



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Odontología
Centro de Investigación y Estudios Avanzados
en Odontología “Dr. Keisaburo Miyata”

“Actitud hacia la obesidad, comportamiento, emociones y creencias irracionales acerca de la alimentación y el peso según la percepción de la imagen corporal”

TESIS

Que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:

M. en C. S. Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez

Director:

Dra. en C. Soc. Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Co-Director:

Dra. en C. S. Marcela Veytia López

Tutor:

Dra. Bárbara de los Angeles Pérez Pedraza



Índice

Toluca, Estado de México, noviembre 2025

Portada	1
Índice	2
Resumen	4
Introducción	6
1. Antecedentes	7
1.1. Creencias	8
1.1.1. Definición de creencia	8
1.1.2. Sistemas de creencias	9
1.1.3. Creencias irracionales	10
1.1.4. Creencias en salud	12
1.2. Emociones	15
1.2.1. Historia y definición de la emoción	15
1.2.2. Componentes de la emoción	19
1.2.3. Clasificación de las emociones	21
1.2.4. Emociones relacionadas con la alimentación y el peso	24
1.3. Actitudes	26
1.3.1. Historia y definición de la actitud	26
1.3.2. Formación de las actitudes	28
1.3.3. Actitudes hacia la salud	31
1.4. Comportamiento	34
1.4.1. Historia y modelos del comportamiento	34
1.4.2. Modelos del comportamiento en salud	37
1.4.3. Comportamiento alimentario	41
1.5. Imagen corporal	43
1.5.1. Historia y definición de la imagen corporal	43
1.5.2. Componentes de la imagen corporal	44
1.5.3. Factores que influyen en la imagen corporal	45
1.5.4. Alteraciones de la imagen corporal	49
1.5.5. Evaluación de la imagen corporal	52

2. Planteamiento del problema	55
3. Justificación	57
4. Hipótesis	58
5. Objetivos	59
6. Diseño metodológico	60
6.1. Diseño de estudio	60
6.2. Universo y muestra	60
6.3. Criterios de inclusión y exclusión	61
6.4. Variables	62
6.5. Instrumentos	65
6.6. Procedimiento	67
6.7. Recolección de datos	68
6.8. Análisis de datos	68
6.9. Aspectos éticos	69
7. Resultados	71
8. Discusión general	77
9. Conclusiones generales	80
10. Referencias bibliográficas	81
11. Anexos	101
11.1. Consentimiento informado	101
11.2. Cuadernillo de instrumentos	102

Resumen

Introducción: La percepción corporal influye en cómo las personas interpretan su peso, regulan su conducta alimentaria y desarrollan actitudes hacia la obesidad. La discrepancia entre el IMC real y percibido puede relacionarse con emociones, creencias irracionales y hábitos alimentarios, independientemente de presentar o no obesidad. Además, factores como la actividad física y las características sociodemográficas pueden modificar la satisfacción con la imagen corporal. Por tanto, el objetivo de esta investigación es analizar si dichas variables predicen la satisfacción e insatisfacción corporal en adultos del Estado de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional en adultos mexicanos. La muestra incluyó 390 participantes entre 30 y 59 años. Se aplicaron cuestionarios validados para evaluar actitud hacia la obesidad, comportamiento alimentario, emociones, creencias irracionales sobre el peso y la alimentación, y percepción de la imagen corporal a través de siluetas. Además, se recogieron datos sociodemográficos, de actividad física, hábitos alimentarios e IMC autorreportado.

Resultados: Se identificó una discrepancia entre el IMC autorreportado y el percibido por siluetas, siendo este último generalmente mayor. Aunque la mayoría se ubicaba en peso normal o sobrepeso, la percepción corporal tendía al sobrepeso. La satisfacción corporal fue explicada por variables distintas según el sexo. En mujeres, se relacionó negativamente con el IMC y la percepción de abdomen, y positivamente con la edad y la estatura. En hombres, influyó positivamente la percepción de fuerza física y negativamente la percepción del abdomen. Como producto de la tesis se generaron dos artículos científicos: uno centrado en la relación entre la autopercepción del peso corporal, los hábitos alimentarios y la actividad física; y otro sobre el papel de variables sociodemográficas y corporales en la predicción de la satisfacción con la imagen corporal.

Conclusiones: La imagen corporal influye en la actitud, las emociones y la conducta alimentaria. Comprender estas interacciones es clave para diseñar intervenciones más eficaces y sensibles.

Palabras clave: imagen corporal, creencias irracionales, emociones, actitud.

Abstract

Introduction: Body image perception influences how people interpret their weight, regulate their eating behavior, and develop attitudes toward obesity. The discrepancy between actual and perceived BMI may be related to emotions, irrational beliefs about food and weight, and eating habits, regardless of whether or not an individual has obesity. In addition, factors such as physical activity and sociodemographic characteristics can modify satisfaction with body image. The objective was to identify the factors associated with body satisfaction in a sample of adults from the State of Mexico.

Material and methods: A quantitative, cross-sectional, and correlational study was conducted among Mexican adults. The sample included 390 participants aged 30 to 59 years. Validated questionnaires were used to assess attitudes toward obesity, eating behavior, emotions, irrational beliefs about weight and food, and body image perception through silhouette figures. Additionally, sociodemographic, physical activity, eating habits, and self-reported BMI data were collected.

Results: A discrepancy was found between self-reported and silhouette-perceived BMI, with the latter generally being higher. Although most participants fell within the normal weight or overweight categories, their body perception tended toward overweight. Body satisfaction was explained by different variables depending on sex. In women, it was negatively associated with BMI and abdominal perception, and positively associated with age and height. In men, it was positively influenced by perceived physical strength and negatively by abdominal perception. As a product of this thesis, two scientific articles were generated: one focusing on the relationship between self-perception of body weight, eating habits, and physical activity; and another examining the role of sociodemographic and body variables in predicting satisfaction with body image.

Conclusions: Body image influences attitudes, emotions, and eating behavior. Understanding these interactions is key to designing more effective and sensitive interventions.

Keywords: body image, irrational beliefs, emotions, attitude.

Introducción

En los últimos años, el interés por comprender los factores que influyen en la forma en que los individuos perciben su cuerpo, su peso y su relación con la alimentación ha ido en aumento. Esta inquietud no solo responde a la creciente prevalencia de la obesidad a nivel mundial, sino también a las implicaciones emocionales, cognitivas y sociales que giran en torno a ella. Desde la experiencia profesional y académica, me ha resultado evidente que la manera en que las personas se sienten respecto a su imagen corporal está profundamente ligada a sus actitudes hacia la obesidad, a las creencias racionales o no que sostienen sobre el peso y los alimentos, y a las emociones que acompañan su día a día.

La obesidad no puede ser entendida únicamente desde el peso corporal o el índice de masa corporal; se trata de un fenómeno complejo, donde intervienen múltiples variables que muchas veces no son visibles a simple vista. Las creencias irracionales, por ejemplo, suelen pasar desapercibidas, pero influyen en la forma en que se valora el cuerpo, se toman decisiones sobre la comida o se juzga a otros. Lo mismo sucede con las emociones, que aunque no siempre se expresan verbalmente, tienen un peso importante en los comportamientos relacionados con la alimentación.

Por otro lado, la actitud hacia la obesidad representa una dimensión poco explorada pero relevante. En muchos contextos, persisten estigmas y prejuicios que afectan tanto la salud mental de las personas que viven con obesidad como la calidad de atención que reciben. En este sentido, comprender cómo se construyen estas actitudes, y qué papel juega la percepción de la imagen corporal, puede aportar elementos valiosos para romper con ideas erróneas y promover relaciones más saludables con el cuerpo y la alimentación.

Esta tesis surge del interés por analizar la interrelación entre actitud hacia la obesidad, emociones, creencias irracionales y comportamiento alimentario, considerando como eje integrador la percepción de la imagen corporal. Para ello, se llevó a cabo un estudio cuantitativo, con un enfoque analítico, en población adulta mexiquense, donde se aplicaron instrumentos validados que permitieron explorar el

estado nutricional de los participantes, sus creencias, emociones, actitudes y auto percepción.

El trabajo se estructura en varios capítulos. En los primeros se abordan los antecedentes teóricos que sustentan cada una de las variables involucradas, desde una perspectiva psicológica, cognitiva y social. Posteriormente, se presenta el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, hipótesis y el diseño metodológico. Más adelante, se exponen los resultados obtenidos, el análisis e interpretación de los datos, y finalmente, se discuten los hallazgos en relación con lo reportado en la literatura, planteando posibles implicaciones para la práctica profesional en el ámbito de la salud.

1. Antecedentes

1.1. Creencias

1.1.1. Definición de creencia

Para comprender adecuadamente las creencias, es necesario primero definir algunos conceptos clave. En palabras de Díez (2017, p. 128), "una cosa es la verdad como realidad independiente del sujeto y otra es la verdad subjetiva o psicológica". Es decir, existe una realidad empírica, externa al individuo y ajena a su percepción, pero es el propio individuo quien decide si esa realidad es válida o no.

El juicio que el individuo hace sobre la existencia de un hecho se basa en su capacidad para verificarlo, lo que implica que este proceso no siempre es lógico. El hecho de que una persona considere algo como real no garantiza que dicha realidad sea objetivamente verdadera. En este contexto, Bunge (2009) señala que la creencia es una verdad subjetiva con la que el ser humano se relaciona, dado que no interactúa directamente con la realidad, sino con la representación mental que tiene de ella.

Las creencias, de acuerdo con Pepitone (1991), pueden definirse como estructuras normativas que surgen y se consolidan dentro de la cultura. Estas creencias dependen de variables históricas, individuales y ecológicas (Jodelet, 1986), y permiten al individuo interpretar lo que le ocurre y representar su entorno.

Se les puede considerar como un juicio psicológico que establece una relación entre dos proposiciones, sin que esa relación esté completamente verificada; en otras palabras, es una inferencia o juicio con un cierto grado de incertidumbre. Por este motivo, muchos autores describen las creencias como una actitud mental de aceptación, tal como lo hizo David Hume en el siglo XVII.

Por otro lado, Abelson (1979) señala una dimensión cultural de las creencias, indicando que cuando todos los miembros de un grupo comparten una creencia específica, es posible que no la reconozcan como tal, sino que la consideren conocimiento. Esta perspectiva cultural se alinea como una característica social del conocimiento (Op't Eynde et al., 2002; Thompson, 1992). Para que algo sea

considerado conocimiento, debe cumplir con ciertos criterios de verdad, los cuales son negociados y acordados dentro de una comunidad (de práctica).

1.1.2. Sistemas de creencias

Los sistemas de creencias según Usó-Domènech & Nescolarde-Selva, (2016) son estructuras interconectadas de normas y valores que varían en su grado de organización. Lo que define un sistema de creencias como tal es la manera en que sus elementos se interrelacionan. Estos sistemas son las narrativas que los individuos construyen para explicar su percepción de la realidad. Cada individuo utiliza su propio sistema de creencias para interpretar y darle sentido al mundo que lo rodea.

La realidad que se percibe está condicionada por estos sistemas de signos, los cuales son afectados y modificados por las creencias subyacentes. La interpretación de un signo depende de un marco de referencia socialmente aprendido, que otorga sentido a la percepción (Usó-Domènech & Nescolarde-Selva, 2016).

Los sistemas de creencias deben estar guiados a través del compromiso personal, que es lo que le otorga relevancia social. Sin este compromiso, las creencias no tendrían las consecuencias sociales que les dan su poder. También se caracterizan porque pueden perdurar y evolucionar a lo largo de generaciones (Thompson, 1992). Estos sistemas varían enormemente en cuanto a su contenido, y sus límites no siempre son claros, además que se ocupan de la existencia o inexistencia de entidades conceptuales. Estas entidades, como Dios, la patria o conspiraciones, suelen ser centrales dentro del sistema y juegan un papel crucial en la forma en que los individuos interpretan el mundo (Scharrón, 2010).

Los sistemas de creencias también incluyen representaciones de mundos alternativos, como el mundo actual comparado con el mundo ideal que debería ser. Este tipo de sistemas, particularmente los revolucionarios o utópicos, tienden a proponer cambios en la realidad actual para alcanzar un estado mejorado. Del mismo modo, están profundamente influenciados por componentes evaluativos y afectivos. Y pueden variar en cuanto a la certeza con la que son sostenidas. Un

individuo puede estar completamente comprometido con una creencia o, por el contrario, considerarla simplemente probable (Espinoza, 2014).

1.1.3. Creencias irracionales

Las creencias irracionales (distorsiones del juicio), han sido consideradas ideas o convicciones que no están basadas en evidencia objetiva, son rígidas, ilógicas y poco razonables (Van Wijhe et al., 2013). Otros conceptos como “sesgos cognitivos” se han utilizado indistintamente, aunque autores como Žeželj & Lazarević (2019) encuentran diferencia, estableciendo que los sesgos cognitivos son patrones sistemáticos de pensamiento que distorsionan nuestra percepción de la realidad.

Las creencias irracionales suelen generar emociones negativas o comportamientos inadecuados. Albert Ellis, psicoterapeuta estadounidense, fue pionero en su estudio a través de la “Terapia Racional Emotiva Conductual” (REBT, por sus siglas en inglés, Rational Emotive Behavioral Therapy), desarrollada en la década de 1960. Según Ellis (1962), estas creencias surgen cuando las personas enfrentan situaciones que les impiden alcanzar sus metas o son contrarias a sus valores. En tales casos, tienden a adoptar un pensamiento absolutista y rígido, que conduce a una interpretación irracional de los eventos. Este proceso de racionalidad e irracionalidad está vinculado a la evaluación subjetiva que los individuos hacen de las situaciones, lo que, a su vez desencadena emociones disfuncionales y comportamientos problemáticos (Ellis, 1962).

Ellis (1979) también destacó que los seres humanos tienen dos tendencias biológicas contrapuestas: una inclinación hacia el pensamiento irracional y, al mismo tiempo, la capacidad de cambiar estos pensamientos mediante el uso de la razón. Desde esta perspectiva, la REBT se basa en la premisa de que el pensamiento irracional puede modificarse para lograr un mejor bienestar emocional. En este enfoque, los pensamientos, creencias y actitudes que los individuos tienen sobre sí mismos y sobre los demás influyen significativamente en sus emociones y comportamientos.

Este enfoque sugiere que gran parte del comportamiento humano es aprendido y está influenciado por el contexto social, y que los pensamientos y emociones tienen un papel directivo en las acciones (Freeman, 2005). En situaciones sociales, cuando personas adoptan creencias irracionales, el fenómeno puede expandirse y generar una “mente colectiva” en la que los individuos influyen mutuamente hacia una mayor irracionalidad.

Estas creencias se clasifican en cuatro tipos principales (Dryden & Ellis 2001): exigencias, se refieren a las creencias absolutistas sobre cómo deberían ser las cosas; creencias aterradoras, relacionadas con la sobreestimación de lo terrible que sería una situación adversa; creencias de baja tolerancia a la frustración, relacionadas con la incapacidad percibida para soportar una situación desagradable y creencias de depreciación, autodesprecio o desvalorización de los demás.

1.1.3.1. Creencias irracionales de Albert Ellis

Albert Ellis desarrolló la REBC en la década de 1950. Siendo uno de los componentes clave de esta terapia, las creencias irracionales. Ellis introdujo formalmente estas ideas en su libro *"Reason and Emotion in Psychotherapy"*, en 1962. Según su teoría, cuando las personas enfrentan situaciones adversas, no son los eventos en sí los que causan las emociones negativas, sino las creencias que tienen sobre esos eventos. En la Tabla 1 se redactan las 12 creencias irracionales (Ellis, 1962):

Tabla 1

Las 12 creencias irracionales de Ellis (1962)

1	La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su entorno (familiares, amigos y conocidos).
2	La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.

3 La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.

4 La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.

5 La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.

6 La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto, por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.

7 La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades de la vida.

8 La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.

9 La idea de que la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.

10 La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.

11 La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.

12 La idea de que puede conseguir un máximo de felicidad a través de la inercia y la inactividad, o bien divirtiéndose pasivamente y sin comprometerse (Ellis, 1982, pp. 55-56).

1.1.4. Creencias en salud

Las creencias en salud se encuentran influenciados por factores internos y externos del individuo. La representación subjetiva de la propia salud constituye un mediador de la conducta e incide en la adherencia a estilos de vida saludable (Galdames-Cruz et al., 2018). Por lo que, los individuos generalmente suelen actuar

como agentes activos en la búsqueda de soluciones a sus problemas de salud (o malestares) provocando interés en la organización de información perceptiva y conceptual sobre las amenazas de salud de manera episódica y autorregulada gracias a un sistema de retroalimentación cognitivo conductual (Duarte, 2007).

Las creencias sobre la salud varían ampliamente entre culturas, por lo que, psicólogos y diversos estudiosos han intentado explicarlas mediante modelos o teorías relacionadas a la salud-enfermedad.

En algunos casos se ha establecido que los individuos pueden atribuir las causas de la enfermedad a factores internos (como hábitos poco saludables o emociones negativas), al entorno ambiental, a factores sociales y también a factores sobrenaturales como un ser todo poderoso, brujería, el destino, etcétera (Helman, 2001). Otras teorías proponen que los individuos conceptualizan la salud y la enfermedad a partir de el cuerpo como máquina, el cuerpo asediado, la desigualdad de acceso, la crítica cultural, la promoción de la salud, el individualismo robusto, el poder de Dios y la fuerza de voluntad (Stainton-Rogers, 2011).

Por otro lado, las creencias sobre los alimentos juegan un papel importante en términos de lo que alguien decide comer, inclusive individuos pueden tener alta o muy alta presencia de creencias favorables en cuestión de buenos hábitos alimenticios, sin embargo, sus prácticas son poco o nada saludables (Sánchez-Ojeda & Luna-Bertos, 2015).

Las creencias relacionadas a la obesidad están coordinadas a su vez, con la categoría menos compleja (Ortega, 2018), es decir, la ausencia de la enfermedad, ya que, en general, las creencias acerca de la salud (en especial sobre el exceso de peso u obesidad) se relacionan con percepciones sobre el estado físico, mental y emocional, es decir, se necesita presenciar un deterioro significativo para desarrollarlas como tal.

1.1.4.1. Creencias irracionales sobre los alimentos y el peso

Las creencias irracionales sobre la alimentación y el peso suelen manifestarse como percepciones poco realistas sobre lo que se considera un “peso

ideal” o sobre los efectos inmediatos de ciertos alimentos en el cuerpo. En ocasiones, creencias muy relacionadas entre si.

El desarrollo de diversas costumbres y tendencias en torno a la alimentación ha estado marcado, en muchos casos, por un escaso respaldo científico. De acuerdo con Murillo-Godínez y Pérez-Escamilla (2017), estas creencias se conocen como mitos alimentarios. Estos mitos suelen establecerse a lo largo de la vida y ser transmitidos de generación en generación. Sin embargo, en la actualidad, el crecimiento de los medios masivos de comunicación, especialmente el internet, ha facilitado el acceso a una mayor cantidad de información (Díez, 2017).

Se han identificado diversas creencias irracionales relacionadas con la alimentación y el peso, las cuales pueden afectar negativamente la salud física y mental de los individuos. A continuación, se enumeran algunas de ellas:

1. Una creencia frecuente es que ciertos alimentos son completamente "malos" o "buenos". Este pensamiento puede llevar a restringir drásticamente la forma de alimentarse, como se observa en individuos con trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, 2008).
2. Se cree que cualquier aumento de peso es catastrófico, lo cual puede desencadenar comportamientos restrictivos o compensatorios (Beck et al., 1979). Estas creencias generan ansiedad y conductas disfuncionales en torno a la alimentación y el control del peso.
3. Se cree que la pérdida de peso debe ser rápida y fácil, y que cualquier dificultad en el proceso es una señal de fracaso individual. Este tipo de pensamiento es recurrente en pacientes que buscan dietas milagrosas y puede llevar a ciclos de efecto rebote, lo que tiene implicaciones negativas tanto para la salud física como mental (Polivy & Herman, 2002).
4. Otra creencia irracional es la idea de que el valor y la autoestima dependen directamente del peso de un individuo. Esto se refleja en muchas culturas contemporáneas que valoran una delgadez extrema como estándar de éxito o belleza (Garner & Garfinkel, 1980) estas creencias contribuyen a la dismorfia corporal y a la insatisfacción crónica con el cuerpo.

1.2. Emociones

1.2.1 Historia y definición de la emoción

De acuerdo con la historia de las emociones, Aristóteles fue de los primeros filósofos que sentaron las bases sobre ellas. Las teorías más aceptadas en esa época determinaban que las pasiones^a eran fenómenos corporales, según los filósofos; mientras que otros apoyaban que eran fenómenos mentales (Trueba, 2009). Sin embargo, la postura de Aristóteles sobre las emociones se centra en su influencia sobre los juicios y decisiones de las personas (Garcés & Giraldo, 2018).

Según Aristóteles, las emociones, como la ira, el temor y la compasión, pueden cambiar los juicios humanos al estar asociadas al placer y al dolor. Él sostenía que las emociones son respuestas rápidas y automáticas ante situaciones inesperadas, pero también las veía como reacciones instintivas y cognitivas, influidas por la interpretación de las acciones y motivaciones de los demás (Garcés & Giraldo, 2018).

