores del índice de cintura/cadera en población adulta de ciudad de La Habana: *Rev Cubana Aliment Nutr*: 2002; Vol. 16: 42-47.
52. Guzmán, R., Gómez G., García M., Análisis factorial confirmatorio del inventario de autoeficacia percibida para control de peso en población mexicana: México, 2011: *Psicología Iberoamericana*: Vol. 19 (2): 78-88.
53. Campos, S., Pérez, J., Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres: Chile, 2007: *Rev. Chi. Nutr.*: Vol. 34 (3): 1-17.
54. Bandura, A.. *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. 1ª Ed. Barcelona: Martínez Roca. 1987.
55. Lugli, Z., Vivas, E., Construcción y validación del Inventario de Locus de Control de Peso: resultados preliminares, *Psicología y salud*: 2011. Vol 21 (2), 165-172.
56. Leija, G., *et.al.*, Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad: México, 2019: *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*: Vol. 10 (1): 85-94.

57. Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J., López, P., Imagen corporal, recisión bibliográfica: España, 2013: Nutr Hosp.: Vol. 28(1): 27-35.
58. Rodríguez, D., Alvis, K., Generalidades de la imagen corporal y sus implicaciones en el deporte: Colombia, 2015: Rev. Fac. Med.: Vol. 63 (2): 279-287.
59. Salaberria, K., Rodriguez, S., Cruz, S., Percepción de la imagen corporal: España, 2007: Osasunaz: Vol. 8: 171-183.
60. Oliva, Y., et.al., Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán: México, 2016: Rev. Biomed.: Vol. 27: 49-60.
61. Soto, N., et.al., Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra: España, 2015: Nutr. Hosp.: Vol. 31 (5): 2269-2275.
62. Cortés, G., Vallejo, N., Pérez, D., Ortiz, L., Utilidad de siluetas corporales en la evaluación del estado nutricional en escolares y adolescentes de la Ciudad de México: México, 2009: Bol. Med. Hosp. Infant. Mex: Vol. 66: 511-521.
63. Silva, E., Galicia, G., Autopercepción y satisfacción corporal de la población adulta por estados: una modelación probabilística con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México (ENSANUT) 2012: México, 2018: Población y Salud en Mesoamérica: Vol. 16 (1): 1-19.

8. Anexos.

8.1.1. Carta de Envío de Artículo.

Revista Psicología

8 de mayo de 2021 0:44

Para: Ana Cecilia Gallosso Méndez

Re: ENVÍO DE ARTÍCULO PARA REVISIÓN.

RP

Estimada Ana Cecilia Gallosso Méndez:

Debido al elevado número de manuscritos que se recibe en la *Revista Mexicana de Psicología*, se ha considerado necesario someter cada manuscrito que se recibe a un primer filtro para determinar si se ajusta a los criterios de nuestra revista y al *Publication Manual* de la APA. Hemos recibido su manuscrito "**Relación del impacto del peso en la calidad de vida con autorregulación, autoeficacia y locus de control en adultos rurales con obesidad**", mismo que se ha registrado con el número 34-070521. Si el manuscrito pasa el filtro descrito, conservará ese registro y se enviará a revisión. En caso de que no pase el filtro, se le notificará.

Atentamente,
Revista Mexicana de Psicología

8.1.2. Resumen Artículo.

Las creencias que cada individuo construye alrededor de la obesidad repercuten directamente sobre el manejo de la misma y por lo tanto sobre la calidad de vida de la persona. El propósito de este estudio fue relacionar el impacto del peso en la calidad de vida con la autorregulación, la autoeficacia y el locus de control de hábitos alimenticios en adultos con obesidad en ruralidad. Participaron 278 personas de tres comunidades rurales, aplicándoseles instrumentos para medir las variables a correlacionar. Los resultados demostraron que sí existen relaciones estadísticamente significativas entre estas, siendo la autoeficacia la que presentó un mayor número de las mismas, con distinta intensidad entre hombres y mujeres y entre los diferentes grados de porcentaje de grasa corporal. Esta relación demuestra que los pensamientos y determinantes sociales de cada población pueden ayudar a diagnosticar y tratar fehacientemente la epidemia de obesidad que se vive en el país.



“SISTEMAS DE CREENCIAS COGNITIVAS Y CALIDAD DE VIDA”

INSTRUCCIONES:

- Leer detenidamente cada uno de los reactivos y subrayar la respuesta que elija.
- En caso de tener dudas, preguntar al encuestador. Por favor conteste todos los ítems.

Folio: _____ (Este espacio lo debe contestar el encuestador)

I. Ficha de identificación

1. Sexo	a) Masculino b) Femenino	4. Escolaridad	a) Preescolar b) Primaria c) Secundaria d) Carrera Técnica e) Preparatoria f) Licenciatura g) Posgrado
2. Estado civil	a) Soltero b) Casado c) Otro	5. Edad: _____	
3. Ocupación	a) Amo de casa b) Estudiante c) Empleado d) Desempleado	6. Peso: _____	
		7. Estatura: _____	

II. Datos sociodemográficos

1. Pensando en el jefe de hogar, ¿Cuál fue el último grado de estudios que aprobó en la escuela?	a) Preescolar b) Primaria c) Secundaria d) Carrera Técnica e) Preparatoria f) Licenciatura g) Posgrado	4. ¿Su hogar cuenta con internet?	a) No tiene b) Si tiene
2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. hay en su vivienda?	a) 1 b) 2 ó más	5. De todas las personas de 14 años o más, que viven en su hogar (incluyendose usted), ¿Cuántos trabajaron en el último año?	a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ó más
3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar?	a) 0 b) 1 c) 2 ó más	6. En esta vivienda, ¿Cuántas habitaciones se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?	a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ó más