Según Hume en 1757, en su “Tratado de la naturaleza humana”, las pasiones eran percepciones de la mente, siendo las percepciones contenidos de la conciencia, integrados por las sensaciones, afectos y pensamientos. Dividía a las percepciones en dos tipos: impresiones e ideas. Las impresiones eran las percepciones más vivaces e intensas, mientras que las ideas eran copias débiles de las impresiones, formadas en el pensamiento durante el razonamiento (Cano, 2011).

Hume realizó una distinción entre impresiones de sensación e impresiones de reflexión. Las impresiones de sensación provenían de los sentidos y se

^a En algunos textos se utilizó el término *pasión* para referirse a las emociones debido a su connotación histórica. En la antigüedad, las emociones se concebían como fuerzas internas que los individuos sufrían o padecían de manera pasiva. Las emociones, vistas como impulsos descontrolados, estaban asociadas a vicios o conductas indeseables, y por ello se consideraba que la razón debía ejercer control sobre ellas. Así, *pasión* adquiría una connotación negativa, en tanto se refería a aquello que debía ser dominado o rechazado para alinearse con los ideales de vida virtuosa. Este uso refleja una visión en la que las emociones eran vistas como obstáculos para la excelencia humana, lo que explica por qué en ciertos textos se habla de *pasión* en lugar de *emoción* como lo hacemos hoy.

conformaban por las sensaciones físicas y emocionales que experimentaba el individuo de manera directa, es decir, de carácter inmediato y no derivaban de otra percepción. Mientras que, las impresiones de reflexión se referían a las pasiones, deseos y emociones, respuesta de una impresión original o a la idea de ésta. Estas impresiones secundarias, según Hume, se basaban en el dolor y el placer, y podían ser provocadas no solo por la experiencia directa de un bien o un mal, sino también por la misma concepción de estos en el futuro (Cano, 2011).

Las pasiones, según Hume, estaban directamente relacionadas con el placer y el dolor. Hume se limitó a un análisis psicológico o fenomenológico de las mismas, más allá de una concepción fisiológica. Reconoció que las pasiones están vinculadas a causas físicas, como el movimiento de los fluidos corporales (Cano, 2011).

James (1884) estableció que la emoción era el resultado de una percepción y la causa de la expresión física (excitación orgánica) que duraba un período determinado de tiempo (Solomon, 1984). Según James, la emoción es un fenómeno consciente que se origina a partir de los efectos que las manifestaciones periféricas, provocadas por la percepción del objeto que genera la emoción, tienen sobre la conciencia (James, 1884).

La manera intuitiva para entender a las emociones hace pensar que la percepción mental de un evento genera una emoción, y que esta emoción, a su vez, da lugar a una expresión física. Inclusive el sentido común sugiere que pasamos por una acción e inmediatamente se produce una reacción -emoción- (Melamed, 2016).

Sin embargo, la hipótesis de James sostenía que este orden secuencial no es correcto. Puesto que, los estados mentales no se distinguen necesariamente unos de otros en esa forma, y lo primero que se experimenta son las modificaciones físicas en el cuerpo (Moya et al., s.f.). La afirmación más coherente, es que el individuo está en un estado emocional y eso produce una respuesta fisiológica. Es decir, James sostenía que las emociones tenían una base, principalmente, orgánica más que mental.

James distingue dos tipos de emociones: unas más intensas, con manifestaciones corporales fuertes, como la ira, el amor, el miedo, el odio, la alegría, la aflicción, la vergüenza y el orgullo; y otras emociones más sutiles, cuyas respuestas físicas son menos notorias, como las emociones morales, intelectuales y estéticas (Moya et al., s.f.).

Simultánea e independientemente a James, Carl Lange, fisiólogo danés mencionó sobre las emociones que, la causa general de ellas son fisiológicas, por lo que, ambos coincidieron en la idea central de sus principios sobre las emociones. Sin embargo, Lange puso mayor atención a los cambios vasculares y en el ritmo cardíaco durante la experiencia emocional (Moya et al., s.f.). Es así como en el siglo XIX la teoría periférica de James-Lange indentificó a las emociones con la sensación de cambios en el cuerpo (Loaiza, 2016).

En la década de 1920 surge un nuevo enfoque sobre las emociones propuesta por Cannon y Bard quienes sostienen que los estímulos emocionales activan dos efectos excitatorios que ocurren de manera interdependiente: por un lado, generan el sentimiento emocional en el cerebro, y por otro, desencadenan la respuesta del sistema nervioso autónomo y somático (Papanicolaou, 2004a; Rodríguez, 1998).

Es decir, cuando un individuo se enfrenta a un estímulo emocionalmente relevante, como ver algo que provoca miedo o sorpresa, tanto la emoción como la respuesta fisiológica (como el aumento del ritmo cardíaco o la sudoración), ocurren simultáneamente. La teoría propone que ambos procesos se desarrollan al mismo tiempo, pero de manera independiente, es decir, la emoción y la respuesta física no se causan entre sí, sino que surgen de forma paralela en el cerebro (Papanicolaou, 2004a; Rodríguez, 1998).

En 1962, Schachter y Singer propusieron un enfoque cognitivo para entender las emociones, señalando que lo que diferencia las distintas experiencias emocionales no depende de los patrones de cambios viscerales, como proponía James, sino de procesos cognitivos que interpretan el significado del estímulo (Papanicolaou, 2004b).

Estos autores realizaron un experimento clave donde demostraron que un mismo patrón de activación fisiológica, inducido de manera artificial, podía dar lugar a emociones diferentes dependiendo de cómo se interpretara el contexto externo. El experimento se basó en la administración de una inyección de epinefrina a sujetos voluntarios, posteriormente formaron 4 grupos experimentales: 1) informado + inyección, 2) no informado + inyección, 3) mal informado + inyección, 4) placebo. Lo que encontraron fue que los individuos informados no fueron proclives a sentirse enojados o tristes por que, atribuyeron su reacción fisiológica a los efectos de la inyección. Mientras que los individuos no informados, sí experimentaron respuestas fisiológicas que no atribuyeron a la inyección (León et al, 1996).

Este enfoque sugería que las emociones no eran causadas únicamente por el estímulo físico, sino por la evaluación cognitiva del mismo en su contexto social y físico. Asimismo, señalaron que lo que diferenciaba emociones como el miedo y la alegría no era el patrón fisiológico, sino la interpretación cognitiva, un proceso denominado “masa aperceptiva”, junto con las características percibidas de la situación que desencadenaba la emoción (Papanicolaou, 2004b).

Paul Ekman (1969) estableció que existen emociones que sirven de base para las demás, siendo conocidas como emociones básicas. Previamente, Descartes, del mismo modo, estableció que los estados emocionales se derivaban de 6 pasiones fundamentales: alegría, tristeza, amor, deseo, odio y asombro (Hangen & Elliot, 2016). Ekman (1969) en “Los seis grandes” establece que las emociones básicas son felicidad, tristeza, miedo, sorpresa, ira y asco. Si bien, según la postura, algunos autores apoyan diferentes hipótesis en donde autores como Ekman, Levenson y Plutchnik han agregado emociones a la lista.

Durante el mismo periodo de Ekman Joseph LeDoux (1970), neurocientífico americano, propone una nueva forma de entender las emociones, mediando entre las posiciones constructivistas y biologicistas. Su enfoque se basa en la tradición evolucionista, afirmando que las especies han sobrevivido y evolucionado mediante la adaptación a su entorno, creando y heredando mecanismos básicos que aseguran la supervivencia (García, 2019). Según LeDoux (2016), estos mecanismos, llamados circuitos de supervivencia, son similares entre las especies

y responden a necesidades fundamentales que se activan cuando la supervivencia está en riesgo, generando conductas automáticas.

LeDoux distingue entre emociones y sentimientos. Los sentimientos como la felicidad, el miedo o la ansiedad son experiencias conscientes que surgen cuando el cerebro detecta un riesgo o una necesidad (LeDoux, 2002; 2016). Las emociones, por su parte, son conceptos y esquemas utilizados para categorizar situaciones que implican seguridad o peligro para el cuerpo.

LeDoux sigue una estructura similar a la de James en el proceso de la emoción. James planteaba que un estímulo genera una percepción, seguida por cambios corporales que, a su vez, producen el sentimiento consciente de la emoción. En cambio, LeDoux argumenta que la percepción no es automática, sino que implica un procesamiento cerebral que incluye cognición no consciente y un monitoreo del entorno. Los circuitos de supervivencia innatos responden al riesgo, activando tanto el cuerpo como la mente (LeDoux, 2016).

La función cerebral en el procesamiento implica el almacenamiento temporal de información y un sistema de control ejecutivo que regula la atención y el flujo de datos. LeDoux conecta el proceso emocional con funciones cognitivas avanzadas, como la atención y el etiquetado de experiencias. El etiquetamiento utiliza tanto la memoria semántica como la episódica para asignar conceptos emocionales a los estados corporales. Por ejemplo, una persona puede sentir aceleración del pulso y etiquetarlo como amor, cuando en realidad podría ser el resultado de una causa fisiológica, como una infección (LeDoux, 2016).

1.2.2. Componentes de la emoción

Los investigadores de las emociones como Plutchik (2001) y Russell (2003) han establecido que se componen de diversos componentes: uno subjetivo, un componente motor, un componente fisiológico y un componente de valoración.

Por otro lado, Scherer (2001), filósofo alemán identificó cinco componentes de acuerdo a la relación de las emociones con las funciones de los sistemas del cuerpo humano. En cada episodio emocional participan los diversos componentes:

componente cognitivo; componente neurofisiológico; componente motivacional; componente de expresión-instrumental y componente de sentimiento subjetivo.

El componente cognitivo está relacionado con el procesamiento de la información y la evaluación de los estímulos. A través de este subsistema, el organismo determina la relevancia de un evento, su novedad y su importancia para los objetivos del individuo. Este proceso se lleva a cabo mediante chequeos secuenciales que analizan las características del estímulo en función de su relevancia, implicaciones, potencial de afrontamiento y significado personal (Scherer, 1984, 2001). El sistema nervioso central es el sustrato orgánico de este componente, cuya función principal es evaluar los eventos y determinar la probabilidad de que ocurran, así como su novedad (Scherer, 2001).

El componente neurofisiológico involucra las respuestas automáticas del organismo que permiten la regulación homeostática^b y la producción de energía necesaria para la acción. Este subsistema se activa ante estímulos placenteros o displacenteros, lo que genera tendencias de aproximación o evitación, respectivamente (Scherer, 2001). El sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino juegan un papel clave en este componente, que regula la activación corporal y las respuestas fisiológicas ante el estímulo.

El componente motivacional está vinculado con la preparación y ejecución de acciones, determinando las tendencias de acción que se activan en respuesta a un estímulo, como la lucha o la huida. Este subsistema ejecutivo evalúa si el estímulo facilita o impide la consecución de metas importantes para el individuo y prepara al organismo para actuar en consecuencia (Scherer, 2001). Este componente decide qué acciones tomar, en función de la relevancia del estímulo para los objetivos del organismo, regulado por el sistema nervioso central.

El componente de expresión-instrumental se manifiesta a través de la comunicación no verbal, como la expresión facial y los movimientos corporales. Su función es comunicar las intenciones y reacciones del individuo a los demás, proporcionando información sobre su estado emocional (Scherer, 2001). Este

^b Regulación homeostática es el proceso por el que el cuerpo ajusta sus sistemas fisiológicos para mantener un estado de equilibrio interno (NIH, s.f.)

subsistema es fundamental para la interacción social, ya que permite expresar emociones y comunicar estados internos, incluso de manera involuntaria, a través de señales externas, regulado por el sistema nervioso somático.

El componente de sentimiento subjetivo hace referencia a la experiencia interna de la emoción, es decir, a cómo el individuo percibe y siente el episodio emocional. Este subsistema monitoriza la interacción entre el organismo y su entorno, evaluando si el evento es consistente con las normas sociales y personales, así como con las expectativas del individuo (Scherer, 2001). El sentimiento subjetivo está regulado por el sistema nervioso central y refleja el estado interno del organismo y desempeña un papel crucial en la regulación emocional, ya que permite una evaluación consciente del episodio emocional.

1.2.3. Clasificación de las emociones

Las emociones se pueden clasificar de diferentes maneras. Existen las emociones primarias o básicas propuestas por Ekman, emociones secundarias que derivan de las anteriores. Emociones positivas y negativas relacionadas con formas de actuar y pensar. Emociones relacionadas con la función que desempeñan, sociales, cognitivas, etcétera.

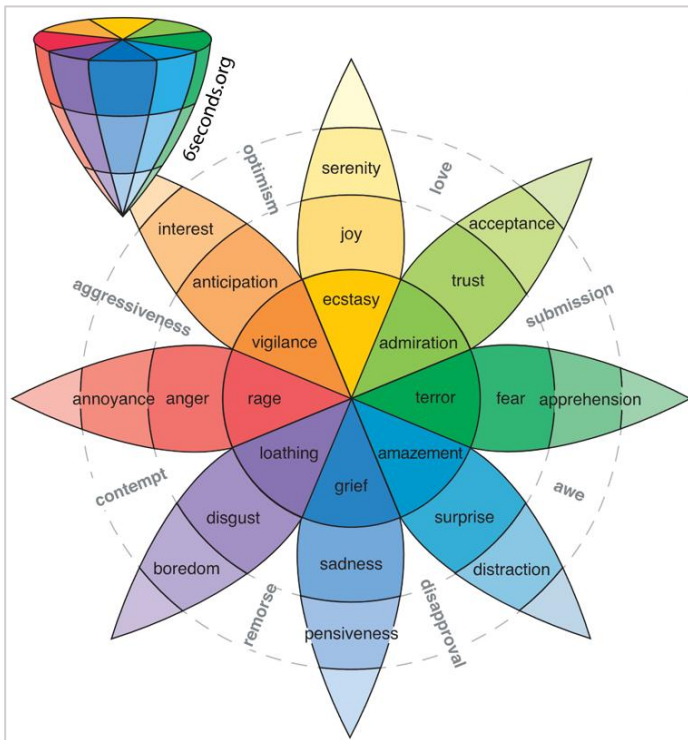
Emociones primarias y secundarias. Ya se ha comentado que a pesar de “Los seis grandes” por Ekman, diversos autores han agregado emociones al conjunto de las emociones básicas o primarias. Es así como Robert Plutchik (1980), psicólogo americano estableció la rueda de las emociones en donde organiza ocho emociones básicas o primarias en función del propósito fisiológico de cada una: ira, anticipación, alegría, confianza, miedo, sorpresa, tristeza y asco (Sixseconds, s.f.; Roch, 2021).

Cada emoción primaria tiene una emoción opuesta basadas en la reacción fisiológica que cada emoción provoca en los individuos (Sixseconds, s.f.). Las emociones sin color representan una emoción que es una mezcla de las dos emociones primarias, es decir una emoción secundaria (optimismo, amor, sumisión, temor, desaprobación, remordimiento, desprecio y agresividad). Por ejemplo, la alegría (*joy*) y la confianza (*trust*) se combinan para formar el amor (*love*). Cada

sección de la rueda representa una emoción primaria con diferentes niveles de intensidad, y las combinaciones entre las emociones básicas generan emociones más complejas (Figura 1).

Figura 1.

Rueda de las emociones por Plutchik



Nota: Clasificación de las emociones de acuerdo con Plutchik (Sixseconds, s.f.).

Emociones positivas y negativas. Las emociones positivas según Contreras y Esguerra (2006) son reacciones breves que aparecen cuando algo significativo para un individuo ocurre, se asocian con el placer y el bienestar (Diener et al., 2003) y generan poca movilización de recursos para su afrontamiento. Además, las emociones positivas están profundamente relacionadas con las experiencias individuales, ya que dependen de la percepción de las circunstancias de cada individuo (Vecina, 2006).

Fredrickson en 1998 propuso la alegría, el interés, el amor y la satisfacción como las emociones positivas centrales más comunes. Sin embargo, diversos autores integran nuevas emociones o reemplazan algunas. El bienestar, según

Seligman (2002), es inseparable de la felicidad, y cuando un individuo siente un alto nivel de bienestar subjetivo, se vuelve más creativo y motivado para alcanzar sus metas. La fluidez, descrita por Csikszentmihalyi (1990), es la sensación de estar completamente absorto en una actividad, lo que transforma las experiencias cotidianas en momentos gratificantes.

En el caso de las emociones negativas, Fredrickson (2001) planteó que las emociones negativas, como la ira, suelen dirigir la atención del individuo hacia una meta específica, como superar un obstáculo, y activar respuestas de lucha o huida. Esto contrasta con las emociones positivas, que amplían la conciencia y promueven una mayor variedad de comportamientos. Diversos autores han establecido ciertas emociones negativas, entre las cuales se encuentran: la ira, tristeza, miedo, ansiedad y vergüenza (Ekman, 1969; Plutchik, 1980).

Mientras que, también pueden clasificarse en función del tiempo (pasado, presente o futuro) (Csikszentmihalyi, 1998). Las emociones relacionadas con el pasado, como la gratitud y el orgullo, se refieren a la reinterpretación de experiencias previas, mientras que aquellas centradas en el presente, como el placer y la alegría, tienen un componente sensorial y efímero. Las emociones centradas en el futuro, como el optimismo y la esperanza, están vinculadas a la capacidad de la persona para visualizar un futuro positivo.

Otra manera de clasificar las emociones es según las funciones que cumplen, más allá de la dimensión de agrado o desagrado. Desde las primeras investigaciones sobre las emociones, se ha reconocido que tienen una función adaptativa, social y motivacional. Estas funciones permiten a los individuos enfrentar de manera eficiente las demandas del entorno, independientemente de si las emociones generan o no placer.

La función adaptativa en las emociones preparan al organismo para actuar adecuadamente según las circunstancias. Movilizan la energía necesaria y dirigen la conducta, acercando o alejando al individuo de un objetivo. Plutchik (1980) asoció cada emoción con una función específica, como el miedo con la protección, la ira con la destrucción o la alegría con la reproducción.

La función social en las emociones, Izard (1993) subraya que las emociones facilitan la comunicación y controlan la conducta social, como cuando la felicidad fomenta relaciones interpersonales o la ira genera respuestas de evitación. Las emociones no solo comunican estados internos, sino que también permiten que los individuos se adapten a normas sociales.

La función motivacional en las emociones energizan la conducta y le dan dirección. Las emociones aumentan la intensidad de las acciones, facilitando respuestas rápidas y eficaces. Por ejemplo, la ira facilita defensas ante una amenaza, y la alegría promueve la interacción social. Además, las emociones influyen en la decisión de acercarse o evitar un objetivo, dependiendo de si la emoción es placentera o displacentera.

1.2.4. Emociones relacionadas con la alimentación y el peso

El papel que juegan las emociones en la conducta y el comportamiento alimentario^c es complejo, pues, tanto positivas como negativas, influyen en diversas etapas del proceso de ingestión, incluyendo la motivación para comer, la elección de alimentos, la cantidad y la calidad de la ingesta. Este vínculo es bidireccional: las emociones pueden inducir ciertos patrones de consumo, y los alimentos, a su vez, pueden provocar diversas emociones dependiendo de sus características organolépticas, contextos sociales y fisiológicos (Palomino, 2020).

Según la “Teoría Psicosomática”, el comedor emocional, se refiere a la tendencia de comer en respuesta a emociones negativas, como una forma de aliviar el estrés, ignorando las señales fisiológicas de hambre y saciedad (Baños et al.,

^c Diversos autores han abordado el concepto de comportamiento alimentario y conducta alimentaria, con algunas diferencias en su interpretación. Se plantea una distinción entre ambos términos: el comportamiento alimentario refiere a las acciones dirigidas a la producción, provisión y obtención de alimentos, mientras que la conducta alimentaria se relaciona con el acto de ingerirlos en un tiempo y espacio específico (López-Espinoza, (2018). Sin embargo, otros autores los consideran sinónimos (Saucedo-Molina & Unikel, 2010) y definen la conducta alimentaria como un conjunto de acciones influenciadas por factores biológicos, psicológicos y socioculturales, más allá de satisfacer necesidades nutricionales. Por otro lado, Osorio et al., (2002) ofrecen una definición más simple, entendiendo la conducta alimentaria como el comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos y las cantidades ingeridas.

2011). Este patrón alimentario está vinculado a estados emocionales negativos, que suelen preceder a los episodios de ingesta excesiva.

Predecir cómo influyen las emociones en la conducta alimentaria es difícil debido a su variabilidad en percepción (emociones placenteras o displacenteras), intensidad (duración e intensidad del sentimiento) y la excitación emocional (alta o baja). Las emociones negativas como la ira, la ansiedad, el estrés y la tristeza se asocian con un aumento en la ingesta alimentaria (Thayer, 2001; Van Strien, 2013; Van Strien et al., 2009), particularmente en personas con sobrepeso. Además, en individuos con exceso de peso, las emociones negativas tienden a inducir un mayor consumo de alimentos y exceso de peso, a diferencia de aquellas con un estado nutricional normal. Mientras que las emociones positivas pueden llevar a un incremento en la ingesta alimentaria sin necesariamente generar un aumento de peso (Bongers et al., 2013; Geliebter & Aversa, 2003).

Macht (2008) en su “Modelo de cinco vías” sugiere que las emociones afectan la elección y el consumo de alimentos según su palatabilidad, ya que alimentos más sabrosos y ricos en grasas son preferidos en estados emocionales intensos (como alegría y enojo) en comparación con estados como miedo y tristeza.