III. Actividad física

1. ¿Realiza algún tipo de actividad física (caminar, correr, trotar, nadar, yoga)?	a) Si b) No ¿Cuál? _____
2. ¿Con qué frecuencia lo practica?	a) 1 día a la semana b) 2 a 3 días a la semana c) 4 a 5 días a la semana d) 6 a 7 días a la semana
3. ¿Cuántas horas al día lo practica?	a) Menos de una hora b) 1 hora c) 2 horas d) Más de 3 horas

IV. Historia de salud

1. ¿Ha realizado dietas?	a) Si b) No ¿Cuántas? _____
2. ¿Padece alguna enfermedad diagnosticada por el médico especialista?	a) Si b) No
3. ¿Cuál o cuáles?	a) Cáncer b) Diabetes c) Dislipidemias d) Enfermedades cardiovasculares e) Enfermedades del hígado f) Enfermedades renales g) Hipertensión arterial h) Obesidad i) Osteoartritis j) Otra _____
4. ¿Hace cuánto tiempo padece obesidad?	a) Desde la niñez b) Desde la adolescencia c) Desde la adultez
5. ¿Cuál es el motivo por el cual padece la enfermedad?	a) Genética (padres/abuelos con obesidad) b) Derivado de otra enfermedad d) Hábitos de alimentación

III. Exploración física (Este espacio lo debe contestar el encuestador)

1. Peso	_____	kg	5. % masa grasa	_____	%
2. Estatura	_____	cm	6. Índice de masa corporal	_____	kg/m ²
3. Circunferencia cintura	_____	cm	7. Relación cintura-cadera	_____	
4. Circunferencia cadera	_____	cm			

IV. Satisfacción de la imagen corporal.

INSTRUCCIONES Indique con una equis (X) lo que mejor describa su imagen corporal, siendo:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho	Bastante	Poco	Ni una cosa ni la otra (intermedio)	Poco	Bastante	Mucho

		1	2	3	4	5	6	7	
1. Mi imagen corporal general es	Delgada								Gorda
2. Mi constitución corporal es	Endeble								Fuerte
3. Mi estatura es	Baja								Alta
4. Mis hombros son	Estrechos								Anchos
5. Mis pechos y tórax son	Reducidos								Voluminosos
6. Mi cintura y estómago son	Reducidos								Voluminosos
7. Mi cadera es	Estrecha								Ancha
8. Mis glúteos son	Pequeños								Grandes
9. Mis piernas son	Delgadas								Grandes

V. Escala de siluetas por Sorensen y Stunkard (1983).

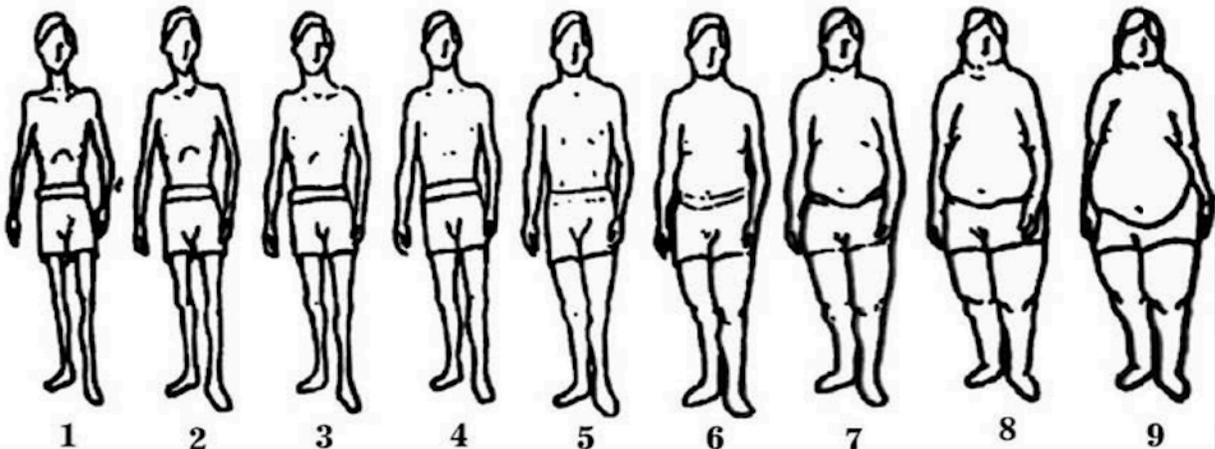
INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de siluetas corporales para conocer el nivel de percepción y satisfacción que tiene sobre su cuerpo. Conteste las siguientes preguntas indicando el número de silueta que más se acerque a su respuesta.

1.- ¿Cómo considera su cuerpo?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.- ¿Cómo le gustaría que fuera su cuerpo?

1 2 3 4 5 6 7 8 9



3.- ¿Qué tan satisfecho está con su cuerpo?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Mucho

VI. Inventario de autoeficacia percibida para el control de peso.

Román y cols. (2007)