Las teorías psicósomáticas, como la de Bruch (1971), han señalado que las personas con obesidad presentan dificultades para diferenciar entre hambre emocional y física debido a experiencias tempranas deficientes en la regulación emocional. Según esta teoría, las emociones no resueltas en la infancia podrían llevar a un desajuste entre el hambre real y la necesidad de consuelo emocional, lo que se traduce en un aumento de la ingesta alimentaria. Kaplan y Kaplan (1957), por otro lado, sugieren que la ingesta excesiva de alimentos en respuesta a emociones negativas es una estrategia de afrontamiento disfuncional que, en lugar de reducir el estrés, exacerba el problema al activar el sistema de recompensa, particularmente a través de alimentos ricos en grasas y azúcares.

1.3. Actitudes

1.3.1. Historia y definición de la actitud

Para hablar de actitudes, se debe considerar la visión del pensamiento social. Se le atribuye la primera definición de actitud al filósofo y sociólogo inglés Herbert Spencer (1862), quien mencionó que se refería a los rasgos que influyen en la manera en como los individuos perciben ciertas situaciones. Hacia alusión a la influencia de la actitud y el estado mental, además estableció que para lograrlo, reconocer que las creencias comunes de los individuos pueden ser tanto verdaderas como falsas al mismo tiempo, era esencial.

Durante los años 1910-1930, sociólogos como Bogardus, Thomas y Znaniecki, utilizaron el término actitud para referirse a las opiniones, creencias e inclusive cualidades de personalidad, términos muy amplios para su estudio científico. En 1928, Thurstone (psicólogo estadounidense) desarrolló una escala para medir las actitudes hacia la religión. En este contexto, definió la actitud como la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones que un individuo tiene sobre un tema en particular, siendo éste concepto subjetivo y personal. Así mismo, se refirió a la opinión como la expresión verbal de una actitud.

En 1935, el psicólogo estadounidense Allport estableció una de las definiciones más aceptadas hasta la actualidad. “Una actitud es un estado mental y nervioso de disposición, adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos y situaciones con los que se relaciona” (Allport, 1935).

En 1974 Fishbein y Ajzen establecieron la “Teoría de la Acción Razonada” (TAR), que proponía al individuo como un tomador racional de decisiones. Explicaba que las intenciones de los individuos de realizar un comportamiento venían determinadas por las creencias sobre las consecuencias de ese comportamiento y la evaluación subjetiva de esas consecuencias.

Años más tarde, en 1967, los mismos autores de la TAR integraron factores actitudinales y comportamentales relacionadas a las conductas saludables. Según

este modelo, una conducta saludable se deriva directamente de la intención de realizarla, lo que significa que la disposición del individuo para llevar a cabo un comportamiento específico es fundamental. Los autores argumentan que muchos comportamientos humanos están bajo control voluntario, por lo que la mejor forma de predecir una conducta es a través de la intención de ejecutarla o no. Esta intención comportamental se basa en dos factores: uno relacionado con las actitudes personales y el otro asociado a la influencia social, conocido como norma subjetiva.

Años más tarde, Émile Durkheim sociólogo, pedagogo y filósofo francés fue de los primeros en establecer la investigación social. Según Durkheim (1991) los hechos sociales, son maneras colectivas de actuar, pensar y sentir que conforman la vida social. Implica que las actitudes no son simplemente algo impuesto, sino que se expresan a través de las acciones y comportamientos de los individuos, quienes, a su vez, contribuyen a la reproducción de las estructuras sociales a través de su conformidad o desviación de las normas (Durkheim, 1894).

En cuanto a la relación entre actitudes y comportamiento, Durkheim sostiene que los individuos actúan dentro de un marco normativo preexistente, pero este marco no determina completamente la acción. Las normas sociales, que incluyen reglas morales, no son impuestas mecánicamente; los individuos tienen la capacidad de apartarse de ellas, lo que genera acciones inmorales o desviadas. Este desvío no elimina la relación entre las actitudes y las acciones, sino que más bien las resitúa dentro de un continuo en el cual las reglas definen lo que es considerado correcto o incorrecto, moral o inmoral (Durkheim, 1894).

Durkheim también reconoce otra acción, aquella que no está definida por una regla, es decir, un comportamiento que surge de una decisión personal sin estar sujeto a las presiones normativas colectivas. Este tipo de acción es marginal, pero indica la flexibilidad y variabilidad de las actitudes y su expresión en el comportamiento humano (Durkheim, 1991).

Actualmente, las definiciones a lo largo de la historia se han podido conformar para definir a la actitud como una construcción psicológica que refleja la valoración general que un individuo o grupo tiene respecto a un objeto, persona, grupo,

problema o situación. Estas actitudes se desarrollan a partir de la interacción de procesos cognitivos, afectivos y conductuales, y suelen ser relativamente estables y duraderas a lo largo del tiempo, sin embargo, presentan un cierto grado de flexibilidad en situaciones específicas (Bermúdez & Navarrete, 2020; Chatzigeorgiadou & Barouta, 2022; Tello, 2022).

Desde el punto de vista cognitivo, las actitudes incluyen las creencias y percepciones de un individuo sobre un objeto o tema. Los aspectos afectivos están relacionados con las respuestas emocionales o los sentimientos hacia un evento o problema (Jost et al., 2009; Molinar & Cervantes, 2021), mientras que los aspectos conductuales están vinculados a las acciones o comportamientos. Algunos autores integran el componente normativo, que se refiere a la forma que se espera que el individuo debe actuar, tomando en cuenta los parámetros o normas establecidas, de acuerdo con lo que se considera apropiado o correcto en un determinado contexto (Estrada, 2012; Tello-Zuluaga, 2023).

1.3.2 Formación de las actitudes

Los individuos forman sus actitudes de acuerdo con los objetivos, situaciones y conceptos presentes. Dicho proceso se ve influenciado por múltiples factores psicológicos, sociales y ambientales (Chatzigeorgiadou & Barouta, 2022; Tello, 2022). Existen diversas teorías desarrolladas a partir de los componentes de las actitudes (cognitivo, afectivo y conductual).

Componente cognitivo. Es común que las actitudes se desarrollen en función de las creencias y pensamientos sobre un objeto o situación. Los juicios sobre lo que suele agradar o con lo que se está de acuerdo, están influenciados por las propias creencias acerca de las características positivas o negativas del objeto de actitud o sobre cómo ese objeto puede beneficiar al individuo a alcanzar sus metas y objetivos.

La interacción diaria con objetos y personas forma creencias que describen y evalúan las experiencias. Aun sin experiencias personales directas, las actitudes pueden formarse, basadas en experiencias indirectas proporcionadas por otros. Modelos teóricos como la TAR (Fishbein & Ajzen, 1975) y la Teoría de la acción

planificada (Ajzen, 1991) especifican cómo las creencias se relacionan con las actitudes.

La “TAR”, basada en el modelo expectativa-valor (McGuire, 1969), parte de la premisa de que las actitudes están determinadas por las creencias que los individuos tienen sobre el objeto de actitud. En este marco teórico, el primer paso es identificar las creencias relacionadas con dicho objeto. Estas creencias pueden abarcar desde las estimaciones sobre la probabilidad y deseabilidad de las conductas vinculadas al objeto hasta las expectativas sobre lo que sería deseable para otros. Aunque el modelo ayuda a entender las creencias que contribuyen a la formación y cambio de actitudes, no especifica los procesos psicológicos que median entre la actitud y la conducta.

Años después, Fishbein & Ajzen (2000) ampliaron este modelo y lo nombraron “Teoría de la conducta planificada” (TCP) al introducir la variable del control percibido, que se refiere a la percepción de los factores que dificultan la realización de una conducta. Según esta ampliación, cuanto más factores perciba un individuo que dificultan su acción, menor será el control percibido, lo cual debilitará la relación entre actitud y conducta (Ajzen, 1991).

Sin embargo, este enfoque ha sido criticado por postular a una persona racional, capaz de procesar detalladamente la situación antes de tomar decisiones conductuales. En contraposición, Fazio (1990), en su modelo “MODE” (modelo de motivación y oportunidad como determinantes), propone que la mayor parte de las conductas ocurren de manera espontánea, y las actitudes pueden guiar la conducta de forma automática, dependiendo de la accesibilidad de la actitud en la mente. De esta manera, una actitud relevante puede generar una conducta sin necesidad de un pensamiento deliberado.

Briñol & Petty (2004) demostraron que variables situacionales y personales, como la fuente de la información o el estado de ánimo, pueden influir en la confianza que una persona tiene en sus pensamientos, afectando su impacto en la formación de actitudes (Briñol et al., 2004).

Componente afectivo. A través de las experiencias, se suele asociar determinadas emociones a personas, objetos o situaciones, lo que repercute en las

evaluaciones, independientemente de las creencias sobre el objeto evaluado. Existen varios mecanismos para explicar cómo el afecto influye en la formación de actitudes, entre los cuales destacan el condicionamiento clásico, el priming afectivo y la mera exposición.

El condicionamiento clásico es un proceso en el cual un estímulo inicialmente neutral (estímulo condicionado) induce una respuesta emocional al ser emparejado con otro estímulo que naturalmente provoca esa respuesta (estímulo incondicionado). Es una herramienta poderosa para la formación de respuestas afectivas y no requiere un esfuerzo mental significativo. DeHouwer et al., (2007) mostraron que este proceso es más eficaz cuando los estímulos son desconocidos, así como también cuando se presentan de manera subliminal.

El priming afectivo se refiere al fenómeno en el que un estímulo incondicionado (como imágenes positivas o negativas) influye en la evaluación de un estímulo condicionado (como una persona o actividad). Esto se basa en la idea de que las emociones o percepciones activadas por el primer estímulo afectan la forma en que se percibe el segundo (Krosnick et al., 1992; Murphy & Zajonc, 1993).

El efecto de mera exposición. Se refiere a cómo la repetida presentación de un estímulo puede aumentar la preferencia por él, incluso sin una evaluación consciente previa (Kunst-Wilson & Zajonc, 1980). La explicación del efecto radica en la familiaridad del estímulo, ya que facilita su procesamiento, llevando a una evaluación más positiva y la reducción de incertidumbre, pues disminuye la competencia de respuestas ante nueva información, aumentando la preferencia por lo familiar.

Componente conductual. El condicionamiento clásico, como se mencionó anteriormente, la propia conducta puede funcionar como un estímulo incondicionado, influyendo en la formación de actitudes. Esto se puede observar a través de expresiones faciales y movimientos corporales. La teoría de la disonancia cognitiva, sugiere que las personas intentan mantener la consistencia entre sus pensamientos y comportamientos. Cuando se comportan de manera inconsistente, experimentan malestar y pueden cambiar sus actitudes para reducirlo. Por último la

teoría de autopercepción, propone que las personas deducen sus actitudes observando su propio comportamiento, similar a cómo evalúan a los demás.

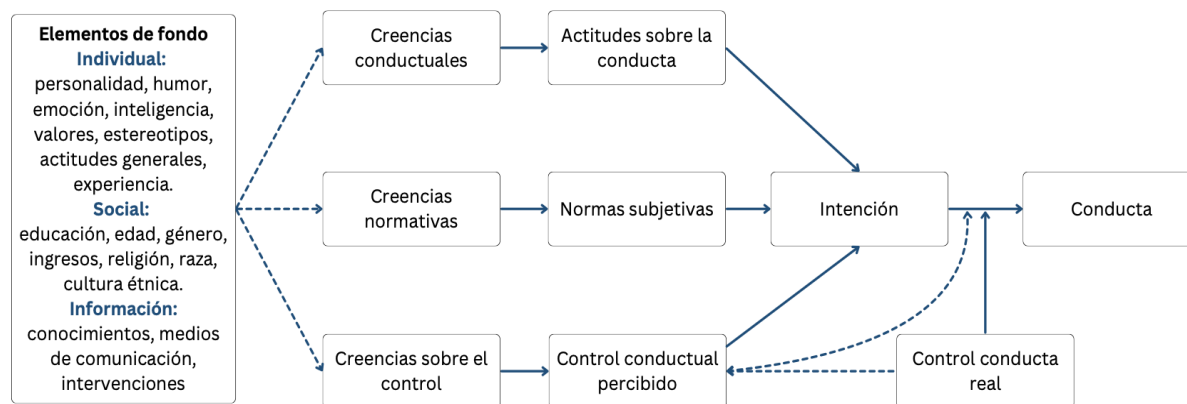
1.3.3. Actitudes hacia la salud

Las actitudes y comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad son factores que determinan el comportamiento de salud^d (*health behaviour*) y por ende los estilos de vida, es decir, los hábitos de alimentación, de higiene, de sueño, etcétera. Las actitudes negativas pueden manifestarse en acciones como aplazar o retardar la búsqueda de atención médica o en la falta de adherencia al tratamiento. Actitudes que generalmente se traducen en comportamientos perjudiciales para la salud.

Existen diversas teorías y modelos relacionados con el comportamiento de salud. Sin embargo, de esas teorías, la TAR y de la TCP tienen como eje central a las actitudes, normas subjetivas y el control percibido.

Figura 2.

Diagrama de la teoría de la acción razonada y de la conducta planificada.



Nota: Adaptado de Ilustración de la Teoría de la acción razonada y de la Conducta Planificada de Ajzen y Fishbein, 2005. Tomado de Campos et al., 2008, p. 137.

^d Comportamiento de salud (*health behaviour*) es definido como cualquier comportamiento o actividad, acciones y hábitos de un individuo, relacionados con el cuidado, el restablecimiento y la mejora de la salud (Corner & Norman, 2017)

Azjen (1991) mencionó que es posible predecir el cambio de comportamiento a través de la intención de llevar a cabo una acción específica. Esta intención está determinada por la actitud del individuo hacia el comportamiento (positiva o negativa), las normas subjetivas (las percepciones sobre las expectativas de otros que son importantes para el individuo) y el control conductual percibido (la percepción sobre la facilidad o dificultad de cambiar dicho comportamiento). El autor también considera que el control conductual percibido es el mejor predictor del cambio de conducta.

En este sentido, es posible que los individuos que no han experimentado enfermedades consideren fácil modificar su comportamiento, mientras que aquellos con enfermedades crónicas de larga duración podrían percibirlo como algo prácticamente imposible. Sin embargo, aquellos que enfrentan el inicio de una enfermedad grave pueden percibir que cambiar su conducta podría mejorar su situación (Nikolaeva & Elnikova, 2014).

Actualmente existen diversos estudios sobre las actitudes que los individuos toman hacia diferentes enfermedades. En el caso de COVID-19, estudios mostraron que la actitud de los individuos hacia la enfermedad era positiva sobre todo en la implementación de las medidas preventivas. Mientras que también se presentaba preocupación relacionada a la percepción sobre la capacidad y preparación de los sistemas de salud (AlAmode et al., 2021). Situación similar para el caso de la actitud a la vacunación, siendo positiva en su mayoría (Hajure et al., 2021).

Se han evaluado también los conocimientos y las actitudes de prevención a tipos de cáncer como el de mama. Siendo que el conocimiento sobre el tema es alto, sin embargo, se presenta un bajo porcentaje en la práctica de los métodos de cribado o diagnóstico como la autoexploración (Pal et al., 2021).

En personal de la salud, se ha encontrado que, la percepción, el conocimiento y la actitud con respecto a salud (específicamente salud cardiovascular) es deficiente en algunos aspectos (Gosadi et al., 2020; Hassan et al., 2023). Aunque los profesionales de la salud son conscientes de la importancia de atender sus propios problemas de salud, las investigaciones muestran que, en la práctica, a menudo no toman acciones concretas al respecto.

En el caso de la obesidad, existen estudios que demuestran que la actitud toma diferencia con respecto a las características de la muestra. Las actitudes negativas hacia la obesidad son comunes entre los profesionales de la salud, quienes a menudo perciben a los pacientes con obesidad como personas perezosas o con menos inteligencia, replicando estereotipos sociales. Esto puede influir negativamente en la atención médica que reciben dichos pacientes (Huizinga et al., 2010).

Brown (2006), realizó una revisión de la literatura sobre actitudes de las enfermeras hacia los pacientes adultos con sobrepeso y obesidad. Encontró que la mayoría tiene actitudes y creencias negativas, que reflejan estereotipos provenientes de las culturas occidentales. Además identificó una serie de variables que influyen en las actitudes de las enfermeras, como la edad, el sexo, la experiencia, el peso y el índice de masa corporal.

En el ámbito laboral, los individuos que presentan obesidad enfrentan discriminación al ser percibidos como menos eficientes, lo que limita sus oportunidades de empleo y promueve condiciones desiguales en comparación con individuos de menor peso (Agerström & Rooth, 2011). En la educación, se han documentado prejuicios hacia los niños con sobrepeso, quienes también son víctimas de estigmatización desde edades tempranas (Turnbull et al., 2000). A nivel interpersonal, los individuos (incluyendo niños y niñas) con sobrepeso suelen recibir un trato más desfavorable que aquellos con un peso normativo (Hersch, 2011).

1.4. Comportamiento

1.4.1. Historia y modelos del comportamiento

En las últimas décadas, la psicología ha adoptado principalmente una postura enfocada en la interacción entre herencia y ambiente para explicar los fenómenos del comportamiento (Ardila, 2021). Se ha puesto especial énfasis en el aprendizaje, las experiencias culturales y el contexto social a lo largo de la vida, destacando el papel crucial del entorno en el desarrollo humano, especialmente durante la infancia.

El teocentrismo fue establecido como una corriente de pensamiento durante la Edad Media que determinaba a Dios como el centro de todas las cosas. Filósofos como Santo Tomás de Aquino mencionaban que la conducta humana debía ir encaminada hacia el bien, en unión con Dios evitando corromper la voluntad humana y así alcanzar la salvación (de Gracia et al., 2022).

Posteriormente contribuciones centradas en las ciencias naturales prosperaron con descubrimientos como la teoría heliocéntrica de Copérnico^e. Aunque las ideas de Copérnico, Galileo Galilei y otros astrónomos no tenían como objetivo explicar el comportamiento humano, se enfrentaron a la religión, ya que fueron esenciales para el avance de la ciencia moderna y pusieron en tela de juicio algunas interpretaciones religiosas.

Durante la primera mitad del siglo XVII, Thomas Hobbes filósofo inglés, fundamentó sus teorías sobre el comportamiento humano a partir de un enfoque científico, alejado de las nociones religiosas. Desde una perspectiva antropológica, veía al individuo como un ser compuesto por facultades y poderes naturales que podían sumarse. De esta manera, argumentaba que la naturaleza humana era la suma de sus facultades, tanto las de su parte animal como las de su parte racional.

Hobbes concebía al ser humano como una combinación de facultades biológicas (como la nutrición, la reproducción y el movimiento) y facultades

^e La teoría Heliocéntrica de Copérnico es un modelo astronómico que sitúa al sol en el centro del universo y sostiene que los planetas, incluida la Tierra, giran a su alrededor, es conocido como heliocentrismo (Espinosa, 2014).

cognitivas (como la imaginación y el conocimiento). Según Hobbes, las facultades del cuerpo son esenciales, pero su análisis se centró en los poderes de la mente. Para él, los poderes cognoscitivos e imaginativos son los que permiten al individuo retener, recordar y reconstruir imágenes del mundo exterior (Galarsi et al., 2011).

Por otro lado, planteo un modelo político en su obra “Leviatán” (Hobbes, 2015) en donde determinó que las interacciones humanas eran extensiones de los principios mecánicos que rigen el comportamiento de los cuerpos en movimiento.

René Descartes, filósofo y matemático francés, propuso en el “Discurso del método” (1637) un dualismo entre *res cogitans* y *res extensa*, es decir, alma y cuerpo (respectivamente). Para Descartes, el alma era una sustancia inmaterial, pensante y consciente, mientras que el cuerpo era una máquina biológica. Esta dicotomía influyó profundamente en las concepciones sobre la naturaleza humana y el comportamiento, ya que separaba lo mental de lo físico. Determinó que el problema en explicar la interacción entre ambos radicaba en la naturaleza de lo inmaterial *versus* lo material.

El enfoque evolucionista^f tiene sus raíces en las ideas de Charles Darwin, quién en una de sus obras fundamentales, como “The Origin of Species” (1859), sugirió que las capacidades mentales humanas, al igual que los rasgos físicos, se desarrollaron gradualmente a través de la selección natural. Darwin veía la psicología como un campo que debía basarse en la adquisición progresiva de habilidades y poderes mentales (Darwin, 1859). También destacó que los individuos, al ser producto de la evolución, comparten muchas características biológicas y psicológicas con otros animales, especialmente los primates. Esto lo relaciona con que emociones, expresiones faciales y muchos comportamientos sociales tienen raíces evolutivas (Pérez-Acosta, 2011).

El fisiólogo ruso Ivan Pavlov descubrió el condicionamiento clásico en la década de 1890, sin embargo, publicó sus resultados años más tarde. La “Teoría del Condicionamiento Clásico” es un método mediante el cual se asocia un estímulo

^f Este enfoque sostiene que las especies cambian a lo largo del tiempo mediante la selección natural, donde los rasgos que mejor se adaptan al entorno tienen más probabilidades de ser transmitidos. Las tres ideas principales de la teoría de la evolución son la mutabilidad de las especies, la ascendencia común y la selección natural.

condicionado (EC) con otro incondicionado (EI) (Sarason, 1981). Pavlov realizaba experimentos con perros, con el objetivo de demostrar el condicionamiento mediante estímulos, por lo que, notó que los animales salivaban no solo al recibir comida, sino también al olerla o al ver a la persona que la traía. Esto lo llevó a investigar si otros estímulos, como el sonido de un diapasón, podrían evocar la misma respuesta si se presentaban junto a la comida.