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan afirmaciones sobre el nivel de confianza que posee en poder llevar a cabo eficientemente diferentes actividades destinadas a controlar su peso. NO se le pregunta sobre el grado o desagrado que experimenta por las actividades mencionadas, sino por la confianza que siente en su habilidad actual para realizarlas exitosamente. Marque con una X la opción con la que más se identifique (una sola opción).	Incapaz de poder hacerlo	Poco capaz de poder hacerlo	Bastante capaz de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo
Se siente capaz de:				
1. Evitar ver la televisión o leer mientras come.				
2. Aumentar paulatinamente el tiempo de duración de su rutina de ejercicios.				
3. Comer despacio si se siente nervioso.				
4. Seguir caminando y no utilizar algún tipo de transporte.				
5. Evitar comer alimentos chatarras (hot dog, hamburguesa, pizza, etc).				
6. Realizar deporte a pesar de que no cuente con disponibilidad económica inmediata.				
7. Pensar que tiene la fuerza de voluntad de dejar de comer golosinas (dulces).				
8. Prescindir del chocolate ó golosinas que come regularmente si se siente presionado.				
9. Subir y bajar escaleras comunes en lugar de utilizar las mecánicas (eléctricas o elevador).				
10. Realizar cenas bajas en calorías.				
11. Creer que respetando horarios de comida contribuye a controlar su peso.				
12. Trotar de manera regular.				
13. Al comer en grupo, reducir la cantidad de alimentos que consume.				
14. Poner más esfuerzo de su parte para subir y bajar escaleras.				
15. Evitar comer comida chatarra cuando desayuna ó cena fuera de casa.				
16. Realizar sesiones en casa de abdominales ó pesas.				
17. Evitar los dulces a pesar de su sabor.				
18. Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas.				
19. Caminar rápido a pesar de que no le guste.				
20. Insistir con la compra de alimentos bajos en calorías.				
21. Realizar una rutina de ejercicios a pesar de que no tenga ganas de hacerla.				
22. Eliminar de su dieta los dulces y golosinas.				
23. A pesar de que este cansado, usar las escaleras y no el elevador.				
24. Estar en una panadería y comprar un yogurt en vez de una pizza.				
25. Realizar algún tipo de ejercicio de forma constante.				
26. Evitar picar de lo que haya en el refrigerador ó en la despensa si se siente muy nervioso.				
27. Pensar que al realizar 3 comidas diarias bajas en grasas contribuye a controlar su peso.				
28. Quedarse un poco lejos de su sitio de destino con la finalidad de caminar más.				
29. Evitar dejar de cenar si se siente bajo presión.				
30. Cumplir con el tiempo estipulado en su rutina de ejercicios a pesar de que siente que no puede.				
31. Evitar comer chucherías (dulces, comida chatarra) entre comidas.				
32. Utilizar las escaleras y no el elevador que está parado en el piso en que se encuentra.				
33. Evitar comer fuera de los horarios de comida.				
34. Poner más esfuerzo en realizar las sesiones de abdominales o pesas.				
35. Creer que puede comer verduras frente a personas que están ingiriendo comida chatarra				
36. Caminar rápido a pesar de que sienta que no tiene el rendimiento físico para realizarlo.				
37. Colocar un mayor empeño en cumplir el tiempo establecido para las sesiones de trote.				

VII. Autorregulación de hábitos alimentarios.

Campos-Uscanga y cols. (2015).

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones referentes a sus hábitos alimentarios. Lea cuidadosamente cada una e indique el grado en que éstas se ajustan a su manera de pensar. Marque con una equis (X) sólo una de las cinco alternativas que se le presentan para cada ítem. No hay respuestas correctas o incorrectas.	Nunca	Casi nunca	Regularmente	Casi siempre	Siempre
1. Comparo la forma en que me alimento, con los estándares ideales.					
2. Comparo mi alimentación actual con la manera en que me alimentaba antes.					
3. Cuando fallo en mis planes de alimentación, busco alternativas para mejorarlo.					
4. Busco actividades para mantener la motivación y alcanzar mis metas de alimentación.					
5. Me mantengo pendiente de la cantidad de alimentos que consumo.					
6. Si un día fallo en mis planes de alimentación, los retomo al día siguiente con más motivación.					
7. Soy consciente de las consecuencias inmediatas de mis hábitos alimentarios.					
8. Tengo la seguridad de que si quisiera cambiar mis hábitos de alimentación podría hacerlo.					
9. Pongo mucha atención a la forma en que me alimento.					
10. Busco las actividades adecuadas para lograr mis metas.					
11. Comparo mi forma de alimentarme con la de otras personas.					
12. Suelo juzgar mi alimentación por los efectos que percibo en mi cuerpo.					
13. Soy consciente de las consecuencias a largo plazo de mis hábitos de alimentación.					
14. Puedo cambiar mi manera de alimentarme cuando detecto algún problema con ella.					

VIII. Inventario de locus de control del peso.

Lugli y cols. (2011).

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de oraciones. Marque con una equis (X) sólo una de las cuatro alternativas que se presentan para cada ítem. No hay respuestas correctas o incorrectas.	Totalmente	Bastante en	Bastante de	Totalmente de
1. La vida ajetreada de hoy en día no me permite hacer ejercicios regularmente.				
2. Es casi imposible perder peso si no realizo ejercicios regularmente.				
3. Tener mi peso ideal es más fácil con la ayuda de buenos especialistas.				
4. Estar en forma es cuestión de buena suerte.				
5. Si realizo ejercicios regularmente puedo perder peso.				
6. Puedo mantener mi peso con la ayuda de buenos especialistas.				
7. Las condiciones tienen que estar dadas para poder perder peso.				
8. Los imprevistos en la rutina diaria dificultan mantener el peso ideal.				
9. Soy responsable del peso que tengo.				
10. El mundo se confabula para que tengamos el peso que tenemos.				
11. Si me esfuerzo lo suficiente logro mantener mi peso ideal.				
12. No importa lo que haga para controlar mi peso, lo que va a ser, será.				
13. Puedo engordar si no hago ejercicios regularmente.				
14. Las dietas sólo tienen éxito si son supervisadas por un doctor o un nutriólogo.				
15. El destino puede más que la fuerza de voluntad para perder peso.				
16. Mantener un peso ideal depende totalmente de mi.				

IX. Impacto del peso en la calidad de vida.

Bolado-García y cols. (2008).

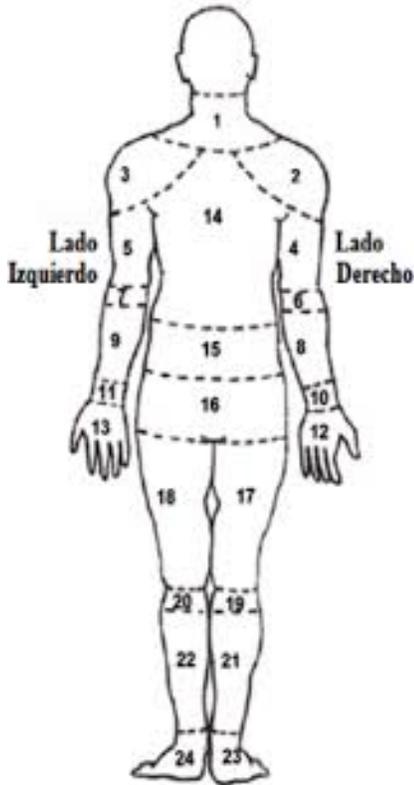
A continuación, se presentan una serie de oraciones. Por favor lea cuidadosamente cada una e indique el grado en que estas se ajustan a su manera de pensar. Marque con una equis (X) solo una de las cinco alternativas que se presentan para cada ítem. No hay respuestas correctas o incorrectas.	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
1. Debido a mi peso, me resulta difícil levantar objetos.					
2. Debido a mi peso, me resulta difícil atarme los zapatos.					
3. Debido a mi peso, me resulta difícil levantarme de los asientos.					
4. Debido a mi peso, me resulta difícil usar las escaleras.					
5. Debido a mi peso, me resulta difícil vestirme o desvestirme.					
6. Debido a mi peso, tengo dificultades de movilidad.					
7. Debido a mi peso, me resulta difícil cruzar las piernas.					
8. Me quedo sin aliento con solo hacer un leve esfuerzo.					
9. Tengo problemas por dolor o rigidez en las articulaciones.					
10. Mis tobillos y pantorrillas están hinchadas al final del día.					
11. Estoy preocupado por mi salud.					
12. Debido a mi peso, me siento acomplejado ante los demás.					
13. Debido a mi peso, mi autoestima no es como pudiera ser.					
14. Debido a mi peso, me siento inseguro de mí mismo.					
15. Debido a mi peso, no me siento satisfecho conmigo mismo.					
16. Debido a mi peso, tengo miedo de ser rechazado.					
17. Debido a mi peso, evito mirarme en espejos o verme en fotografías.					
18. Debido a mi peso, me siento avergonzado o incomodo cuando estoy en lugares públicos.					
19. Debido a mi peso, no disfruto de la actividad sexual.					
20. Debido a mi peso, tengo poco o ningún deseo sexual.					
21. Debido a mi peso, tengo dificultad con el desempeño sexual.					
22. Debido a mi peso, evito en lo posible encuentros sexuales.					
23. Debido a mi peso, me ridiculizan, se burlan o me prestan atención que no es de mi agrado.					
24. Debido a mi peso, me preocupa no caber en los asientos de lugares públicos.					
25. Me preocupa no poder pasar por pasillos o torniquetes de acceso.					
26. Debido a mi peso, me preocupa encontrar asientos lo suficientemente fuertes para sentarme en ellos.					
27. Me preocupa ser objeto de discriminación.					
28. Debido a mi peso, tengo problemas para llevar a cabo mis tareas o cumplir con mis responsabilidades.					
29. Debido a mi peso, soy menos productivo de lo que podría ser.					
30. Debido a mi peso, no recibo aumentos salariales apropiados, ascensos ni reconocimientos en el trabajo.					
31. Debido a mi peso, tengo miedo de ir a entrevistas de trabajo.					

X. Escala de discomfort.

Bishop y Corlett (1976).

Marque con una equis (X) el nivel de dolor o molestia que perciba en cada parte del cuerpo, provocado por su peso.

Ningún malestar ← Extremo malestar →



	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuello								
2. Hombro derecho								
3. Hombro izquierdo								
4. Brazo derecho								
5. Brazo izquierdo								
6. Codo derecho								
7. Codo izquierdo								
8. Antebrazo derecho								
9. Antebrazo izquierdo								
10. Muñeca derecha								
11. Muñeca izquierda								
12. Mano derecha								
13. Mano izquierda								
14. Pecho								
15. Espalda								
16. Glúteos								
17. Muslo derecho								
18. Muslo izquierdo								
19. Rodilla derecha								
20. Rodilla izquierda								
21. Pierna derecha								
22. Pierna izquierda								
23. Pie derecho								
24. Pie izquierdo								

XI. Pensamientos sobre el cuerpo.

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones referentes a su percepción del peso. Lea cuidadosamente cada una e indique la frecuencia con la que ha tenido estos pensamientos. Marque con una equis (X) sólo una de las cinco alternativas que se le presentan para cada ítem. No hay respuestas correctas o incorrectas.	Nunca	A veces	Normalmente	A Menudo	Siempre
1. Soy una persona atractiva físicamente.					
2. El peso de una persona esta determinado por los genes.					
3. La ropa le sienta mejor a la persona que mejor forma física tenga.					
4. Mi vida es un desastre debido a mi apariencia.					
5. Debo perder peso.					
6. Mi apariencia me ayuda a tener más confianza en mí mismo (a).					
7. Mi cuerpo tiene buenas proporciones.					
8. Me siento más atractiva físicamente cuando estoy junto a gente guapa.					
9. La mejor forma de saber si tienes una buena imagen o no, es comparándote con otras personas					
10. Puedo cambiar el aspecto físico con el que he nacido.					
11. El atractivo físico masculino, esta en un cuerpo fuerte, robusto y vigoroso.					
12. El atractivo físico femenino, esta en un cuerpo delicado, fragil y ligero.					
13. Las mujeres deben ocuparse más de su apariencia y belleza que los hombres.					
14. Me encanta seguir la moda.					