En su experimento, Pavlov presentó comida a los perros, lo que activaba una respuesta incondicionada (la salivación). Luego, asoció el sonido de un diapasón (EC) con la comida (EI). Después de varios ensayos, el sonido del diapasón comenzó a provocar la respuesta de salivación en los perros, convirtiéndose en un estímulo condicionado. Así, la respuesta del perro ya no era innata, sino una respuesta condicionada, ya que aprendió a asociar el sonido con la comida (Núñez et al., 2015).

Los principios básicos del condicionamiento clásico, son: la adquisición, se refiere a cuanto más se asocian dos estímulos, mayor será la probabilidad de que se produzca una respuesta aprendida; la generalización, una vez establecida la asociación, el organismo tenderá a responder de manera similar ante estímulos similares al estímulo original; la discriminación, a pesar de la generalización, el organismo también puede aprender a distinguir entre el estímulo original y otros similares y por último la extinción, si el estímulo original se presenta repetidamente sin la consecuencia asociada, la respuesta aprendida tenderá a desaparecer gradualmente (Michael, 2017).

A principios del siglo XX Edward Thorndike, psicólogo y pedagogo estadounidense estableció de manera formal la “Ley del efecto” publicada en 1911, considerada uno de los pilares fundamentales del conductismo, corriente psicológica que se enfoca en el estudio del comportamiento observable y aprendido (Arias et al., 2012). La Ley del Efecto se basó en el concepto de estímulo-respuesta (E-R), a partir de diversos experimentos en animales como “la caja problema”. El experimento consistía en introducir a gatos en cajas con mecanismos sencillos de activar por el animal (como presionar una palanca o jalar una cuerda) para abrir una puerta y así obtener una recompensa, generalmente comida (Chance, 1999).

Thorndike demostró con sus experimentos que el comportamiento humano puede explicarse como una serie de conexiones entre estímulos (acontecimiento externos o internos) y respuestas (acciones o reacciones).

En 1974, Mehrabian & Russell establecieron un modelo denominado Estímulo-Organismo-Respuesta (Modelo SOR, por sus siglas en inglés). Se fundamenta en el enfoque conductual que relaciona las características del entorno con las conductas de acercamiento o evitación, influenciadas por los estados emocionales del individuo. Coloca el estado de ánimo o disposición del individuo como intermediario entre los estímulos que percibe y su comportamiento posterior.

Mehrabian y Russell (1974) identificaron tres estados emocionales básicos: placer, excitación y dominancia, conocidos como la "escala PAD". Esta escala evalúa las conductas de acercamiento o rechazo en un ambiente a través de las dimensiones de placer/desagrado, activación/somnolencia y dominancia/sumisión. Este enfoque ha sido aplicado en marketing para estudiar cómo el ambiente influye en las emociones y comportamientos de compra (Gómez y Rozano, 2008).

Piotr Galperin, psicólogo ruso (1976), describió el comportamiento humano como una secuencia de acciones que sigue cuatro pasos: modelado del campo de operaciones, clarificación de los vínculos entre este campo y las necesidades predominantes, planificación y control de la acción. Esta teoría puede resumirse como el modelo M-C-P-CA (Modelar-Clarificar-Planificar-Controlar la Acción).

John Boyd (1987) introdujo el "Ciclo OODA", un proceso de adaptación al entorno que también incluye cuatro fases: observación, que implica recopilar datos a través de los sentidos; orientación, que es el análisis de la información desde la perspectiva propia; decisión, que es la selección de un curso de acción; y acción, que es la ejecución de la decisión tomada.

1.4.2. Modelos del comportamiento en salud

El comportamiento saludable incluye cualquier actividad orientada a prevenir enfermedades, detectarlas en etapas tempranas y mejorar la salud general. Estos comportamientos incluyen acciones que mejoran y protegen la salud, como la realización de ejercicio, la inclusión de una dieta equilibrada, la vacunación

temprana y también evitan conductas perjudiciales como no fumar ni consumir alcohol en exceso.

Diversos modelos de comportamiento de salud explican este fenómeno, como el modelo de creencias de salud, la teoría de la motivación para la protección y teorías generales de actitud y comportamiento, como la teoría de la acción razonada (TRA) y la teoría del comportamiento planificado (TPB), la teoría de la Autoeficacia. Estos modelos indican que el comportamiento sanitario está influido por mediadores como actitudes, creencias, metas e intenciones.

El Modelo de Creencias de Salud (MCS), propuesto por autores como Rosenstock, Hochbaum, Kegeles y Leventhal, fue inicialmente diseñado para explicar las conductas de salud en individuos sanos, enfocándose en la prevención de enfermedades. Sin embargo, más tarde se aplicó también para entender cómo los pacientes reaccionan ante síntomas manifiestos (Kirscht, 1974).

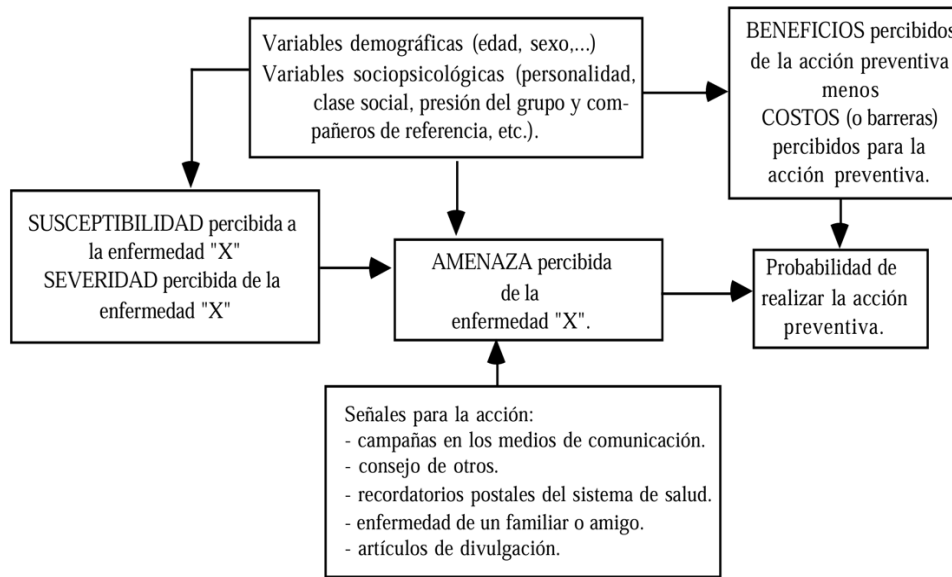
Los principios fundamentales del MCS se basan en la hipótesis, influenciada por teorías como las de Lewin, de que el comportamiento humano depende principalmente de dos variables: el valor que el individuo asigna a un objetivo y la evaluación de la probabilidad de lograrlo mediante una acción determinada. Aplicando este enfoque a la salud, como lo hicieron Maiman & Becker (1974), estas variables se pueden traducir en el deseo de evitar enfermedades (o recuperar la salud si se está enfermo) y la creencia de que una acción específica puede prevenir una enfermedad o mejorar las posibilidades de recuperación.

Rosenstock (1974) señaló cuatro componentes esenciales del MCS: la susceptibilidad percibida, se refiere a cómo los individuos perciben el riesgo individual de enfermar, desde aquellos que niegan cualquier posibilidad de enfermarse hasta quienes reconocen un riesgo real; la severidad percibida, aborda las creencias sobre la gravedad de una enfermedad o las consecuencias de no tratarla, incluyendo tanto las implicaciones médico-clínicas (la muerte o el dolor) como las consecuencias sociales (el impacto en las relaciones o en la capacidad laboral) (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974); los beneficios percibidos, aunque el individuo pueda sentirse amenazado por una enfermedad, no seguirá las recomendaciones médicas si no percibe que estas son eficaces para tratarla (Janz

& Becker, 1984) y por último las barreras percibidas, que dificultan la ejecución de una conducta de salud, el individuo puede considerarla costosa, desagradable o dolorosa, lo que actuaría como un obstáculo para su implementación.

Figura 3.

Modelo de creencias sobre la salud.



Nota: Modelo de creencias sobre la salud de Maiman & Becker, 1974 aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva. Tomado de Orozco et al., 2016 p. 199.

Previamente se ha hablado sobre teorías basadas en la motivación para el cuidado de la salud, como la TAR de Fishbein & Ajzen (2000). Es un modelo cognitivo social utilizado para predecir y explicar el comportamiento en diferentes contextos, incluida la salud. El constructo central en la TRA es la intención, que refleja el grado de motivación de una persona para realizar un comportamiento específico y se considera el antecedente más cercano del comportamiento.

Las intenciones están influenciadas por tres grupos de creencias: las actitudes hacia el comportamiento, las normas subjetivas y el control conductual percibido (CBP). En el contexto de la salud, un meta-análisis de McEachan et al. (2016) confirmó la importancia de estos subcomponentes en la predicción de comportamientos saludables. Las actitudes experienciales y la capacidad fueron los

predictores más significativos de las intenciones, aunque también se observaron efectos directos de las normas descriptivas, actitudes experienciales y capacidad sobre el comportamiento.

El comportamiento del pasado también juega un papel crucial en la predicción del comportamiento futuro dentro de los modelos cognitivos sociales. Estudios han mostrado que el comportamiento pasado predice tanto la conducta futura como las variables cognitivas del modelo, y atenúa los efectos de estas últimas sobre la intención y el comportamiento (Ajzen, 1991). El comportamiento pasado puede indicar la formación de hábitos, definidos como acciones que se realizan de forma automática en respuesta a señales contextuales.

La “Teoría de la Motivación para la Protección” (TMP), propuesta inicialmente por Rogers en 1975 y reformulada por Rippetoe & Rogers en 1987, establece que el miedo es el principal estímulo para el comportamiento de salud. En este modelo, el comportamiento está motivado por dos evaluaciones clave: la evaluación de la amenaza y la capacidad percibida para enfrentarla (Rogers, 1975; Umeh, 2004).

El modelo supone que los individuos adoptan comportamientos de protección de la salud cuando perciben que están amenazadas y creen que pueden realizar acciones efectivas para mitigar dicha amenaza (Milne et al., 2002). La motivación protectora, por lo tanto, se convierte en un factor central que dirige el afrontamiento conductual, lo que finalmente desencadena la acción protectora.

Sugiere que las respuestas de los individuos dependen de la relación percibida entre la amenaza y el comportamiento preventivo. Además, estas respuestas están mediadas por facilitadores o inhibidores del contexto en el que interactúa, lo que puede conducir a respuestas adaptativas o desadaptativas dependiendo del grado de congruencia entre la amenaza percibida y la conducta preventiva (Norman et al., 2003; Umeh, 2004).

El “Modelo teórico general sobre la formación de actitudes hacia el comportamiento de salud”, propuesto por Bakanauskas et al. (2020), identifica los tres componentes clave de la actitud: cognitivo, afectivo y conductual, los cuales son considerados elementos causales en su desarrollo. Este enfoque permite no solo comprender las consecuencias de un comportamiento individual (como la

decisión de participar o no en una acción de salud), sino también predecir las causas subyacentes de dicho comportamiento. A través de este modelo, se pueden identificar los vínculos entre los factores actitudinales y la salud, ofreciendo una comprensión de por qué las personas toman o no una determinada acción o por qué eligen participar en comportamientos de salud.

1.4.3. Comportamiento alimentario

El comportamiento alimentario es un fenómeno complejo que integra diversas acciones y decisiones relacionadas con la ingesta de alimentos. Este comportamiento no se limita únicamente al acto de comer, sino que abarca todo el proceso que implica la selección de alimentos, su preparación, la forma en que son consumidos y las cantidades ingeridas (Meza, et al., 2022), todo ello en respuesta a una motivación que incluye factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Saucedo, 2003). Estos factores determinan no solo qué y cuánto comemos, sino también cuándo lo hacemos y bajo qué circunstancias.

Se han establecido diversas diferencias del comportamiento alimentario frente a la conducta alimentaria. Como se mencionó anteriormente, el comportamiento alimentario se refiere a las acciones dirigidas a la obtención, provisión y producción de alimentos. Es decir, abarca todo lo que implica preparar y facilitar el acceso a los alimentos, desde la compra de ingredientes hasta su preparación. Puede incluir aspectos socioculturales y económicos que influyen en cómo los alimentos llegan a estar disponibles para el consumo.

Por otro lado, la conducta alimentaria está más enfocada en el acto mismo de comer, es decir, en el proceso de ingerir, consumir y deglutir alimentos dentro de un marco temporal específico. Este concepto involucra las decisiones inmediatas que un individuo toma al momento de comer y está influenciada por factores biológicos (como el hambre y la saciedad), psicológicos (como las preferencias y creencias) y socioculturales (como costumbres y tradiciones). Según autores como Saucedo-Molina & Unikel (2010), la conducta alimentaria no solo responde a la necesidad de satisfacer las exigencias nutricionales, sino que también es afectada por factores externos que pueden modificar la forma en que se consume la comida.

Desde una perspectiva biológica, el comportamiento alimentario está regulado por mecanismos fisiológicos como las señales de hambre y saciedad, controladas por el hipotálamo y moduladas por hormonas como la grelina (que estimula el apetito) y la leptina (que señala la saciedad) (Carranza, 2016). Sin embargo, este sistema de control interno, diseñado para regular de manera eficiente la ingesta calórica y el balance energético, puede ser afectado por estímulos externos. Factores como el estrés, el entorno social, los hábitos aprendidos, e incluso las emociones, pueden llevar a la persona a consumir alimentos más allá de sus necesidades fisiológicas.

Además, los hábitos alimentarios, que forman parte del comportamiento alimentario, se desarrollan a lo largo de la vida y están moldeados por una combinación de factores ambientales, culturales y familiares. La forma en que una persona elige y consume los alimentos está vinculada con sus experiencias previas, creencias, preferencias, y el contexto en el que vive.

Desde una perspectiva psicológica y cognitiva, el comportamiento alimentario también está influenciado por procesos mentales que incluyen la percepción, la memoria y las emociones (González-Torres et al., 2018). Las creencias irracionales sobre los alimentos, asociar ciertos alimentos con emociones positivas o negativas, pueden llevar a patrones alimentarios poco saludables, como comer en exceso o evitar ciertos grupos de alimentos. Asimismo, las emociones negativas, como la tristeza o la ansiedad, pueden inducir cambios en la ingesta alimentaria, ya sea aumentando o disminuyendo el consumo de alimentos.

Otro aspecto relevante del comportamiento alimentario es su variabilidad temporal. Factores como la frecuencia de las comidas, el momento del día en que se consumen, y la regularidad con que se ingieren alimentos, influyen en la regulación del peso y la energía (Meza et al., 2022).

1.5. Imagen corporal

1.5.1. Historia y definición de la imagen corporal

A lo largo de los años, diversos autores han conceptualizado a la imagen corporal (IC). Pick en 1922 definió a la “imagen espacial” como la representación interna que cada individuo desarrolla de su propio cuerpo a partir de la información que se recibe a través de los sentidos, es decir, la información sensorial (Baile, 2003). Head en los años 20 establece que la imagen construida individualmente constituye un estandar comparable en términos de movimiento corporal, utilizando el término “esquema corporal” (Baile, 2003).

Schilder en 1935 define a la imagen corporal como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta” (Schilder, 1950). Considerandola no solo una estructura fisiológica, sino también psicológica (Castro-Lemus, 2016).

Bruch en 1962 estableció la relación entre la IC con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) específicamente con anorexia y bulimia nerviosa. Esto mediante la búsqueda de las alteraciones psicológicas más comunes en pacientes con TCA, en donde, la alteración de la IC se presentó como síntoma principal, además se presentó preocupación por un peso “alto” (Bruch, 1962).

Diversos autores como Pruzinsky & Cash (1990) y Thompson (1990) describieron componentes similares de la imagen corporal. Pruzinsky & Cash (1990) determinaron que existen tres imágenes corporales interconectadas: la imagen perceptual, relacionada con el tamaño y forma del cuerpo y sus partes, la imagen cognitiva, incluye pensamientos, creencias sobre el propio cuerpo y la imagen emocional, implica el nivel de satisfacción y experiencias sobre el propio cuerpo.

Las novedades obtenidas durante el siglo XXI incluyen a Raich (2000) quien mencionó que la IC no solo se refería al cuerpo como una totalidad, sino que integra la percepción de cada una de sus partes. Grasso (2006) por otro lado, determina una postura filosófica e incluso teológica. Desde una perspectiva filosófica, se distinguen dos formas de abordarla: una que ve el cuerpo como una máquina o materia (dualismo) y otra que lo percibe como una entidad corpórea (teológica).

Si bien, es complejo utilizar solo una definición, se puede concluir que la imagen corporal es un concepto que abarca múltiples dimensiones o aspectos, esto hace que se vuelva dinámica, libre de cambios definidos por experiencias personales, interacciones sociales y culturales, cambios físicos, entre otros. Factores como la identidad, autoestima, satisfacción personal, etcétera influyen en como percibimos a nuestro propio cuerpo. Inclusive la manera en cómo se procesa la información obtenida por diversas situaciones.

1.5.2. Componentes de la imagen corporal

Como se mencionó anteriormente autores como Pruzinsky & Cash (1990) y Thompson (1990) determinaron componentes que construyen la IC. Si bien, los componentes son teóricamente los mismos, en la Tabla 2 se presentan a detalle:

Tabla 2.

Componentes teóricos de la IC según Pruzinsky & Cash y Thompson.

Autores	Componente	Descripción general
Pruzinsky & Cash, 1990	Imagen perceptual	Percepción sensorial del cuerpo.
	Imagen cognitiva	Incluye pensamientos, autoevaluaciones y creencias sobre el propio cuerpo.
	Imagen emocional	Sentimientos sobre la satisfacción corporal.
Thompson, 1990	Componente perceptual	Exactitud con la que el individuo percibe el tamaño de su cuerpo (y sus partes).
	Componente subjetivo (cognitivo-afectivo)	Actitudes, pensamientos, emociones y valoraciones que surgen en relación con el propio cuerpo.
	Componente conductual	Acciones y comportamientos derivados de la percepción corporal y de los sentimientos asociados a ella.

Nota: Esta tabla muestra las diferencias y similitudes de los componentes de la IC según Pruzinsky & Cash y Thompson.

Aunque ambos autores proponen tres componentes para comprender la IC, la forma en que los estructuran presenta diferencias importantes. Pruzinsky & Cash (1990) distinguen entre lo cognitivo (pensamientos y creencias) y lo emocional (sentimientos), mientras que Thompson (1990) integra ambos en un único componente subjetivo o cognitivo-afectivo, reconociendo que las creencias y emociones sobre el cuerpo están profundamente entrelazadas.

Además, Thompson añade un tercer componente: el conductual que no se encuentra explícitamente en la propuesta de Pruzinsky & Cash. Este se refiere a las acciones y comportamientos que resultan de la percepción y evaluación corporal, como evitar mostrarse en público, el uso excesivo del ejercicio o los intentos por modificar el cuerpo.

1.5.3. Factores que influyen en la imagen corporal

Existe una amplia gama de información respecto a los factores que influyen la IC, debido a que, la imagen corporal es multifacética. Se ha encontrado que factores biológicos, psicológicos, afectivos, culturales y sociales pueden tener repercusión en la consolidación y modificación de la misma.

1.5.3.1. Factores biológicos

En el individuo los factores biológicos se relacionan con su herencia y maduración. Específicamente factores biológicos como el sexo y género, la edad, la raza y la salud física han sido ampliamente estudiados cuando de IC se trata.

En los siguientes párrafos se expone la información recopilada sobre cada uno de los factores biológicos:

El sexo y género. Socialmente el ideal de belleza hace alusión a las características físicas que son consideradas como atractivas o hermosas (Torres, 2018). Actualmente se espera que las mujeres presenten una figura esbelta, proporcionada y definida, mientras que a los hombres se les exige ser altos, fuertes, con espaldas anchas, pecho musculoso y bíceps desarrollados (Guadarrama et al., 2018). Estas representaciones sociales se encargan de generar estereotipos sobre

la belleza, la imagen corporal e inclusive el éxito y privilegios sociales (García & Hernández, 2023).

Los hombres y mujeres evalúan y se refieren a sus cuerpos de diferentes maneras (Halliwell y Dittmar, 2003) los hombres suelen evaluar su cuerpo como entidad completa y funcional, mientras que las mujeres lo suelen hacer de manera diferenciada o fragmentada por partes del cuerpo. Por otro lado, existe información que sustenta que las mujeres sobrestiman significativamente su tamaño corporal (Thompson et al., 1998) mientras que los hombres lo subestiman.