1. ¿Le gustaría bajar de peso?	a) Si b) No
12. ¿Cuáles son los motivos por los que le gustaría bajar de peso?	

<p data-bbox="350 1331 1312 1367">¿Le gustaría recibir orientación sobre temas generales de nutrición?</p> <p data-bbox="256 1367 1406 1436">Coloque su nombre y número de teléfono con el que podamos comunicarnos con usted.</p> <p data-bbox="241 1436 1419 1476">Nombre: _____ Teléfono (con lada) _____</p> <p data-bbox="453 1476 1208 1516">¿Le gustaría realizar algún comentario o sugerencia?</p> <p data-bbox="241 1541 1419 1564">_____</p>

Por su colaboración, ¡MUCHAS GRACIAS!



“SISTEMAS DE CREENCIAS COGNITIVAS Y CALIDAD DE VIDA”

INSTRUCCIONES:

- Leer detenidamente cada uno de los reactivos y subrayar la respuesta que elija.
- En caso de tener dudas, preguntar al encuestador. Por favor conteste todos los ítems.

Folio: _____ (Este espacio lo debe contestar el encuestador)

I. Ficha de identificación

1. Sexo	a) Masculino b) Femenino	4. Escolaridad	a) Preescolar b) Primaria c) Secundaria d) Carrera Técnica e) Preparatoria f) Licenciatura g) Posgrado
2. Estado civil	a) Soltero b) Casado c) Otro	5. Edad: _____	
3. Ocupación	a) Ama de casa b) Estudiante c) Empleada d) Desempleada	6. Peso: _____	
		7. Estatura: _____	

II. Datos sociodemográficos

1. Pensando en el jefe de hogar, ¿Cuál fue el último grado de estudios que aprobó en la escuela?	a) Preescolar b) Primaria c) Secundaria d) Carrera Técnica e) Preparatoria f) Licenciatura g) Posgrado	4. ¿Su hogar cuenta con internet?	a) No tiene b) Si tiene
2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. hay en su vivienda?	a) 1 b) 2 ó más	5. De todas las personas de 14 años o más, que viven en su hogar (incluyéndose usted), ¿Cuántos trabajaron en el último año?	a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ó más
3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar?	a) 0 b) 1 c) 2 ó más	6. En esta vivienda, ¿Cuántas habitaciones se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?	a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ó más

III. Actividad física

1. ¿Realiza algún tipo de actividad física (caminar, correr, trotar, nadar, yoga)?	a) Si b) No ¿Cuál? _____
2. ¿Con qué frecuencia lo practica?	a) 1 día a la semana b) 2 a 3 días a la semana c) 4 a 5 días a la semana d) 6 a 7 días a la semana
3. ¿Cuántas horas al día lo practica?	a) Menos de una hora b) 1 hora c) 2 horas d) Más de 3 horas

IV. Historia de salud

1. ¿Ha realizado dietas?	a) Si b) No ¿Cuántas? _____
2. ¿Padece alguna enfermedad diagnosticada por el médico especialista?	a) Si b) No
3. ¿Cuál o cuáles?	a) Cáncer b) Diabetes c) Dislipidemias d) Enfermedades cardiovasculares e) Enfermedades del hígado f) Enfermedades renales g) Hipertensión arterial h) Obesidad i) Osteoartritis j) Otra _____
4. ¿Hace cuánto tiempo padece obesidad?	a) Desde la niñez b) Desde la adolescencia c) Desde la adultez
5. ¿Cuál es el motivo por el cual padece la enfermedad?	a) Genética (padres/abuelos con obesidad) b) Derivado de otra enfermedad d) Hábitos de alimentación

III. Exploración física (Este espacio lo debe contestar el encuestador)

1. Peso	_____	kg	5. % masa grasa	_____	%
2. Estatura	_____	cm	6. Índice de masa corporal	_____	kg/m ²
3. Circunferencia cintura	_____	cm	7. Relación cintura-cadera	_____	
4. Circunferencia cadera	_____	cm			

IV. Satisfacción de la imagen corporal.

INSTRUCCIONES Indique con una equis (X) lo que mejor describa su imagen corporal, siendo:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho	Bastante	Poco	Ni una cosa ni la otra (intermedio)	Poco	Bastante	Mucho

		1	2	3	4	5	6	7	
1. Mi imagen corporal general es	Delgada								Gorda
2. Mi constitución corporal es	Endeble								Fuerte
3. Mi estatura es	Baja								Alta
4. Mis hombros son	Estrechos								Anchos
5. Mis pechos y tórax son	Reducidos								Voluminosos
6. Mi cintura y estómago son	Reducidos								Voluminosos
7. Mi cadera es	Estrecha								Ancha
8. Mis glúteos son	Pequeños								Grandes
9. Mis piernas son	Delgadas								Grandes