La edad. Durante la niñez la IC se comienza a estructurar y con el pasar de los años las alteraciones como distorsión e insatisfacción corporal se vuelven más presentes (Vaquero-Cristobal et al., 2013). Mientras que, durante la adolescencia los medios de comunicación producen un mayor impacto sobre todo en las mujeres. En la edad adulta las preocupaciones sobre la imagen corporal no disminuyen. Muchas mujeres adultas siguen deseando pesar menos, aunque tengan un peso normal (Fallon & Rozin, 1985; Gómez, 1998). En la vejez, los hombres suelen tener una mejor percepción de su IC, aunque en general la preocupación por la IC disminuye con la edad debido a un proceso de "adaptación pasiva" (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

La salud física se refiere al bienestar del cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo, por lo que, factores como la genética, el ambiente y estilos de vida pueden influir en ella. De los más estudiados se encuentran la actividad física, el deporte, las enfermedades que tengan repercusión física y en la movilidad corporal, la alimentación y el estado nutricional.

Ejercicio físico o deporte. La relación entre la IC y el ejercicio físico presenta dos enfoques contrastantes. Por un lado, diversos estudios han demostrado que la participación en actividades físicas se asocia con una imagen corporal positiva, sugiriendo que las personas más activas tienden a tener una actitud más favorable hacia su cuerpo en comparación con los individuos sedentarios (Camacho, 2005). La actividad física, además de ser una herramienta para mejorar la salud y prevenir la obesidad, tiene un efecto positivo sobre el aspecto físico y el bienestar asociado a la consecución de un cuerpo saludable (Katzmarzyk et al., 2003).

Mientras que, también existen estudios que sugieren que el ejercicio físico puede tener un efecto negativo sobre la IC, especialmente cuando la práctica deportiva está orientada al rendimiento y la apariencia. En deportes donde el control del peso es crucial, los deportistas pueden desarrollar TCA debido a la presión socio-cultural para mantener la delgadez y la autoevaluación constante de sus éxitos o fracasos deportivos (Williamson et al., 1995; Valdez & Guadarrama, 2008).

El estado nutricional. Diversos estudios han mostrado discrepancias en cuanto a la relación entre el estado nutricional y la imagen corporal. En general, tanto hombres como mujeres tienden a experimentar una distorsión en la percepción de su cuerpo. Algunos estudios sugieren que los hombres suelen sobreestimar su peso corporal o verse más robustos de lo que realmente son, mientras que las mujeres tienden a ser más precisas en su autoevaluación, (Moya-Garófano et al., 2017; Escandón-Nagel et al., 2019) posiblemente debido a una mayor atención a sus medidas y peso. Sin embargo, otros autores indican lo contrario, señalando que son las mujeres quienes en algunos casos, sobreestiman su imagen corporal o sus medidas (Vaquero-Cristóbal et al., 2013; Durán et al., 2013; Soto et al., 2015).

1.5.3.2. Factores psicológicos

Los trastornos se caracterizan por miedos y preocupaciones que persisten a lo largo de la vida, en ocasiones las situaciones detonantes no representan un riesgo real para el individuo.

Mientras que la ansiedad es un mecanismo de defensa fisiológico ante una amenaza, puede generar sensaciones desagradables como preocupación, irritabilidad, inquietud o agitación (Barnes et al., 2020).

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (OPS, s.f.).

La autoestima es la dualidad entre el autoconcepto y la autoimagen. Aunque estos componentes están estrechamente relacionados, se deben comprender y atender de manera diferenciada. Es la forma en que una persona se valora y se

percibe a sí misma, y se basa en sus creencias y opiniones sobre sí misma. Es un estado de bienestar que tiene en cuenta los aspectos físico, social y psicológico (Ozmen et al., 2007).

En diversos estudios se ha encontrado la relación bidireccional entre los tres conceptos antes mencionados: ansiedad (Barnes et al., 2020), depresión (Ozmen et al., 2007; Barnes et al., 2020) y autoestima (Ozmen et al., 2007; Shin & Shin, 2008) con alteraciones de la imagen corporal, generalmente estudiadas en adolescentes y adultos (Silva et al., 2019).

1.5.3.3. Factores socioculturales

Los factores socioculturales tienen una influencia significativa en los procesos cognitivos, es decir, en la manera en cómo un individuo percibe, procesa e interpreta la información obtenida de su ambiente. Generalmente quienes alimentan la cultura de delgadez basada en los cánones de belleza son los medios de comunicación, las redes sociales, la familia y el entorno social.

Uso de redes sociales. Diversos estudios han demostrado que el uso de redes sociales (RS) está asociado con una mayor insatisfacción corporal y con la aparición de TCA en ambos géneros. Autores indican que el tiempo total en RS, la frecuencia de uso y el número de amigos específicamente en Facebook (Fardouly & Vartanian, 2016; Kim & Chock, 2015; Tiggemann & Slater, 2013) se relacionan con mayores preocupaciones sobre la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria.

Por otro lado, los medios masivos de comunicación han establecido modelos o estándares corporales “de referencia” con una complexión atlética y corpulenta en el caso de los hombres y mayor delgadez en las mujeres observado dichos modelos corporales sobre todo en actrices, cantantes e influencers (Oliveira & Parra, 2014). La exposición a contenidos relacionados con los ideales corporales/estándares inalcanzables fomentan la comparación corporal constante, lo que genera, frecuentemente, el desarrollo de emociones negativas. Estas emociones, a su vez, influyen directamente en el comportamiento alimentario, (Rounsefell et al., 2020)

desarrollando conductas alimentarias de riesgo como dietas restrictivas o poco saludables, ayunos prolongados, etcétera.

El entorno social. Entendiendo por entorno social el conjunto de influencias que provienen de las interacciones con otras personas, las características compartidas dentro de una comunidad, mensajes culturales y sociales, etcétera.

Por lo que, el entorno social a su vez se ve influido por la etapa de la vida en la que el individuo se encuentra desarrollándose. En los escolares, las experiencias infantiles adversas (abuso, burlas e intimidación) se consideran un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, incluido el trastorno dismórfico corporal (Longobardi et al., 2022). En los adolescentes las opiniones negativas sobre la IC provenientes de familia, amigos y compañeros de escuela se consideran factores de riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo (Tort-Nasarre et al., 2021). Del mismo modo, los estilos parentales autoritarios y negligentes funcionan como un factor de riesgo que contribuye a la insatisfacción con la imagen corporal (Fuentes & García, 2015).

Por otro lado, se ha identificado una relación entre la imagen corporal y la satisfacción sexual, donde las mujeres que tienen mayor consciencia y aceptación de su imagen corporal tienden a estar más satisfechas con su actividad sexual. (Paredes & Bismarck, 2009), por el contrario variables como la ganancia de peso y la insatisfacción corporal se relacionan negativamente con la actividad sexual (Otero, 2003).

1.5.4. Alteraciones de la imagen corporal

Las alteraciones de la imagen corporal se manifiestan en distintos trastornos como el trastorno dismórfico corporal (TDC), la insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Estas alteraciones pueden dividirse en dos aspectos: el cognitivo y afectivo, donde los individuos experimentan insatisfacción con su cuerpo y emociones negativas, y el perceptivo, que implica una distorsión de la imagen corporal, afectando la percepción del tamaño y forma del cuerpo (Cash y Brown, 1987). En los casos más graves, estas alteraciones se presentan en cuatro niveles de respuesta: psicofisiológico (activación del sistema

nervioso autónomo), conductual (evitación, camuflaje, dietas extremas), cognitivo (preocupaciones obsesivas, distorsiones perceptivas) y emocional (vergüenza, asco, tristeza) (Rosen, 1995).

El trastorno dismórfico corporal, se refiere a una preocupación exagerada e intensa por un defecto físico que es mínimo o incluso inexistente en la apariencia de un individuo (Sandoval et al., 2009). Se le conocía con anterioridad al TDC como dismorfofobia definida como “el sentimiento subjetivo de fealdad o defecto físico que un paciente cree que es evidente para los demás, aunque su aspecto está dentro de los límites de normalidad” (Morselli, 1891). Actualmente el TDC forma parte de los trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados del DSM-V.

Aunque la etiología exacta aún no se conoce con certeza, se sugiere que existe un importante componente hereditario, ya que el trastorno ocurre hasta ocho veces con mayor frecuencia en familias con antecedentes (Saxena et al., 2006).

La relación de incidencia entre hombres y mujeres varía según los estudios; algunos indican un ligero predominio masculino, mientras que otros sugieren que las mujeres son más afectadas (Behar, et al., 2015). Además, existe una diferencia en las áreas del cuerpo que generan mayor preocupación en cada sexo: en las mujeres, los pechos, los muslos y las piernas son las zonas de mayor inquietud, mientras que en los hombres predominan los genitales, la masa muscular y el cabello (Perugi et al., 1997).

La insatisfacción corporal es definida como la discrepancia entre la IC autopercibida y la IC ideal, abarca percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con el propio cuerpo (Cash & Pruzinsky, 2002). Higgins (1987), estableció la “Teoría de la discrepancia” la cual identifica tres versiones del yo: el “yo real” (cómo los individuos se perciben a sí mismos), el “yo deber” (lo que creen que se debería ser) y el “yo ideal” (lo que se desea llegar a ser).

Su aparición, se vincula con consecuencias psicosociales negativas que pueden ser precursoras de desajustes psicológicos, como la angustia emocional (Johnson & Wardle, 2005), comportamientos evitativos o purgativos asociados a

TCA (Calvo, 2002; Garner, 2004; Stice & Bearman, 2001) e incluso ideación suicida (Brausch & Muehlenkamp, 2007; Rodriguez-Cano et al., 2006).

Los autores de diversas investigaciones coinciden en que la insatisfacción corporal entre los varones se ha mantenido estable a lo largo del tiempo (Cash, et al., 2004; Rozin et al., 2001; Sondhaus et al., 2001). Sin embargo, el panorama es menos claro en el caso de las mujeres, ya que los resultados de los estudios han sido variados e incluso contradictorios. Algunos autores afirman que la insatisfacción corporal en las mujeres ha aumentado con los años, mientras que otros señalan que se ha mantenido estable o incluso ha disminuido (Cash et al., 2004; Heatherton et al., 1995). Además, algunos estudios sugieren una polarización de la insatisfacción corporal, con la aparición de grupos muy satisfechos y otros muy insatisfechos.

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos mentales que se caracterizan por una alteración en la ingesta alimentaria y/o comportamientos dirigidos a controlar el peso, acompañados de insatisfacción con la imagen corporal, miedo a engordar y pensamientos obsesivos sobre la alimentación (Ponce et al., 2017). Los TCA más conocidos son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).

La AN se define por tres criterios principales: búsqueda intensa de delgadez o miedo mórbido a la obesidad, inanición autoinducida significativa y síntomas médicos derivados de esta (Sadock et al., 2015). El diagnóstico de AN según el DSM-5 incluye restricción de la ingesta, miedo a ganar peso y distorsión en la percepción corporal.

La BN, implica episodios recurrentes de ingesta exagerada seguidos de conductas compensatorias inapropiadas como vómitos o uso de laxantes para evitar el aumento de peso (Lladó, 2017). Los atracones suelen ir seguidos de sentimientos de culpa o disgusto personal. Al igual que en la AN, su etiología es multifactorial, involucrando factores genéticos, ambientales y psicológicos. Además, los pacientes con BN suelen estar influenciados por la presión social hacia la delgadez y pueden presentar depresión, siendo sus familias a menudo menos cercanas y más conflictivas que las de los pacientes con AN (Sadock et al., 2015).

Estudios indican que los TCA se asocian con perfeccionismo, baja autoestima, obsesividad, rigidez e insatisfacción corporal, lo que puede actuar como factores predisponentes, precipitantes o mantenedores del trastorno (Borda et al., 2011).

1.5.5. Evaluación de la imagen corporal

Actualmente existe gran variedad de instrumentos que evalúan la imagen corporal, mediante cuestionarios, inventarios y escalas. La mayoría de ellos se centra en la evaluación de su componente perceptivo. Se presentan algunos instrumentos que miden la IC en sus componentes perceptivo, cognitivo y conductual (Tabla 3 y 4):

Tabla 3.

Componente perceptivo.

Información del instrumento	Contenido (siluetas corporales)
Figure Rating Scale. Stunkard, et al., 1983.	8 figuras corporales femeninas y masculinas presentadas de forma ascendente.
Body Image Assessment (BIA). Williamson et al., 1989.	9 figuras corporales femeninas presentadas de forma ascendente. Posteriormente en 2000 se adaptó a figuras masculinas.
Body image assessment for obesity (BIA-O). Williamson et al., 2000.	Conformado por 18 figuras femeninas y masculinas. Basado en el BIA.
Contour Drawing Rating Scale. Thompson & Gray, 1995.	9 figuras corporales femeninas y masculinas presentadas de forma ascendente.
Kearney et al., 1997	9 figuras corporales femeninas y masculinas presentadas de forma ascendente. Se dividen en: delgado (silueta 1), normal (silueta 2-5), sobrepeso (silueta 6-7) y obesidad (silueta 8-9).
Somatomorphic Matrix. Gruber et al., 2000.	34 figuras corporales masculinas presentadas a partir de dos dimensiones: porcentaje de grasa

Montero et al., 2004.	corporal y musculatura. Mide además la discrepancia entre el cuerpo real y el ideal. 7 siluetas femeninas y masculinas presentadas de forma ascendente. Diseñadas a partir de los valores de índice de masa corporal 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40 kg/m ² . Mide además la discrepancia entre el cuerpo real y el ideal. 17 siluetas femeninas y masculinas presentadas de forma ascendente. Diseñadas a partir de mediciones antropométricas de hombro, pecho, cintura, cadera, muslo y pierna. Mide además la discrepancia entre el cuerpo real y el ideal.
Body Image Assessment Scale-Body Dimensions (BIAS-BD). Gardner et al., 2009.	Prototipo de herramienta diagnóstica. Consiste en 7 figuras que varían en tamaño desde el bajo peso hasta el sobrepeso.

Tabla 4.

Componente cognitivo-actitudinal.

Información del instrumento	Descripción
Body Cathexis Scale (BCS). Secord & Jourard (1953).	Evalúa los sentimientos del individuo hacia su cuerpo y partes de su cuerpo. Contiene 46 ítems con una escala tipo Likert de 5 opciones.
Eating Disorders Inventory (EDI). Garner et al., 1983.	Evalúa rasgos psicológicos y conductuales comunes AN y BN, sin embargo contiene una subescala que miden insatisfacción corporal. Contiene 64 ítems.
Body Shape Questionnaire (BSQ). Cooper et al., 1987.	Evalúa aspectos actitudinales relacionados a la satisfacción o insatisfacción corporal y preocupación por el peso. Contiene 34 ítems.

<p>Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). Bown et al., 2011.</p>	<p>Evalúa la orientación y actitud de la IC. Contiene 69 ítems con 10 subescalas.</p>
<p>Escala de medición de percepción corporal. Colás & Castro, 2011.</p>	<p>Evalúa la percepción corporal global y específica. Conformado por dos diferenciales semánticos: gráfico (percepción global) que contiene 7 figuras corporales y textual (percepción específica) que contiene partes de cuerpo a valorar.</p>
<p>Cuestionario de Imagen Corporal para personas en situación de Discapacidad Física. Botero & Londoño, 2015.</p>	<p>Evalúa la percepción de la IC en personas en situación de discapacidad física. Conformado por 27 ítems con una escala tipo Likert de 4 opciones y 13 ítems con escalas de valor de <i>bueno/bonito a malo/feo</i>.</p>

2. Planteamiento del problema

La imagen corporal se define como la representación mental que cada individuo construye de su propio cuerpo (Schilder, 1950) y de cada una de sus partes (Raich, 2000). Esta percepción se forma no solo a partir de la estructura fisiológica corporal, sino también desde una perspectiva psicológica. Según Thompson (1990), la construcción de la IC involucra aspectos perceptuales como el tamaño y la forma del cuerpo (componente perceptual), así como pensamientos, creencias, emociones y actitudes (componente cognitivo/afectivo); y conductas relacionadas con la imagen corporal (componente conductual).

Al ser una construcción multifactorial, la IC puede verse alterada de diversas formas, como en casos de insatisfacción corporal, trastorno dismórfico corporal y trastornos de la conducta alimentaria (como anorexia y bulimia nerviosa). Aunque cada alteración tiene su propia etiología, se ha encontrado que los factores sociales y psicológicos representan los principales factores de riesgo (Longobardi et al., 2022).

Hoy en día, la preocupación y percepción distorsionada del cuerpo aparecen desde la infancia hasta la adultez, lo que dificulta la capacidad de estimar con precisión el tamaño corporal. La insatisfacción con la propia imagen puede estar influenciada por los medios de comunicación, las redes sociales y la publicidad, los cuales promueven ideales de belleza específicos (delgadez en mujeres y musculatura en hombres). Esta influencia puede causar frustración y, en consecuencia, fomentar conductas de riesgo, particularmente en relación con la alimentación y al ejercicio.

Así, la IC puede influir en cómo los individuos desarrollan sus sistemas de creencias o adoptan creencias irracionales, fundamentando su valor personal en su peso o figura corporal. Esto tiende a generar sentimientos negativos como culpabilidad, enojo e insatisfacción, y en algunos casos, a fomentar conductas alimentarias de riesgo para controlar o reducir el peso corporal. Entre estos comportamientos se encuentran los episodios de atracones, el seguimiento de dietas hipocalóricas y restrictivas, el uso excesivo de laxantes y diuréticos, el vómito autoinducido y el ayuno (Saucedo-Molina & Unikel, 2010).

A pesar de la amplia literatura sobre IC, aún existen vacíos en torno a cómo esta se relaciona de manera integral con la actitud hacia la obesidad, el comportamiento alimentario, las emociones y las creencias irracionales sobre el peso y la alimentación. La mayoría de los estudios analizan estos constructos por separado, sin considerar que pueden influenciarse mutuamente en la manera en que los individuos experimentan y evalúan su cuerpo.

La evidencia ha demostrado que los enfoques centrados exclusivamente en la restricción calórica o en cambios conductuales aislados han mostrado una eficacia limitada a largo plazo, ya que no abordan los elementos emocionales y cognitivos subyacentes vinculados con la IC y la percepción del peso (Unikel et al., 2019). Por tanto, integrar estas variables permite una visión más integral del fenómeno y sienta las bases para la generación de tratamientos interdisciplinarios, en los que converjan estrategias nutricionales, psicológicas, médicas y educativas que respondan a la complejidad de esta problemática.

Con base a lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:
¿La actitud hacia la obesidad, el comportamiento alimentario, las emociones, las creencias irracionales, la imagen corporal y las variables sociodemográficas predicen la satisfacción e insatisfacción corporal en adultos del Estado de México?

3. Justificación

El interés de realizar la presente investigación surge por el aumento de información sin rigor científico y la constante exposición a estándares de belleza que impulsan expectativas irreales sobre el cuerpo en la sociedad. Esta saturación mediática provoca cierta preocupación que, a menudo, se traduce en insatisfacción corporal o en alteraciones en la percepción de la propia imagen.

La insatisfacción corporal representa un riesgo considerable para la salud, pues puede llevar al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, y problemas emocionales que afectan la autoestima, aumentando la probabilidad de ansiedad y depresión. Estas manifestaciones se reflejan en cambios abruptos en los patrones de alimentación, en el peso, en las relaciones interpersonales y la sexualidad.

En casos graves, estas conductas pueden llevar incluso a la muerte. La insatisfacción corporal y ciertas creencias irracionales, particularmente pensamientos absolutistas, son factores predictivos en el desarrollo de diversos trastornos psicológicos.

En años recientes, se ha observado una disminución en la estigmatización hacia las personas con obesidad, influenciada por sistemas de creencias que promueven la aceptación del cuerpo tal como es, sin necesariamente considerar el impacto en la salud. Aunque esta tendencia de aceptación puede mejorar la salud mental de quienes padecen obesidad, plantea preocupaciones al desestimar los riesgos que la obesidad supone para la salud y la calidad de vida. Así, emergen dos perspectivas: una que promueve la aceptación y respeto a la diversidad corporal, y otra que alerta sobre los efectos adversos de minimizar el impacto de la obesidad en la salud física y emocional.

Comprender cómo la IC afecta la manera en que los individuos se relacionan con la comida y su propio cuerpo puede ser clave para desarrollar intervenciones efectivas que promuevan hábitos alimentarios saludables y una imagen corporal positiva.

4. Hipótesis

Hipótesis nula:

Ho: Las variables actitud hacia la obesidad, comportamiento alimentario, emociones, creencias irracionales, imagen corporal y características sociodemográficas no predicen significativamente la satisfacción o insatisfacción corporal en adultos del Estado de México.

Hipótesis alterna:

Ha: La actitud hacia la obesidad, el comportamiento alimentario, las emociones, las creencias irracionales, la imagen corporal y las variables sociodemográficas predicen significativamente la satisfacción o insatisfacción corporal en adultos del Estado de México.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Formular un modelo predictivo que explique la satisfacción e insatisfacción corporal a partir de la actitud hacia la obesidad, el comportamiento alimentario, las emociones, creencias irracionales, imagen corporal y variables sociodemográficas en adultos del Estado de México.

5.2. Objetivos específicos

1. Analizar la actitud hacia la obesidad.
2. Evaluar las emociones y creencias acerca de la alimentación y el peso corporal.
3. Identificar las creencias irracionales sobre los alimentos.
4. Analizar la percepción de la imagen corporal.
5. Clasificar a la muestra de acuerdo con el IMC autorreportado y el autopercebido.
6. Analizar la satisfacción e insatisfacción corporal.
7. Evaluar la relación entre las creencias irracionales sobre los alimentos y el nivel socioeconómico.
8. Analizar las diferencias en hábitos alimentarios según el IMC autorreportado y autopercebido.