V. Escala de siluetas por Sorensen y Stunkard (1983).

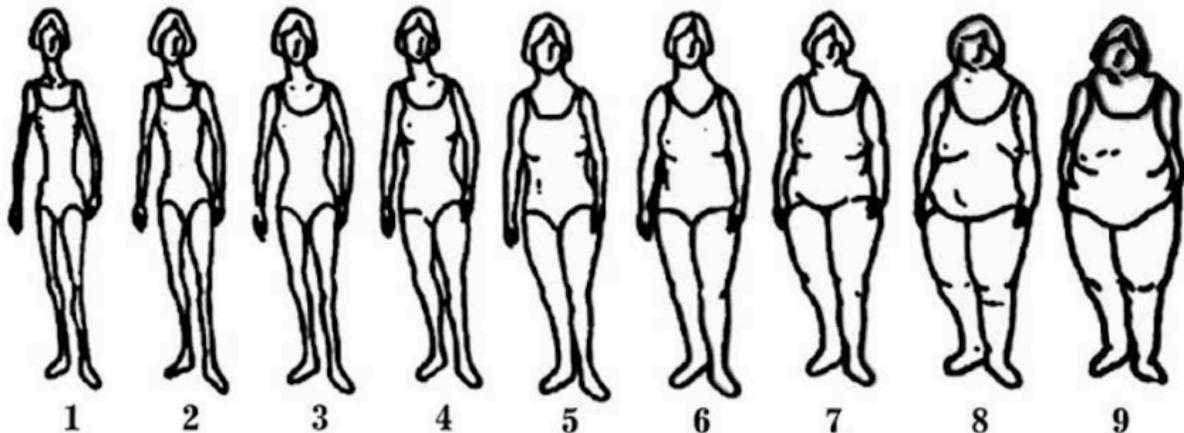
INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de siluetas corporales para conocer el nivel de percepción y satisfacción que tiene sobre su cuerpo. Conteste las siguientes preguntas indicando el número de silueta que más se acerque a su respuesta.

1.- ¿Cómo considera su cuerpo?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.- ¿Cómo le gustaría que fuera su cuerpo?

1 2 3 4 5 6 7 8 9



3.- ¿Qué tan satisfecho está con su cuerpo?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Mucho

VI. Inventario de autoeficacia percibida para el control de peso.

Román y cols. (2007)

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan afirmaciones sobre el nivel de confianza que posee en poder llevar a cabo eficientemente diferentes actividades destinadas a controlar su peso. NO se le pregunta sobre el grado o desagrado que experimenta por las actividades mencionadas, sino por la confianza que siente en su habilidad actual para realizarlas exitosamente. Marque con una X la opción con la que más se identifique (una sola opción).	Incapaz de poder hacerlo	Poco capaz de poder hacerlo	Bastante capaz de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo
Se siente capaz de:				
1. Evitar ver la televisión o leer mientras come.				
2. Aumentar paulatinamente el tiempo de duración de su rutina de ejercicios.				
3. Comer despacio si se siente nervioso.				
4. Seguir caminando y no utilizar algún tipo de transporte.				
5. Evitar comer alimentos chatarras (hot dog, hamburguesa, pizza, etc).				
6. Realizar deporte a pesar de que no cuente con disponibilidad económica inmediata.				
7. Pensar que tiene la fuerza de voluntad de dejar de comer golosinas (dulces).				
8. Prescindir del chocolate ó golosinas que come regularmente si se siente presionado.				
9. Subir y bajar escaleras comunes en lugar de utilizar las mecánicas (eléctricas o elevador).				
10. Realizar cenas bajas en calorías.				
11. Creer que respetando horarios de comida contribuye a controlar su peso.				
12. Trotar de manera regular.				
13. Al comer en grupo, reducir la cantidad de alimentos que consume.				
14. Poner más esfuerzo de su parte para subir y bajar escaleras.				
15. Evitar comer comida chatarra cuando desayuna ó cena fuera de casa.				
16. Realizar sesiones en casa de abdominales ó pesas.				
17. Evitar los dulces a pesar de su sabor.				
18. Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas.				
19. Caminar rápido a pesar de que no le guste.				
20. Insistir con la compra de alimentos bajos en calorías.				
21. Realizar una rutina de ejercicios a pesar de que no tenga ganas de hacerla.				
22. Eliminar de su dieta los dulces y golosinas.				
23. A pesar de que este cansado, usar las escaleras y no el elevador.				
24. Estar en una panadería y comprar un yogurt en vez de una pizza.				
25. Realizar algún tipo de ejercicio de forma constante.				
26. Evitar picar de lo que haya en el refrigerador ó en la despensa si se siente muy nervioso.				
27. Pensar que al realizar 3 comidas diarias bajas en grasas contribuye a controlar su peso.				
28. Quedarse un poco lejos de su sitio de destino con la finalidad de caminar más.				
29. Evitar dejar de cenar si se siente bajo presión.				
30. Cumplir con el tiempo estipulado en su rutina de ejercicios a pesar de que siente que no puede.				
31. Evitar comer chucherías (dulces, comida chatarra) entre comidas.				
32. Utilizar las escaleras y no el elevador que está parado en el piso en que se encuentra.				
33. Evitar comer fuera de los horarios de comida.				
34. Poner más esfuerzo en realizar las sesiones de abdominales o pesas.				
35. Creer que puede comer verduras frente a personas que están ingiriendo comida chatarra				
36. Caminar rápido a pesar de que sienta que no tiene el rendimiento físico para realizarlo.				
37. Colocar un mayor empeño en cumplir el tiempo establecido para las sesiones de trote.				

VII. Autorregulación de hábitos alimentarios.

Campos-Uscanga y cols. (2015).

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones referentes a sus hábitos alimentarios. Lea cuidadosamente cada una e indique el grado en que éstas se ajustan a su manera de pensar. Marque con una equis (X) sólo una de las cinco alternativas que se le presentan para cada ítem. No hay respuestas correctas o incorrectas.	Nunca	Casi nunca	Regularmente	Casi siempre	Siempre
1. Comparo la forma en que me alimento, con los estándares ideales.					
2. Comparo mi alimentación actual con la manera en que me alimentaba antes.					
3. Cuando fallo en mis planes de alimentación, busco alternativas para mejorarlo.					
4. Busco actividades para mantener la motivación y alcanzar mis metas de alimentación.					
5. Me mantengo pendiente de la cantidad de alimentos que consumo.					
6. Si un día fallo en mis planes de alimentación, los retomo al día siguiente con más motivación.					
7. Soy consciente de las consecuencias inmediatas de mis hábitos alimentarios.					
8. Tengo la seguridad de que si quisiera cambiar mis hábitos de alimentación podría hacerlo.					
9. Pongo mucha atención a la forma en que me alimento.					
10. Busco las actividades adecuadas para lograr mis metas.					
11. Comparo mi forma de alimentarme con la de otras personas.					
12. Suelo juzgar mi alimentación por los efectos que percibo en mi cuerpo.					
13. Soy consciente de las consecuencias a largo plazo de mis hábitos de alimentación.					
14. Puedo cambiar mi manera de alimentarme cuando detecto algún problema con ella.					

VIII. Inventario de locus de control del peso.

Lugli y cols. (2011).

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de oraciones. Marque con una equis (X) sólo una de las cuatro alternativas que se presentan para cada ítem. No hay respuestas correctas o incorrectas.	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La vida ajetreada de hoy en día no me permite hacer ejercicios regularmente.				
2. Es casi imposible perder peso si no realizo ejercicios regularmente.				
3. Tener mi peso ideal es más fácil con la ayuda de buenos especialistas.				
4. Estar en forma es cuestión de buena suerte.				
5. Si realizo ejercicios regularmente puedo perder peso.				
6. Puedo mantener mi peso con la ayuda de buenos especialistas.				
7. Las condiciones tienen que estar dadas para poder perder peso.				
8. Los imprevistos en la rutina diaria dificultan mantener el peso ideal.				
9. Soy responsable del peso que tengo.				
10. El mundo se confabula para que tengamos el peso que tenemos.				
11. Si me esfuerzo lo suficiente logro mantener mi peso ideal.				
12. No importa lo que haga para controlar mi peso, lo que va a ser, será.				
13. Puedo engordar si no hago ejercicios regularmente.				
14. Las dietas sólo tienen éxito si son supervisadas por un doctor o un nutriólogo.				
15. El destino puede más que la fuerza de voluntad para perder peso.				
16. Mantener un peso ideal depende totalmente de mí.				

IX. Impacto del peso en la calidad de vida.

Bolado-García y cols. (2008).

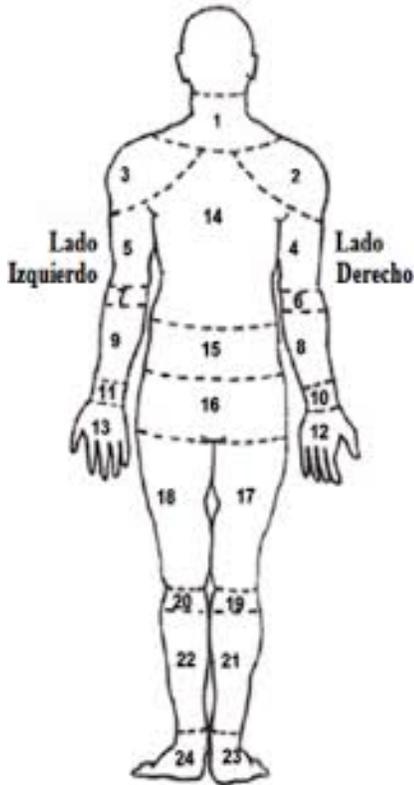
A continuación, se presentan una serie de oraciones. Por favor lea cuidadosamente cada una e indique el grado en que estas se ajustan a su manera de pensar. Marque con una equis (X) solo una de las cinco alternativas que se presentan para cada ítem. No hay respuestas correctas o incorrectas.	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
1. Debido a mi peso, me resulta difícil levantar objetos.					
2. Debido a mi peso, me resulta difícil atarme los zapatos.					
3. Debido a mi peso, me resulta difícil levantarme de los asientos.					
4. Debido a mi peso, me resulta difícil usar las escaleras.					
5. Debido a mi peso, me resulta difícil vestirme o desvestirme.					
6. Debido a mi peso, tengo dificultades de movilidad.					
7. Debido a mi peso, me resulta difícil cruzar las piernas.					
8. Me quedo sin aliento con solo hacer un leve esfuerzo.					
9. Tengo problemas por dolor o rigidez en las articulaciones.					
10. Mis tobillos y pantorrillas están hinchadas al final del día.					
11. Estoy preocupado por mi salud.					
12. Debido a mi peso, me siento acomplejado ante los demás.					
13. Debido a mi peso, mi autoestima no es como pudiera ser.					
14. Debido a mi peso, me siento inseguro de mí mismo.					
15. Debido a mi peso, no me siento satisfecho conmigo mismo.					
16. Debido a mi peso, tengo miedo de ser rechazado.					
17. Debido a mi peso, evito mirarme en espejos o verme en fotografías.					
18. Debido a mi peso, me siento avergonzado o incomodo cuando estoy en lugares públicos.					
19. Debido a mi peso, no disfruto de la actividad sexual.					
20. Debido a mi peso, tengo poco o ningún deseo sexual.					
21. Debido a mi peso, tengo dificultad con el desempeño sexual.					
22. Debido a mi peso, evito en lo posible encuentros sexuales.					
23. Debido a mi peso, me ridiculizan, se burlan o me prestan atención que no es de mi agrado.					
24. Debido a mi peso, me preocupa no caber en los asientos de lugares públicos.					
25. Debido a mi peso, me preocupa encontrar asientos los suficientemente fuertes para sentarme en ellos.					
26. Debido a mi peso, tengo problemas para llevar a cabo mis tareas o cumplir con mis responsabilidades.					
27. Debido a mi peso, soy menos productivo de lo que podría ser.					
28. Debido a mi peso, no recibo aumentos salariales apropiados, ascensos ni reconocimientos en el trabajo.					
29. Debido a mi peso, tengo miedo de ir a entrevistas de trabajo.					