6. Diseño metodológico

6.1. Diseño de estudio

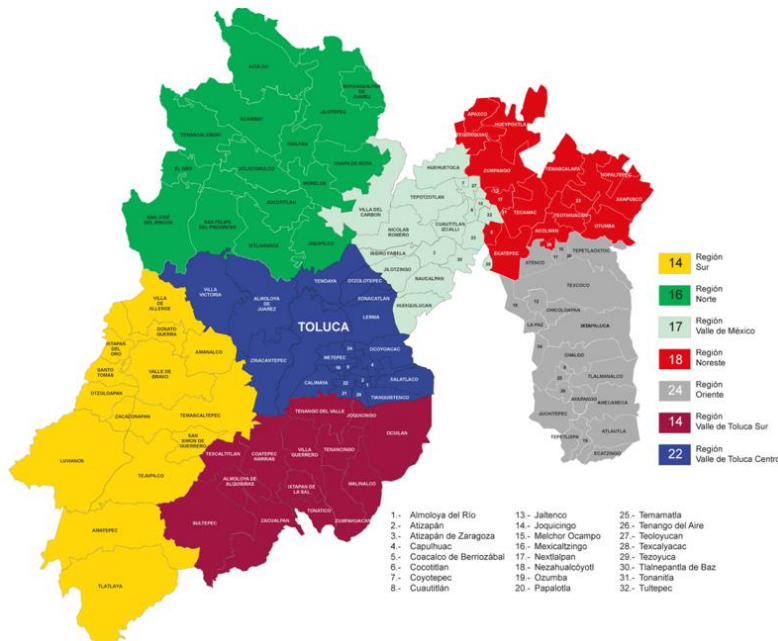
El diseño de estudio de la presente investigación fue de tipo cuantitativo, predictivo y de corte transversal. Según Ato et al., (2013) el enfoque predictivo forma parte del análisis correlacional cuando el objetivo es identificar variables que permitan anticipar la ocurrencia de otras.

6.2. Universo y muestra

Universo: Población adulta residente de los municipios de mayor densidad poblacional del centro del Estado de México (específicamente de las regiones: Ixtlahuaca, Lerma, Metepec y Toluca) (Instituto Hacendario del Estado de México, 2024).

Imagen 4.

Mapa del Estado de México



Nota: tomado de Instituto Hacendario del Estado de México, 2024.

Muestreo: la muestra fue obtenida mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve. El tamaño de muestra se obtuvo a partir del total de los adultos

mexiquenses que pertenecían a las regiones ya mencionadas. Se realizó el cálculo de muestra para población finita:

$$n = \frac{Nz^2pq}{(N-1)e^2 + z^2pq}$$

n= tamaño de la muestra

N= tamaño de la población

z= nivel de confianza

e= error de estimación

p= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

Se observa a continuación la ecuación, a partir de la sustitución de los datos.

$$n = \frac{(3187)(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{[3187 - 1] + [(1.96)^2 (0.5) (0.5)]} = 343$$

6.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Sujetos que residen y realicen la mayoría de sus actividades laborales en las regiones mencionadas anteriormente.
- Sujetos que tengan entre 18 y 59 años.
- Sujetos que tengan acceso al cuestionario (tener servicio de internet).

Criterios de exclusión

- Sujetos que pasen la mayor cantidad de su tiempo en otras regiones del Estado que no se hayan incluido en el estudio.
- Sujetos que se encuentren bajo tratamiento nutricional o psicológico.
- Mujeres que se encuentren embarazadas.

Criterios de eliminación

- Sujetos que durante el proceso de la investigación hayan decidido abandonarlo.
- Sujetos que no hayan contestado todos los datos necesarios o aquellos que no hayan permitido el uso de sus datos.

6.4. Variables

Actitud hacia la obesidad

- Definición conceptual: Incluye creencias y sentimientos (positivos y negativos) sobre las personas, objetos y eventos (Schneider et al., 2003) que puedan dar alusión o relacionarse con la obesidad. Evaluada desde una función instrumental y la simbólica.
- Definición operacional: Se utilizó el “Instrumento para valorar la actitud a la obesidad”, creado por Gómez et al (2015).
- Tipo de variable: Cuantitativa continua.
- Escala de medición: Intervalar.

Comportamiento alimentario

- Definición conceptual: Conjunto de acciones asociadas a la manera de alimentarse, que incluye el qué, cómo, por qué y para qué se ingieren determinados alimentos. Comprende la selección, preparación, preferencias de ingestión de alimentos, creencias y horarios en la toma de los alimentos, entre otros (Osorio et al., 2002; Saucedo-Molina & Unikel, 2010; López-Espinoza, 2018).
- Definición operacional: Se utilizó el “Cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario”, creado por Márquez-Sandoval et al (2014).
- Tipo de variable: Cualitativa nominal.
- Escala de medición: Nominal.

Emociones y creencias acerca de la alimentación y el peso

- Definición conceptual: La emoción alimentaria es un fenómeno conductual complejo que involucra niveles de integración neuronal y química que afecta la respuesta alimentaria a lo largo de todo el proceso de ingestión (Palomino, 2020).
- Definición operacional: Se utilizó el “Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso”, creado por Silva & González (2019).
- Tipo de variable: Cuantitativa continua.
- Escala de medición: Intervalar.

Creencias irracionales sobre los alimentos

- Definición conceptual: Son ideas, experiencias y emociones sobre los alimentos y éstas pueden ser racionales o irracionales dependiendo del mayor o menor conocimiento que se haya obtenido durante el proceso de socialización (Van Wijhe et al., 2013).
- Definición operacional: Se utilizó el “Cuestionario de creencias irracionales sobre los alimentos”, creado por Domínguez et al (2018).
- Tipo de variable: Cuantitativa continua.
- Escala de medición: Intervalar.

Imagen corporal

- Definición conceptual: Representación mental y consciente que cada individuo construye y percibe de su cuerpo. Es influenciada por múltiples elementos como los perceptivos, cognitivos, conductuales, emocionales y culturales (Thompson & Gray, 1995)
- Definición operacional: Se utilizó la “Escala de siluetas de Sorensen y Stunkard”, creada por Stunkard et al (1983).
- Tipo de variable: Cuantitativa continua.
- Escala de medición: Intervalar.

Satisfacción corporal

- Definición conceptual: La satisfacción corporal es la representación mental de la conciencia corporal, incluye el como te ves y como te percibes (García et al., 2014).
- Definición operacional: Se realizó la pregunta ¿Qué tan satisfecho te encuentras con tu cuerpo? Con opciones de respuesta que van de 1 (nada satisfecho) a 10 (muy satisfecho).
- Tipo de variable: Cuantitativa continua.
- Escala de medición: Intervalar.

Hábitos alimentarios

- Definición conceptual: Conjunto de conductas, elecciones y patrones relacionados con la alimentación cotidiana de los individuos, incluyendo el

tipo de alimentos consumidos, la frecuencia, los horarios y el contexto en el que se realizan las ingestas (Flores & Macedo, 2016).

- Definición operacional: Se utilizó el “Cuestionario autocompletado de hábitos alimentarios para adolescentes”, validado por Flores y Macedo (2016).
- Tipo de variable: Cuantitativa continua.
- Escala de medición: Intervalar.

Índice de masa corporal

- Definición conceptual: Indicador utilizado para medir la relación entre el peso y la estatura de un individuo, permite identificar el sobrepeso y la obesidad, generalmente útil en la nutrición poblacional.
- Definición operacional: Se utilizaron los siguientes rangos de índice de masa corporal: bajo peso: <18.5; peso normal de 18.5 a 24.9; sobrepeso de 25.0 a 29.9; obesidad >30.0 kg/m².
- Tipo de variable: Cualitativa ordinal.
- Nivel de medición: Ordinal.

Sexo

- Definición conceptual: División y clasificación en machos y hembras a partir de sus características biológicas o por el tipo de gameto que produce.
- Definición operacional: Para conocer el sexo de los participantes se agregó un ítem al formulario preguntando el sexo. Se asignaron valores numéricos de: Hombres: 1 y Mujeres: 2
- Tipo de variable: Cualitativa nominal.
- Nivel de medición: Nominal.

Nivel socioeconómico

- Definición conceptual: Medida total económica y social que combina la preparación laboral de una persona, su posición económica y su relación con otros bienes.
- Definición operacional: Se obtuvo mediante el índice reportado por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencias de Mercado y Opinión que permite clasificar a los hogares mexicanos (AMAI, 2024).

- Tipo de variable: Cualitativa ordinal.
- Nivel de medición: Ordinal.

6.5. Instrumentos

a) Cuestionario de actitud a la obesidad (Gómez et al., 2015).

Autores: Rossana Gómez, Miguel de Arruda, Jose Sulla, Fernando Alvear, Camilo Urra, Carolina González, Cristian Luarte y Marco Cossio. Año: 2015. El instrumento fue desarrollado y validado en población universitaria chilena. Consta de 14 ítems con tres opciones de respuesta tipo Likert (totalmente de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). Evalúa tres dimensiones: preferencia/rechazo (4 ítems, $\alpha = .75$), preocupación/desinterés (6 ítems, $\alpha = .74$) y voluntad/apatía (4 ítems, $\alpha = .73$). El índice de adecuación muestral KMO fue de .64 ($p < .001$). Permite identificar grupos con actitud baja, moderada o elevada hacia la obesidad, según la puntuación total y por dimensión.

b) Cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario (Márquez-Sandoval, et al. 2014).

Autores: Yolanda Fabiola Márquez-Sandoval, Erika Nohemi Salazar-Ruíz, Gabriela Macedo-Ojeda, Martha Betzaida Altamirano-Martínez, María Fernanda Bernal-Orozco, Jordi Salas-Salvadó y Barbara Vizmanos-Lamotte. Año: 2014. El instrumento fue desarrollado y validado en población universitaria mexicana. El cuestionario permite evaluar el comportamiento alimentario de manera cualitativa. Contiene 31 ítems de opción de respuesta múltiple. Incluye preguntas sobre: selección, preparación, horarios de toma de alimentos, preferencias de ingestión de alimentos, creencias y barreras al cambio. El cuestionario presentó una alta confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de .98.

c) Cuestionario de emociones y creencias acerca de la alimentación y el peso (CECAP) (Silva González, 2019).

Autores: Cecilia Silva y Karla Edith González Alcántara. Año: 2019. El instrumento fue desarrollado y validado para población joven mexicana. Está diseñado para evaluar los motivos que originan la sobreingesta o subingesta alimentaria, los cuales pueden estar basados en creencias erróneas o en una

regulación emocional inadecuada. Consta de 16 ítems con opciones de respuesta tipo Likert (nunca, algunas veces, con frecuencia y siempre) puntuadas del 1 al 4. Evalúa tres dimensiones: creencias erróneas acerca del control del peso corporal (6 ítems, $\alpha = .90$), experimentación de emociones agradables al comer (5 ítems, $\alpha = .82$), e importancia atribuida al peso corporal (5 ítems, $\alpha = .75$). A mayor puntuación, mayor presencia de emociones y creencias erróneas relacionadas con la alimentación.

d) Cuestionario creencias irracionales sobre los alimentos (Domínguez, et al., 2018).

Autores: Sandra Elvia Domínguez Ibáñez, María José Cubillas Rodríguez, Elba M. Abril Valdez y Rosario Román Pérez. Año: 2018. El instrumento fue desarrollado y validado para población joven mexicana. Consta de 17 ítems con opciones de respuesta tipo Likert (muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y completamente de acuerdo). Evalúa tres dimensiones: creencias irracionales (7 ítems, $\alpha = .75$), definidas como actitudes cognitivas distorsionadas y no sustentadas en información científica; emociones (5 ítems, $\alpha = .77$), relacionadas con los significados y funciones atribuidos a los alimentos; y conocimientos (5 ítems, $\alpha = .67$), entendidos como creencias racionales basadas en directrices nutricionales. El análisis factorial mostró un índice de adecuación muestral KMO de .869 ($p < .001$).

e) Siluetas corporales de Sorensen y Stunkard (Stunkard et al., 1983).

Autores: A. J. Stunkard, T. Sorensen y F. Schulsinger. Año: 1983. Consta de 9 dibujos de silueta para hombres y mujeres, numeradas de 1 al 9. La silueta 1 representa la mayor presencia de delgadez, mientras que la silueta 9 la más gruesa o grande. El instrumento permite medir la imagen corporal de manera fiable y sencilla. Los sujetos seleccionan la figura que mas se aproxime a su silueta (autopercepción) y la silueta la cual les gustaría que fuera su cuerpo, obteniendo así la satisfacción que tienen sobre su cuerpo.

f) Autoimagen corporal (Colás & Castro, 2011).

Autores: Pilar Colás y Nuria Castro. Año: 2011. El instrumento fue desarrollado y validado en población adolescente española, con el propósito de evaluar la percepción corporal. Está conformado por dos diferenciales semánticos:

uno de índole gráfica y otro de índole textual. Para esta investigación, se utilizó únicamente el componente textual, que evalúa la autoimagen corporal percibida respecto a ocho partes del cuerpo: estatura, hombros, pecho y tórax, cintura y estómago, cadera, glúteos y piernas. Cada ítem ofrece 7 opciones de respuesta tipo Likert, que van de "poco" a "mucho". El análisis factorial indicó una estructura unidimensional con un alfa de Cronbach de .893 y un índice KMO de .906.

g) Cuestionario autocompletado de hábitos alimentarios (Flores & Macedo, 2016).

Autores: Ana Silvia Flores Vázquez y Gabriela Macedo Ojeda. Año: 2016. El instrumento fue diseñado y validado en población mexicana. Evalúa los hábitos alimentarios y de actividad física mediante 31 ítems distribuidos en cuatro secciones: consumo de alimentos recomendados, alimentos no recomendados, conductas alimentarias y actividad física. Las respuestas son de opción múltiple y se asigna una puntuación según la frecuencia o cantidad de consumo. Los valores de estructura factorial de las dimensiones varían entre .32 a .80, además el cuestionario muestra coeficientes alfa de Cronbach entre .56 y .93.

f) Cuestionario de Nivel Socioeconómico (AMAI, 2024).

Creado por la Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión en el año 2022. Es un modelo estadístico diseñado para clasificar a los hogares mexicanos en siete grupos, según su capacidad para cubrir las necesidades básicas de sus miembros. El modelo se fundamenta en un enfoque multidimensional del bienestar, considerando seis áreas clave dentro del entorno doméstico: capital humano, infraestructura práctica, conectividad y acceso a medios, condiciones sanitarias, planeación para el futuro, e infraestructura básica y espacio físico disponible.

6.6. Procedimiento

Previo a la aplicación de los instrumentos, el protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Estudios Sobre la Universidad (IESU) de la Universidad Autónoma del Estado de México, con número de registro DOCCSA-0322.

Para la obtención de los datos, se contó con el apoyo de alumnos de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Conducta (FACICO), UAEMéx, quienes participaron inicialmente en una fase piloto. En esta etapa, se aplicó el cuadernillo de instrumentos a través de una liga de Google Forms con el objetivo de identificar posibles errores de redacción, comprensión de los ítems, interpretación de términos y funcionamiento técnico de la plataforma. Esta fase fue necesaria debido a que, en el contexto de la contingencia sanitaria por COVID-19, la recolección de datos no pudo realizarse de manera presencial.

Una vez ajustado el instrumento, se procedió a la recopilación formal de los datos. A las personas que aceptaron participar se les presentó una introducción con los objetivos del estudio, así como un consentimiento informado, en el que se explicaban las medidas de confidencialidad y protección de sus datos personales. Aquellos que no aceptaron el consentimiento fueron redirigidos automáticamente al cierre del formulario. En caso de aceptación, iniciaba la batería de cuestionarios. La batería incluyó los instrumentos descritos previamente en el apartado de instrumentos. Finalmente, los datos obtenidos fueron exportados a Microsoft Excel y posteriormente analizados en el paquete estadístico SPSS versión 22.

6.7. Recolección de datos

Se obtuvieron los datos de los cuestionarios, a partir del formulario por Google Forms el cual incluía las instrucciones necesarias para realizar el llenado. Todos los datos posteriormente se vaciarón en una base de datos en el programa estadístico SPSS para la realización de los análisis estadísticos.

6.8. Análisis de datos

La captura de los datos derivados de los cuestionarios se realizó en el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences 22.0 (SPSS-22.0). Se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las medidas categóricas, mientras que medidas de tendencia central para las variables numéricas. Posteriormente se

obtuvieron pruebas de bondad de ajuste (Kolmogorov-Smirnov) para las variables numéricas, se trabajó con estadísticos paramétricos.

Para la relación entre el IMC y los hábitos alimentarios y de actividad física, se empleó la prueba chi cuadrada que se consideró estadísticamente significativo con un valor de $p \leq .05$.

En el caso del modelo predictivo se obtuvo la correlación de las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, nivel socioeconómico, IMC reportado) y las variables específicas sobre características corporales concretas (fuerza, estatura, hombros y brazos, pecho y tórax, cintura y estómago, cadera, glúteos y piernas) con la satisfacción corporal por sexo mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Adicional, se realizó un análisis multivariado lineal con el método paso a paso. Agregando únicamente las variables que obtuvieron correlación significativamente estadística ($p \leq .05$).

6.9. Aspectos éticos

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, determina que una investigación debe ser considerada sin riesgo cuando se habla de técnicas y métodos de investigación retrospectivos y en aquellos en donde no se realicen intervenciones o modificaciones intencionadas en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos participantes.

Por lo que, la presente investigación se consideró sin riesgo para los participantes, ya que los procedimientos no influyen en el tratamiento o la intervención médica, nutricional o psicológica del individuo.

Se garantizó la confidencialidad, seguridad y privacidad de los datos, aún cuando los resultados obtenidos sean publicados en algún producto de índole científico. El presente estudio se sometió al Comité de Ética en Investigación, del Instituto de Estudios Sobre la Universidad de la UAEMéx con número de registro 2021/P06 tras su revisión y aceptación.

La investigación se guió conforme a las normas éticas:

En cuestión de la información recabada, los cuestionarios fueron recolectados y conservados de acuerdo con los lineamientos institucionales, con

estricta privacidad en el manejo de la información. Así mismo, conservando los principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecidos en el código Nuremberg 1947, ley general de salud, la declaración de Helsinki en su última enmienda.

La participación en este estudio no generó ningún beneficio económico para los participantes, así como ningún costo adicional.

Balance riesgo/beneficio: tomando en cuenta que la información obtenida no implicó riesgo alguno a la integridad de los participantes ni a su salud, los beneficios no son claros a corto plazo, es decir, el impacto se obtendrá en el futuro mediante la generación de literatura.

Todos los participantes incluidos en la presente investigación tuvieron previo conocimiento sobre los beneficios, instrucciones y motivos para la realización del estudio pero sobre todo, el entendimiento de las actividades a realizar como participantes. Información que fue establecido en el consentimiento informado:

- Los datos de los participantes fueron mantenidos en total confidencialidad. A cada participante se le asignó un folio para ser identificado mediante cada cuestionario.
- Los beneficios de este estudio tienen un carácter estrictamente científico y en ningún momento se persiguió beneficios lucrativos para ninguno de los participantes ni los investigadores.
- La obtención de información se realizó mediante cuestionarios, los cuales no son instrumentos invasivos, que pongan en riesgo la salud o la integridad física del participante.
- El participante durante todo el proceso de recopilación de información mantuvo el derecho de aceptar o no que sus datos fueron tratados estadísticamente.
- Los investigadores declararon no tener ningún conflicto de interés para la realización de este estudio.

7. Resultados

7.1. Artículo publicado

7.1.1. Título del artículo “Percepción del índice de masa corporal y los hábitos alimentarios y de actividad física”.

7.1.2. Resumen del artículo

El índice de masa corporal (IMC) es una herramienta eficaz para evaluar la salud a nivel poblacional, lo cual ha llevado a la validación de diversos métodos basados en él, como el uso de siluetas corporales y el autorreporte. Estas herramientas permiten calcular el IMC sin necesidad de obtener mediciones directas de peso y altura. Una percepción inexacta del IMC puede promover conductas poco saludables, como el seguimiento de dietas extremas, por lo que es fundamental educar sobre una imagen corporal realista y fomentar hábitos saludables para prevenir problemas de salud.

El objetivo del artículo fue analizar la relación entre la percepción del IMC y los hábitos alimentarios y de actividad física. La investigación se realizó mediante un estudio transversal y analítico con una muestra intencional de 448 adultos residentes en Toluca, México, utilizando un cuestionario autoadministrado de hábitos alimentarios y evaluaciones de IMC mediante siluetas corporales y autorreporte.

Se obtuvieron como resultados que según el IMC basado en siluetas corporales, la mayoría de los participantes presentaron sobrepeso, mientras que el autorreporte reflejó que la mayoría se ubicaba en peso normal y sobrepeso. La mayoría mostró hábitos alimentarios y de actividad física insuficientes. Se observaron diferencias significativas en los hábitos alimentarios y de actividad física en relación con el IMC basado en siluetas y el autorreporte. Por lo tanto, se concluyó que la percepción del IMC a través de siluetas corporales suele diferir del IMC autorreportado, especialmente en mujeres y en personas con IMC alto. Los hábitos alimentarios y de actividad física inadecuados son comunes entre los adultos de la muestra.