X. Escala de discomfort.

Bishop y Corlett (1976).

Marque con una equis (X) el nivel de dolor o molestia que perciba en cada parte del cuerpo, provocado por su peso.

Ningún malestar ← Extremo malestar →



	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuello								
2. Hombro derecho								
3. Hombro izquierdo								
4. Brazo derecho								
5. Brazo izquierdo								
6. Codo derecho								
7. Codo izquierdo								
8. Antebrazo derecho								
9. Antebrazo izquierdo								
10. Muñeca derecha								
11. Muñeca izquierda								
12. Mano derecha								
13. Mano izquierda								
14. Pecho								
15. Espalda								
16. Glúteos								
17. Muslo derecho								
18. Muslo izquierdo								
19. Rodilla derecha								
20. Rodilla izquierda								
21. Pierna derecha								
22. Pierna izquierda								
23. Pie derecho								
24. Pie izquierdo								

XI. Pensamientos sobre el cuerpo.

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones referentes a su percepción del peso. Lea cuidadosamente cada una e indique la frecuencia con la que ha tenido estos pensamientos. Marque con una equis (X) sólo una de las cinco alternativas que se le presentan para cada ítem. No hay respuestas correctas o incorrectas.	Nunca	A veces	Normalmente	A Menudo	Siempre
1. Soy una persona atractiva físicamente.					
2. El peso de una persona esta determinado por los genes.					
3. La ropa le sienta mejor a la persona que mejor forma física tenga.					
4. Mi vida es un desastre debido a mi apariencia.					
5. Debo perder peso.					
6. Mi apariencia me ayuda a tener más confianza en mí mismo (a).					
7. Mi cuerpo tiene buenas proporciones.					
8. Me siento más atractiva físicamente cuando estoy junto a gente guapa.					
9. La mejor forma de saber si tienes una buena imagen o no, es comparándote con otras personas					
10. Puedo cambiar el aspecto físico con el que he nacido.					
11. El atractivo físico masculino, esta en un cuerpo fuerte, robusto y vigoroso.					
12. El atractivo físico femenino, esta en un cuerpo delicado, fragil y ligero.					
13. Las mujeres deben ocuparse más de su apariencia y belleza que los hombres.					
14. Me encanta seguir la moda.					

1. ¿Le gustaría bajar de peso?

- a) Si
b) No

12. ¿Cuáles son los motivos por los que le gustaría bajar de peso?

¿Le gustaría recibir orientación sobre temas generales de nutrición?
Coloque su nombre y número de teléfono con el que podamos comunicarnos con usted.

Nombre: _____ Teléfono (con lada) _____

¿Le gustaría realizar algún comentario o sugerencia?

Por su colaboración, ¡MUCHAS GRACIAS!



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Estimado participante P R E S E N T E:

Por medio de la presente se le hace una atenta invitación, para que participe en el proyecto de investigación que desarrolla el Instituto de Estudios Sobre la Universidad (IESU), de la Universidad Autónoma del Estado de México cuyo título es “*Relación del impacto del peso en la calidad de vida con autorregulación, autoeficacia y locus de control en adultos rurales con obesidad*”, cuyo responsable es la Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama y la M.C. Ana Cecilia Gallosso Méndez (se anexa número de teléfono de la responsable, para aclaración o dudas: (55) 8003 7145).

El objetivo del proyecto es medir las creencias cognitivas y la calidad de vida que presentan las personas con obesidad, ya que se ha demostrado que la mayoría de los tratamientos para disminuir el peso, no han tenido resultados favorables, pese a que se incluye la actividad física y la dieta. Por ello, se tienen que evaluar aspectos cognitivos que pudieran estar interviniendo pero que a su vez pudieran ser la respuesta en el éxito de los tratamientos.

La investigación se realizará en personas con obesidad, que residan en las comunidades rurales del Valle de Toluca, y que se encuentren en el rango de 20 a 59 años. La participación consiste en la toma de medidas antropométricas (peso, estatura y circunferencia de cintura y cadera), toma de glucosa capilar y presión arterial y en la contestación de seis cuestionarios (sobre imagen corporal, locus de control, autorregulación y autoeficacia percibida, calidad de vida y dolor). Además, su participación es **voluntaria, confidencial y sin costo. Y Usted podrá retirarse del estudio en el momento que así lo desee. Cabe señalar que no se consideran riesgos para la salud física y mental de quien participa.**

Como beneficio recibirá una sesión de retroalimentación por parte del médico responsable de este proyecto, además de orientarle, en caso de así requerirlo, a que lugares puede acudir para recibir atención o tratamiento.

Cabe aclarar que solamente los investigadores podrán tener acceso a los datos, para ser tratados de forma estadística y analizada cuantitativa y cualitativamente. La información recabada será empleada con fines de generación de conocimiento, por lo que podrán ser usados, difundidos y publicados en medios impresos y electrónicos, así como en eventos de índole académico.

De esta forma, solicitamos, deje constancia de que ha sido informado de las características de la investigación, que han sido aclaradas sus dudas y por lo tanto da su consentimiento para participar en el proyecto.

INDICACIONES: No haber consumido alimentos o bebidas máximo una hora antes de la cita. Llevar ropa cómoda. La duración de la participación será de 45 minutos a 1 hora.

Nombre y firma del participante _____

Teléfono del participante: _____