7.1.3. Carta de aceptación



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Medicina

Coordinación de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias de la Salud

Toluca de Lerdo, Estado de México, 08 de Julio de 2024.

MÓNICA LIZBETH BAUTISTA RODRÍGUEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E

Con un cordial saludo, le informo que con fecha 25 de Mayo del 2024 recibimos el artículo titulado **"PERCEPCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA."** del cual fungen como autores: Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Marcela Veytia López, Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza, escrito que tan amablemente envió para publicación en la Revista de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México.

Mismo que ha sido **aceptado** con fecha 08 de Julio 2024, y será publicado en el siguiente número de la Revista de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México.

Sin otro particular le agradecemos su invaluable aportación y nos reiteramos a sus apreciables órdenes.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2024, Conmemoración del 60 Aniversario de la Inauguración de la Ciudad Universitaria"

DRA. EN C. ARACELI CONSUELO HINOJOSA JUÁREZ
DIRECTORA DEL COMITÉ EDITORIAL

Director/c.c.p. Expediente

Jesús Carranza, esq. Paseo Tollocan s/n
Col. Moderna de la Cruz, C. P 50180
Toluca, Estado De México
Tel: (722) 217 45-64
Ext. 107



Nota: se agrega información adicional del artículo publicado y sobre la revista.



REVISTA DE MEDICINA E INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO

ISSN: 2594-0600

Idiomas Español Inglés

Regístrate Entrar

Todos los Campos Buscar

Acerca de Equipo editorial Políticas de la editorial Envío de Manuscrito Estadística básica Contacto Más números

Inicio / Más números
/ Vol. 13 Núm. 1 (2025): Revista de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México
/ Artículos

261
Artículos

934
Autores

233055
Descargas

PERCEPCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LOS HáBITOS ALIMENTARIOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA



PDF

Publicado ene 13, 2025

##plugins.publids.doi.reader
DisplayName##
<https://doi.org/10.36677/medicinainvestigacion.v13i1.23851>

Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez
Universidad Autónoma del Estado de México
<http://orcid.org/0000-0002-5280-4858>
Rosalinda Guadarrama Guadarrama
Universidad Autónoma del Estado de México
<http://orcid.org/0000-0001-5901-3787>
Marcela Veytia-López
Universidad Autónoma del Estado de México, México.
<http://orcid.org/0000-0003-3100-6504>
Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza
Universidad Autónoma de Coahuila
<http://orcid.org/0000-0001-9685-3814>

Resumen

Resumen

Introducción: El índice de masa corporal (IMC) es una herramienta bastante efectiva a nivel poblacional. Por lo que, se han validado diversos instrumentos basados en él, como las siluetas corporales y el autorreporte; lo que permite obtener el IMC aún sin las mediciones de peso y estatura. La percepción errónea del IMC puede llevar a comportamientos no saludables, como dietas extremas. Por lo que, la educación sobre la imagen corporal realista y los hábitos saludables son necesarios para prevenir problemas de salud. **Objetivo:** conocer la asociación de la percepción del índice de masa

Open Journals Systems



7.2. Artículo enviado

7.2.1. Título del artículo “Factores sociodemográficos y corporales como predictores de la satisfacción corporal en adultos mexiquenses”.

7.2.2. Resumen del artículo

La satisfacción corporal se refiere a la percepción positiva que cada individuo tiene de su propio cuerpo. Esta percepción está influenciada por diversos factores, inclusive, se han desarrollado modelos predictivos que consideran variables como la edad, el género, factores socioculturales y el estado físico y mental de salud.

El objetivo del artículo fue determinar ciertas variables sociodemográficas y de percepción de distintas partes del cuerpo como predictoras de la satisfacción corporal, en hombres y mujeres. La investigación se realizó mediante un estudio observacional, analítico y transversal en 452 adultos de Toluca, México, compuesto por 170 hombres y 282 mujeres con edades entre 30 y 59 años. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, género, nivel educativo y nivel socioeconómico), el IMC reportado, la imagen corporal y la satisfacción corporal. Los análisis incluyeron correlaciones de Pearson y un modelo de regresión lineal.

Los resultados indicaron que las mujeres presentaron un mayor nivel educativo pero una menor satisfacción corporal media (7.34/10) en comparación con los hombres (7.76/10). En los hombres, la satisfacción corporal mostró correlaciones significativas con la edad, la percepción de fuerza, hombros y brazos, cintura, abdomen y cadera; mientras que en las mujeres, las correlaciones se dieron con el IMC reportado, hombros y brazos, pecho y tórax, cintura, abdomen y cadera.

Por lo tanto, se concluye que la satisfacción corporal está influenciada por factores sociodemográficos y la percepción de distintas partes del cuerpo. En el caso de los hombres, la percepción de cintura y abdomen (negativamente) y de la fuerza (positivamente) fueron los principales factores predictivos. En las mujeres, el modelo incluyó la estatura y la edad (positivamente) y, de forma negativa, la cintura, abdomen e IMC reportado.

7.2.3. Acuse de recibido de segundo artículo

[enfermeriauniversitaria] Activación de cuenta ▶ Recibidos x 🖨 🔗

 **Dra. Angélica Ramírez Elías** via <rev.enfermeriauniversitaria@feno.unam.mx> para mí ▼ mar, 27 ago, 16:10 ☆ 😊 ↶ ⋮

Estimada/o Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez

Se ha recibido una solicitud de cuenta de usuario para la revista Enfermería Universitaria utilizando su dirección de correo. Si desea activar su cuenta en Enfermería Universitaria, pulse por favor sobre el vínculo siguiente:

<https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/user/activateUser/monica-bautista/9Qcpxf>

Muchas gracias por su interés.

Dra. Angélica Ramírez Elías
Editora en jefe
(55) 5623 7241
Circuito Posgrados, Unidad de Posgrado Edif "E",
Planta Baja Ciudad Universitaria,
Alcaldía Coyoacán C.P. 04510; Ciudad de México

Recepción de manuscrito ✕

Participantes

Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez (monica-bautista)

Mensajes

Nota	De
Estimada autora, esperamos que se encuentre bien al igual que su familia	3ayde3
Por este medio confirmamos la recepción de su manuscrito	2024-08-29 02:22
En la primera etapa del proceso editorial se constata que cumpla con los criterios establecidos en las Normas para Autores de nuestra revista. En esta fase se emite un Dictamen editorial, el cual consiste en posterior a la recepción del manuscrito verificar el cumplimiento de los lineamientos definidos por la revista, y con apoyo de programas (Ithenticate, Crossref) descartar prácticas inadecuadas (duplicación o plagio).	
Al finalizar esta etapa nos comunicaremos con usted, lo cual será siempre por este medio.	
Saludos	
▶ Enterada, muchas gracias.	monica-bautista 2024-08-29 03:04

Nota: se agrega información adicional sobre la revista.

ENFERMERÍA UNIVERSITARIA

Inicio | Directorio | Estructura | Directorios editoriales | Autores | Revisiones | Contacto | Estadísticas

INICIO

Enfermería Universitaria es una publicación científica que busca contribuir al fortalecimiento, desarrollo e intercambio de teorías e investigaciones con instituciones de salud y académicas del ámbito nacional e internacional.

ISSN 1665-7943 (impresa)
ISSN 2255-8427 (electrónica)
Puede citarse como: *Enfermería Universitaria*

SECCIONES

- Artículos de investigación (Cualitativa, Cuantitativa, Mixta)
- Artículos de Revisión (Sistemática, Narrativa, Metanálisis)
- Artículos de innovación en la práctica (Proyectos originales, Saludo de caso, o Evidencia)
- Carta al editor

INCLUIDA EN

- Index de la Base de Datos CUIDEN, Scopus, PsycInfo, ERIC, LILACS, MEDLINE, Dialnet, HINARI, Sciendo
- Directorio ODAJ ROAD, The Keelson
- Catálogo Latinoamericano, AmerCIS, Sudoc
- Index Periodicus, Open Alex
- Revista de Enfermería, SHORIN APHEO
- Revista de Enfermería, HINARI, PsycInfo
- SCOPUS**

ALPHAVISIO

Inicio de sesión

Nombre de usuario

Contraseña

¿Olvidó su contraseña?

Crear un artículo

Artículos

Publicaciones

Publicaciones

Publicaciones

Idioma

Idioma

Idioma

Idioma

Palabras clave

atención de enfermería, autocuidado, adolescentes, Enfermería, Atención de enfermería, Ensayos de enfermería, Familia, COVID-19, Adulto mayor, Respuesta, Colombia, México, Chile, Brasil, calidad de vida

OpenAlex

PUEDA INTERESARLE...

Correo electrónico

8. Discusión general

En el presente estudio, aunque la edad promedio fue de 38.91 años, se incluyó un rango de participantes entre los 30 y 59 años, lo que representa una muestra predominante de adultos en etapa media de la vida. La literatura sugiere que, en personas más jóvenes (incluidos universitarios y adultos jóvenes), existe mayor autoexigencia respecto al cuerpo y una mejor satisfacción con la propia imagen (Sámano et al., 2015). Conforme avanza la edad, suele observarse una mayor aceptación corporal (Tiggemann, 2013), posiblemente debido a un reajuste de expectativas, una valoración más funcional del cuerpo y una disminución de las presiones ligadas a los ideales estéticos. Sin embargo, aunque la población de este estudio se encontró en etapas relativamente jóvenes de la adultez, los participantes reportaron niveles altos de satisfacción con su imagen corporal. Es posible que otros elementos, como la percepción del propio peso, la actividad física o recursos psicológicos individuales, tuvieran mayor cabida que la edad en la configuración de la satisfacción corporal.

Respecto al nivel socioeconómico, las estimaciones de la Inteligencia Aplicada a Decisiones (AMAI, 2022), indican que en el Estado de México predomina el nivel D, con aproximadamente el 27% de los hogares. Si bien esta clasificación sirve como marco de referencia nacional, es importante señalar que este instrumento, desarrollado por la AMAI, no corresponde al sistema oficial empleado a nivel nacional para caracterizar las condiciones económicas de los hogares mexicanos. Por otro lado, la recolección de datos de la presente investigación se concentró en zonas urbanas del centro del Estado de México (Ixtlahuaca, Lerma, Metepec y Toluca) regiones que tienden a presentar niveles socioeconómicos más altos que el promedio estatal. En consecuencia, los participantes reportaron mayor presencia de niveles A/B y C+. Aunque en esta investigación no se observó una asociación significativa entre el NSE y la satisfacción corporal, estudios previos han documentado que un nivel socioeconómico alto puede facilitar el acceso a recursos que influyen en la apariencia física, como actividad física estructurada, intervenciones estéticas o alimentación más saludable (Barbierik et al., 2023).

En cuanto al IMC, la mayoría de los participantes se ubicó entre peso normal y sobrepeso de acuerdo a los datos autorreportados (peso y estatura). Mientras que, al seleccionar la silueta que más se parecía a su cuerpo, la mayoría eligió figuras correspondientes a sobrepeso, siendo la categoría de normopeso la menos representada. Esta discrepancia sugiere una percepción corporal más voluminosa en comparación con el peso reportado, lo que podría indicar una subestimación del peso al momento del autorreporte. Este fenómeno ha sido documentado previamente, las personas tienden a reportar estaturas ligeramente mayores y pesos menores, lo que conduce a una clasificación de IMC más baja de la real, especialmente en mujeres y personas con sobrepeso u obesidad (Connor et al., 2007; Nyholm et al., 2007).

La distorsión de la imagen corporal, entendida como la discrepancia entre la percepción corporal y la realidad física, puede manifestarse a través de una sobreestimación del tamaño corporal, insatisfacción persistente o preocupación excesiva por supuestos defectos. Esta alteración está influenciada por múltiples factores, como la cultura, la presión social, los estándares corporales promovidos por los medios y experiencias personales (Southerland et al., 2017).

Aunque gran parte de la literatura sobre IC se ha centrado en adolescentes, debido a los cambios biopsicosociales característicos de esta etapa, también en la adultez pueden persistir preocupaciones estéticas. No obstante, se ha reportado que en etapas posteriores dichas preocupaciones tienden a disminuir, en parte debido a una menor presión cultural por cumplir con ciertos ideales de belleza (Tiggemann, 2013).

En los hombres, la insatisfacción corporal suele estar asociada a una baja estatura o una musculatura percibida como insuficiente. Un estudio con universitarios australianos encontró que el 42.7% deseaba ser más alto (Talbot & Mahlberg, 2020), además, zonas como los hombros y el pecho son comúnmente asociadas a ideales de fuerza y masculinidad. En esta investigación, dichas zonas mostraron correlaciones significativas, aunque no se integraron al modelo predictivo.

En el caso de las mujeres, la insatisfacción corporal ha sido ampliamente relacionada con el deseo de delgadez, especialmente respecto a regiones como el abdomen, la cintura y los muslos (Núñez et al., 2024). Se ha observado que muchas mujeres tienden a desear una figura más esbelta que la que perciben en sí mismas, incluso si se encuentran dentro de un rango saludable de IMC (Góngora, 2024). Este fenómeno puede estar vinculado a los ideales corporales promovidos socialmente y a la interiorización de estándares de belleza poco realistas. Aunque en esta muestra no se observaron niveles altos de insatisfacción en mujeres, estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido al posible sesgo de autoselección y autorreporte.

9. Conclusiones generales

Aunque el NSE no mostró asociación estadística con la satisfacción corporal en este estudio, se identificó una tendencia a reportar un NSE más alto del que prevalece en la población general.

Se ha descrito que la aceptación de la imagen corporal tiende a aumentar con la edad; la muestra del presente estudio, compuesta principalmente por adultos jóvenes y de mediana edad, reportó un nivel alto de satisfacción corporal. Esto podría indicar una transición hacia una mayor aceptación del cuerpo en etapas adultas tempranas. Sin embargo, también es posible que estos resultados estén influenciados por sesgos de respuesta.

Se observó una discrepancia significativa entre el IMC autorreportado y el percibido mediante siluetas corporales. La mayoría de los participantes se ubicó en peso normal según su autorreporte, pero seleccionó una silueta correspondiente a sobrepeso. Este hallazgo evidencia una tendencia a subestimar el peso corporal, especialmente en mujeres y personas con IMC más elevado, en concordancia con lo reportado en estudios previos.

Asimismo, la mayoría de los participantes presentó hábitos alimentarios inadecuados, particularmente en el consumo de alimentos recomendados, y niveles bajos de actividad física. Se encontró una asociación significativa entre los hábitos alimentarios y el IMC percibido por siluetas, lo que sugiere que las prácticas alimentarias podrían influir en la percepción del propio cuerpo.

La distorsión de la imagen corporal observada podría estar influida por factores como la presión social, los estándares culturales de belleza y la exposición constante a cuerpos idealizados en los medios de comunicación.

El análisis por sexo permitió construir modelos predictivos diferenciados. En hombres, la satisfacción corporal estuvo explicada principalmente por la percepción de cintura y estómago (de forma negativa) y la percepción de fuerza (de forma positiva). En mujeres, la satisfacción corporal se asoció negativamente con el IMC real y la percepción de cintura y estómago, mientras que mostró una asociación positiva con la edad y la estatura.

10. Referencias bibliográficas

- Abelson, R. P. (1979). Differences between belief and knowledge Systems. *Cognitive Science*, 3, 355-366.
- Agerström, J. & Rooth, D. (2011). The role of automatic obesity stereotypes in real hiring discrimination. *Journal of Applied Psychology*, 96, 790–805.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- AlAmodi, A. A., Al-Kattan, K. & Shareef, M. A. (2021) The current global perspective of the knowledge-attitude-behavior of the general public towards the corona virus disease -19 pandemic: Systematic review and meta-analysis on 67,143 participants. *PLoS ONE*, 16(12), e0260240.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In G. Murchison (Ed.), *A Handbook of Social Psychology*. Clark University Press, Worcester.
- AMAI. Inteligencia aplicada a decisiones. (2024). Regla de NSE 2022. Disponible en: <https://www.amai.org/NSE/index.php?queVeo=queEs>.
- Ardila, R. (2021). Psicología evolucionista. Tomando en serio a Darwin. *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 45(177).
- Arias, H. M., Fernández, S. F. & Benjumea, R. S. (2012). La Ley del Efecto y el origen de la conducta. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 275-288.
- Ato, M., López-García, J. J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059.
- Baile, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal?. *Cuadernos del Marqués de San Adrián*, (2), 1-17.
- Bakanauskas, A., Kondrotienė, E. & Puksas, A. (2020). The Theoretical Aspects of Attitude Formation Factors and Their Impact on Health Behaviour. *Management of Organizations: Systematic Research*, 83(1), 15-36.
- Baños, R., Cebolla, A. Etchetnendy, E., Felipe, S., Rasal, P. & Botella, C. (2011). Validation of the dutch eating behavior questionnaire for children (DEBQ-C) for use with Spanish children. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4), 890-898.

- Barbierik, L., Bacikova-Sleskova, M., & Petrovova, V. (2023). The Role of Social Appearance Comparison in Body Dissatisfaction of Adolescent Boys and Girls. *Europe's journal of psychology, 19*(3), 244–258.
- Barnes, M., Abhyankar, P., Dimova, E. & Best, C. (2020). Associations between body dissatisfaction and self-reported anxiety and depression in otherwise healthy men: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE, 15*(2), e0229268.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Behar, R., Arancibia, M., Heitzer, C. & Meza, N. Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile, 144*, 626-633.
- Bermúdez, M. M. & Navarrete, A. I. (2020). Actitudes de los maestros ante la inclusión de alumnos con discapacidad. *Ciencias Psicológicas, 14*(1), 1-15.
- Botero, P. A., & Londoño, P. C. (2015). Diseño y validación de un cuestionario de imagen corporal para personas en situación de discapacidad física. *Revista Colombiana de Psicología, 24*(1), 219-233.
- Bongers, P., Jansen, A., Havermans, R., Roefs, A. & Nederkoorn, C. (2013). Happy eating. The underestimated role of overeating in a positive mood. *Appetite, 67*, 74-80.
- Bown, T. A., Cash, T. F. & Mikulka, P. J. (2011). Attitudinal Body-Image Assessment: Factor Analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 55*, 135-144.
- Boyd, J. R. (1987). *Organic Design for Command and Control*.
- Brausch, A. M. & Muehlenkamp, J. J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image, 4*, 207–212.
- Briñol, P. & Petty, R.E. (2004). Self-Validation processes: The role of thought confidence in persuasion. In G. Haddock y G. Maio (Ed.), *Theoretical Perspectives on Attitudes for the 21st Century* (pp. 205-226). Philadelphia, PA: Psychology Press.

- Briñol, P., Petty, R. E. & Tormala, Z. L. (2004). The self-validation of cognitive responses to advertisements. *Journal of Consumer Research*, 30, 559-573.
- Brown I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of advanced nursing*, 53(2), 221–232.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187–194.
- Bruch H. (1971). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Ed Routledge and Hegan Paul. London, England.
- Bunge M. (2009). *Tratado de Filosofía. Semántica II. Interpretación y verdad*. Gedisa
- Calvo, R. (2002). Anorexia y bulimia. *Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Camacho, M. J. (2005). *Imagen corporal y práctica de actividad física en la adolescencia*. [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Campos, U. M., Pasquali, C., Peinado, S. (2008). Evaluación psicométrica de un instrumento de medición de actitudes pro ambientales en escolares venezolanos. *Paradigma*, XXXIX(2): 135-156.
- Cano, A. J. (2011). La teoría de las pasiones de Hume. *Revista Internacional de Filosofía*, 52, 101-115.
- Carranza, L. E. (2016). Fisiología del apetito y el hambre. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 1(3), 117-124.
- Cash, T. F. & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I. & Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1081-1089.
- Cash, T. F. & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. The Guilford Press.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Nueva York: Guilford Press

- Castro-Lemus, N. (2016). Re-conceptualización del constructo de imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *Arbor*, 192(781), a353.
- Chacón, D. E., Xatruch D. D., Fernández, L. M. & Murillo, A. R. (2021). Generalidades sobre el Trastorno de Ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Chance P. (1999). Thorndike's Puzzle Boxes And The Origins Of The Experimental Analysis Of Behavior. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 72(3), 433–440.
- Chatzigeorgiadou, S. & Barouta, A. (2022). General and Special Early Childhood Educators' Attitudes Towards Co-teaching as a Means for Inclusive Practice. *Early Childhood Education Journal*, 50, 1407-1416.
- Colás, B. P & Castro, L. N. (2011). *Autoimagen corporal de los adolescentes. Investigación desde una perspectiva de género*. Investigación y género, logros y retos.
- Conner, M.T. & Norman, P.D. (2017) Health behaviour: Current issues and challenges. *Psychology and Health*, 32(8), 895-906.
- Connor, G. S., Tremblay, M., Moher, D. & Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obesity Reviews*, 8(4), 307-26.
- Contreras, F. & Esguerra, G. (2016). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2, 311-319.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairbum, C. G. (1987), The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Fluir, una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad. El fluir y la psicología del descubrimiento y la intención*. Buenos Aires: Paidós.
- Darwin, C.R. (1859). *The origin of species*. London: Murray.

- De Gracia, S. V., Llibrer-Escrig, I. & Gutiérrez-Hidalgo, F. G. (2022). Teocentrismo, Antropocentrismo y Contabilidad: de la Edad Media al Renacimiento. *Revista de Contabilidad*, 25(1), 147-158.
- DeHouwer, J. (2007). A Conceptual and Theoretical Analysis of Evaluative Conditioning. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 230-241.
- Diener, E., Larsen, J. & Lucas, R. (2003). Measuring positive emotions. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Ed.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 201-218). Washington, D.C. American Psychological Association.
- Díez, P. A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143.
- Domínguez, I. S., Cubillas, R. M., Abril, V. E. & Román, P. R. (2018). Creencias irracionales sobre los alimentos y las diferencias de género en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 23, 199-220.
- Dryden W. & Ellis A. (2001). *Rational Emotive Behavior Therapy. Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. Second edition*. Dobson K.S. The Guilford Press, New York.
- Duarte, G. A. (2007). *Protocolo de Tratamiento Psicológico Cognitivo Conductual para pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Durán, S., Rodríguez, M., Record, J., Barra, R., Olivares, R., Tapia, A. et al. (2013). Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. *Revista Chilena de Nutrición*, 40(1), 26-32.
- Durkheim, E. (1894). *Les règles de la méthode sociologique*. París: PUF.
- Durkheim, É. (1901). Rôle des Universités dans l'éducation sociale du pays. *Revue Française de Sociologie*, XVII, 1, 183-184.
- Ellis A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stewart.
- Escandón-Nagel, N., Vargas, J. F., Herrera, A. C. & Pérez, A. M. (2019). Imagen corporal en función de sexo y estado nutricional: Asociación con la

- construcción del sí mismo y de los otros. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 32-41.
- Espinoza, A. 2014. Interpretación Pragmática de los Sistemas de Creencias en Hume y Peirce *Cinta moebio*, 50, 101-111.
- Espinosa, R. A. (2014). Diferenciación de la astronomía: Autodescripciones y concepción heliocéntrica en el horizonte de la sociedad mundial. *Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*, (31), 60-72.
- Estrada, C. A. (2012). La actitud del individuo y su interacción con la sociedad entrevista con la Dra. María Teresa Esquivias Serrano. *Revista Digital Universitaria*, 13(7), 1-12.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fallon, A. E. & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of abnormal psychology*, 94(1), 102–105.
- Fardouly, J. & Vartanian, L. R. (2016). Social Media and Body Image Concerns: Current Research and Future Directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1-5.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple Processes by Which Attitudes Guide Behaviour: The MODE Model as an Integrative Framework. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (23, pp. 75-109). New York: Academic Press.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison, Wesley.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. *European review of social psychology*, 11, 1-33.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. E. & Hitchcock, P. J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: An analysis based on the theory of reasoned action. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 61–78).

- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Freeman A. (2005). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Springer, New York.
- Fuentes, D. M. & García, O. (2015). Influencia de la socialización familiar en la satisfacción con la imagen corporal en los adolescentes españoles. *Revista Trastornos de la conducta alimentaria*, 22, 2403-2425.
- Galarsi, M. F., Medina, A., Ledezma, C. & Zanin, L. (2011). Comportamiento, historia y evolución. *Fundamentos en Humanidades*, XII(24), 89-123.
- Galdames, C. S., Jamet, R. P., Bonilla, E. A., Quintero, C. F. & Rojas, M. V. (2018). Creencias sobre salud y práctica de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. *Hacia la promoción de la Salud*, 24(1), 28-43.
- Gardner, R. M., Jappe, L. M. & Gardner, L. (2009). Development and validation of a new figural drawing scale for body-image assessment: the BIAS-BD. *Journal of clinical psychology*, 65(1), 113–122.
- Garner, D. M. (2004). Eating Disorder Inventory-3. Lutz (FL): Psychological Assessment Resources. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 478-479.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. & Polivy, J. (1983), Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10(4), 647–656.
- Garcés, L. F. & Giraldo, Z. C. (2018). Las emociones y las pasiones en Aristóteles: conceptualización e interpretación. *Revista Espacios*, 39(4), 26-36.
- García, A. A. (2019). Neurociencia de las emociones: la sociedad vista desde el individuo. Una aproximación a la vinculación sociología-neurociencia. *Sociológica*, 34(96), 39-71.
- García, V. J. & Hernández C. I. (2022). Estereotipos de belleza: un análisis desde la perspectiva de género. *Géneros*, 29(32), 65–87.

- Geliebter, A. & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347.
- Gobierno del Estado de México. (2015). *Geografía y Estadística*.
- Gómez, C., De Arruda, M., Sulla T. J., Alvear, F., Urra, A. C., González, P. C., Luarte R. C & Cossio B. M. (2015). Construcción de un instrumento para valorar la actitud a la obesidad en adolescentes. *Revista chilena de nutrición*, 42(3), 277-283
- Gómez, P. G. (1998). Imagen Corporal: ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo". *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 27-33.
- Gómez, M. & Rozano, M. (2008), La influencia del aroma en la percepción del establecimiento comercial. *Revista Portuguesa de Marketing*, 23(2), 59-68.
- Gonçalves, V. O. & Martínez, J. P. (2014). Imagen corporal y percepción de la influencia de los medios de comunicación: diferencias de género en una muestra adolescentes. *Inter-Ação*, 39(3), 461-478.
- Góngora, V. C. (2023). Actividades en redes sociales, insatisfacción corporal, ideales de belleza y apreciación corporal en mujeres adultas. *Psychology, Society & Education*, 15(2), 19-27.
- González-Torres, M. L., Carranza, R. & Reyes-Huerta, H. E. (2018). El comportamiento alimentario desde los procesos psicológicos. En A. López-Espinoza, A. G. Martínez & V. G. Aguilera-Cervantes (Ed.), *Investigaciones en comportamiento alimentario. Reflexiones, alcances y retos* (pp. 13-59) Porrúa.
- Gosadi, I. M., Daghri, K. A., Majrashi, A. A., Ghafiry, H. S., Moafa, R. J., Ghazwani, M. A., Bahari, A. Y., Ajeebi, R. E., Zurayyir, A. J., Jarab, F. K., Bahri, A. A., Ryani, M. A. & Salim, A. M. (2020). Lifestyle choices and prevalence of chronic noncommunicable diseases among primary healthcare physicians in the Jazan Region, Saudi Arabia. *Journal of family medicine and primary care*, 9(11), 5699–5704.
- Grasso, A. (2006). Construyendo el concepto de corporeidad. En L. F. Brito, L. E. Palacios, C. Martínez, & R. S. Tinoco (Ed.), *Primer Taller de Actualización*

- sobre los Programas de Estudio 2006. (pp. 25-37). Secretaría de Educación Pública
- Guadarrama, R., Hernández, J. & Veytia, M. (2018). "Cómo me percibo y cómo me gustaría ser": un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 37-43.
- Hajure, M., Tariku, M., Bekele, F., Abdu, Z., Dule, A., Mohammedhussein, M. & Tsegaye, T. (2021). Attitude Towards COVID-19 Vaccination Among Healthcare Workers: A Systematic Review. *Infection and drug resistance*, 14, 3883–3897.
- Halliwell, E. & Dittmar, H. (2003). A Qualitative Investigation of Women's and Men's Body Image Concerns and Their Attitudes Toward Aging. *Sex Roles: A Journal of Research*, 49(11-12), 675–684.
- Hangen, E. J. & Elliot, A. J. (2016). Achievement Motives. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Ed.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer International Publishing.
- Hassan, D., Patel, K. K., Peddemul, A., Sikandar, R., Kahlon, S. S., Nair, S., Selvalaksmi, R. S. & Alfonso, M. (2023). Knowledge, Attitude and Health Practice towards Cardiovascular disease in Health care providers: A Systematic Review. *Current Problems in Cardiology*, 48(8).
- Heatherton, T. F., Nichols, P., Mahamedi, F. & Keel, P. (1995). Body-weight, dieting, and eating disorder symptoms among college-students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1623-1629.
- Helman CG. (2001) *Culture, health and illness*. London Arnold
- Hersch, J. (2011). Skin color, physical appearance, and perceived discriminatory treatment. *The Journal of Socio-Economics*, 40, 671–678.
- Higgins, E. T. (1989). Self-discrepancy theory: what patterns of self-beliefs cause people to suffer?. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 93-136.
- Hobbes, T. (2015). *Leviatán*. Grupo editorial: Editorial Universidad de Guadalajara.

- Huizinga, M. M., Bleich, S. N., Beach, M. C., Clark, J. M. & Cooper, L. A. (2010). Disparity in physician perception of patients' adherence to medications by obesity status. *Obesity*, 18, 1932–1937.
- Instituto Nacional del Cáncer. (agosto 2024). *Homeostasis*. NIH Instituto Nacional del Cáncer. URL:
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/homeostasis>
- Instituto Hacendario del Estado de México. (2024). *Coordinación Hacendaria*. URL: https://ihaem.edomex.gob.mx/coordinacion_hacendaria
- Izard, C. E. (1993). Organizational and motivational functions of discrete emotions. In M. Lewis (Ed.), *Handbook of emotions* (pp. 631-641). Nueva York: Guilford Press.
- Janz, N. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Paidós.
- Johnson, F. & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 119-125.
- Jost, J. T., Federico, C. M. & Napier, J. L. (2009). Political ideology: Its structure, functions, and elective affinities. *Annual Review of Psychology*, 60, 307-337.
- Kaplan, H. I. & Kaplan, H. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-200.
- Katzmarzyk, P., Janssen, I. & Ardern, C. (2003). Physical inactivity, excess adiposity and premature mortality. *Obesity Reviews*, 4(4), 257-90.
- Kim, J. W. & Chock, T. M. (2015). Body image 2.0: Associations between social grooming on Facebook and body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 48, 331–339.
- Kirscht, J. P. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2, 387-408.

- Krosnick, J. A., Betz, A. L., Jussim, L. J. & Lynn, A. R. (1992). Subliminal Conditioning of Attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(2), 152-162.
- Kunst-Wilson, W. R. & Zajonc, R. B. (1980). Affective discrimination of stimuli that cannot be recognized. *Science*, 207(4430), 557–558.
- Lladó, G., González-Soltero, R. & Blanco, M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 693–701.
- LeDoux, J. (2002). *Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*. Nueva York: Viking Books.
- LeDoux, J. (2016) *Anxious. Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. Nueva York: Penguin Books.
- León, J.M., Medina, S., Barriga, J. S. & Cantero, F.J. (1996). Bases sociales de la emoción. En J.M. León Rubio (Ed.), *Psicología social : una guía para el estudio*. Sevilla: Kronos
- Loaiza, J. R. (2016). *La naturalización de las emociones: anotaciones a partir de Wittgenstein*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Longobardi, C., Badenes-Ribera, L. & Fabris, M. A. (2022). Adverse childhood experiences and body dysmorphic symptoms: A meta-analysis. *Body image*, 40, 267–284.
- López-Espinoza, A., Martínez-Moreno, A. G., Aguilera-Cervantes, V. G., Valdés-Miramontes, E. H., Santillán-Rivera, M. S., González Martínez, A. M. & García-Sánchez, N. E. (2018). Investigación en comportamiento alimentario. Una perspectiva contemporánea. En A. López-Espinoza, A. G. Martínez & V. G. Aguilera-Cervantes (Ed.), *Investigaciones en comportamiento alimentario. Reflexiones, alcances y retos* (pp. 1-11). Porrúa.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Maiman, L. A. & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.

- Márquez-Sandoval, Y. F., Salazar-Ruiz, E. N., Macedo-Ojeda, G., Altamirano-Martínez, M. B., Bernal-Orozco, M. F., Salas-Salvadó, J. & Vizmanos-Lamotte, B. (2014). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario en estudiantes mexicanos del área de la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 30(1), 153-164
- McEachan, R., Taylor, N., Harrison, R., Lawton, R., Gardner, P. & Conner, M. (2016). Meta-Analysis of the Reasoned Action Approach (RAA) to Understanding Health Behaviors. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 50(4), 592–612.
- Mehrabian, A. & Russell, J. A. (1974). *An approach to environmental psychology*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Melamed, A. F. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: un análisis desde la filosofía de la mente. *Cuadernos FHyCS-UNJu*, 49, 13-38.
- Meza, A. T., Cisneros-Herrera, J. & Guzmán-Díaz, G. (2022). Comportamiento alimentario: Revisión conceptual. *Boletín científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9(17), 38-44.
- Michael, T. (2017). *Classical Conditioning*. The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology.
- Milne, S., Orbell, S. & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 7(2), 163-184.
- Molinar, M. J. & Cervantes, H. A. (2021). Actitudes percibidas en el discurso narrativo docente hacia el alumnado con TDAH. Un estudio de observación indirecta. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 20(42), 87-100.
- Montero, P., Morales, E. M. & Carbajal, Á. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116.
- Moya, J., Valiente, G. P. & García, V. L. (s.f.). *La teoría de las emociones de James-Lange*. Universidad Complutense de Madrid.

- Moya-Garófano, A., Megías, J. L., Rodríguez-Bailón, R. & Moya, M. (2017). Versión española de la Objectified Body Consciousness Scale (OBCS): Resultados correspondientes a dos muestras de estudiantes universitarias. *Revista de Psicología Social*, 32(2), 362-394.
- Murillo-Godínez, G. & Pérez-Escamilla, L. M. (2017). Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. *Medicina interna de México*, 33(3), 392-402.
- Murphy, S. T. & Zajonc, R. B. (1993). Affect, cognition, and awareness: Affective priming with optimal and suboptimal stimulus exposures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 723–739.
- Nikolaeva, E. & Elnikova, O. (2014). Attitude to the Diseases of the People with Different Health Levels. *Social and Behavioral Sciences*, 159(23), 96-100.
- Norman, G. R., Sloan, J. A. & Wyrwich, K. W. (2003). Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. *Medical care*, 41(5), 582–592.
- Núñez, C. M., Sebastián, M. A. & Muñoz S. D. (2015). Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria. *Opción*, 31(2), 813-831.
- Núñez, U. L., Tapia, G. E., Castro, S. L., De leÓN, A. C., Martínez, B. L. (2024). Insatisfacción corporal en mujeres desde la autoestima, la imagen estandarizada y la cosificación. *Margen*, 115, 1-19.
- Nyholm, M., Gullberg, B., Merlo, J., Lundqvist-Persson, C., Råstam, L & Lindblad, U. (2007). The validity of obesity based on self-reported weight and height: Implications for population studies. *Obesity*, 15(1), 197-208.
- Op't Eynde, P., De Corte, E. & Verschaffel, L. (2002). Framing students' mathematics related beliefs: A quest for conceptual clarity and a comprehensive categorization. In G. Leder, E. Pehkonen y G. Törner (Ed.), *Beliefs: A hidden variable in mathematics education?*. (pp. 13-38). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Organización Panamericana de la Salud. (octubre 2024). *Depresión*. OPS Organización Panamericana de la Salud.

- Orozco, R. L., Almanza, A. A. & Ybarra, S. J. (2016). La prevención en la psicología de la salud. En J. Zapata (Ed.), *Fundamentos de psicología de la salud* (197-221). Editorial Pearson.
- Ortega, M. E. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Médica Herediana*, 29(2), 111-115.
- Otero, M. C., Lameiras-Fernández, M. & Rodríguez, C. Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 357-370.
- Ozmen, D., Ozmen, E., Ergin, D. & Cakmakci A. (2007). The association of self-esteem, depression and body satisfaction among Turkish adolescent. *Public Health*, 80(7).
- Pal, A., Taneja, N., Malhotra, N., Shankar, R., Chawla, B., Awasthi, A. A. & Janardhanan, R. (2021). Knowledge, attitude, and practice towards breast cancer and its screening among women in India: A systematic review. *Journal of cancer research and therapeutics*, 17(6), 1314–1321.
- Palomino, P. A. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de Nutrición*, 47(2), 286-291.
- Papanicolaou. (2004a). Walter Cannon y el surgimiento del cerebrocentrismo. *Revista Española de Neuropsicología*, 6(1-2), 25-52.
- Papanicolaou. (2004b). Schachter y Singer y el enfoque cognitivo. *Revista Española de Neuropsicología*, 6(1-2), 53-73.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7(1): 61-79
- Paredes, J. & Pinto, B. (2009). Imagen corporal y satisfacción sexual. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 7(1), 28-47.
- Pérez-Acosta, A. M., (2011). *Sobre el impacto de la obra de Charles Darwin en Psicología y Ciencias afines. Reseña de "Darwin y las ciencias del comportamiento"*. En G. Gutiérrez & M. R. Papini, (Ed.). Acta Colombiana de Psicología.

- Perugi, G., Giannotti, D., Frare, F., Vaio, S. D., Valori, E., Maggi, L., Cassano, G. B., & Akiskal, H. S. (1997). Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 1(2), 77–82.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. Nueva York: Harper & Row.
- Ponce, T., Turpo, E. K., Salazar, P. C., Viteri-Condori, L., Carhuancho, A. J., Taype, R. Á. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Publica*, 43, 551–61.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53, 187–213.
- Pruzinsky, T. & Cash, T. F. (1990): *Body images: development, deviance, and chance*. Guilford Press. N. York.
- Raich, R. (2000): *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Riva, G., Melis, L. & Bolzoni, M. (2016). Virtual Reality for Assessing Body Image: The Body Image Virtual Reality Scale (Bivrs). *International Journal of Virtual Reality*, 2(4), 1-11.
- Roch, P. A. (2021). Emociones primarias y secundarias a través del cine en el aula. *Educación y Futuro Digital*, 22, 35-62.
- Rodríguez, S. C. (1998). Emoción y cognición. James, más de cien años después. *Anuario de Psicología*, 29(3), 3-23.
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernandez, L. & Llarío, A. B. (2006). Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescents: A Spanish community prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 38, 684-688.
- Rogers, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.

- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 143-166.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*, 328-335.
- Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H., & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & dietetics: the journal of the Dietitians Association of Australia, 77*(1), 19–40.
- Rozin, P., Trachtenberg, S. & Cohen, A. B. (2001). Stability of body image and body image dissatisfaction in American college students over about the last 15 years. *Appetite, 37*, 245-248.
- Sadock, B., Sadock, V., Kaplan, H. & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis De Psiquiatría*. 11th ed. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Sámano, R., Rodríguez-Ventura, A. L., Sánchez-Jiménez, B., Godínez, M. E. Y., Noriega, A., Zelonka, R., Garza, M. & Nieto. J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición Hospitalaria, 31*(3): 1082-1088.
- Sánchez-Ojeda, M. A. & Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria, 31*(5), 1910-1919.
- Sandoval, O. M., García-Huidobro, R. I. & Pérez-Cotapos, S. M. (2009). Trastorno Dismórfico Corporal. *Revista Chilena de Dermatología, 25*(3), 244-250
- Sarason, I. (1981). *Psicología de la conducta anormal*. México: Trillas.
- Saucedo, T. (2003). Modelos predictivos de la dieta restringida en púberes y en sus madres. [Tesis de doctorado]. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saucedo-Molina, T. J. & Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental, 33*(1), 11-19.

- Saxena, S. & Feusner, J. (2006). Toward a neurobiology of body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry*, *13*, 41-48.
- Scharrón, D. R. M. (2010). Supuestos, explicaciones y sistemas de creencias: Ciencia, Religión y Psicología. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, *21*, 85-112.
- Scherer, K. R. (2001) "Appraisal Considered as a Process of Multi-Level Sequential Checking". In K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone. (Ed.), *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research*. New York and Oxford: Oxfordn University Press.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. N. York, International Universities Press.
- Schneider, B., Hanges, P. J., Smith, D. B., & Salvaggio, A. N. (2003). Which comes first: Employee attitudes or organizational financial and market performance?. *Journal of Applied Psychology*, *88*(5), 836–851.
- Secord, P. F. & Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, *17*(5), 343–347.
- Seligman, M. E. (2002). *La auténtica felicidad*. México: Ediciones B.
- Shin, N. Y. & Shin, M. S. (2008). Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in obese Korean children. *The Journal of pediatrics*, *152*(4), 502–506.
- Silva, C. & González, A. K. (2019). Cuestionario de emociones y creencias acerca de la alimentación y el peso (CECAP). *Actualidades en Psicología*, *33*(127), 37-48
- Silva, D., Ferriani, L. & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, *65*(5), 731–738.
- Sixseconds. The Emotional Intelligence Network. (septiembre 2024). *Plutchik's Wheel of Emotions: Exploring the Emotion Wheel*. URL: <https://www.6seconds.org/2022/03/13/plutchik-wheel-emotions/>
- Solomon, R. C. (1984). "Getting Angry: The Jamesian Theory of Emotion in Anthropology". In R. A. Shweder, & R. A. LeVine. (Ed.), *Not Passion's Slave* (pp. 238-254). Nueva York: Cambridge.

- Southerland, J. L., Wang, L., & Slawson, D. L. (2017). Weight Misperception and Health-Related Quality of Life in Appalachian Adolescents in the United States. *Maternal and child health journal*, 21(1), 168–176.
- Stainton-Rogers, W. (2011). *Social Psychology*. McGraw-Hill Education.
- Stunkard, A. J., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. Kety, L. Rowland, R. Sidman, et al. (Ed.), *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. (115–120). New York: Raven Press.
- Soto, M., Marín, B., Aguinaga, I., Guillén-Grima, F., Serrano, I., Canga, N. et al. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2269-2275.
- Sondhaus, E. L., Kurtz, R. M. & Strube, M. J. (2001). Body attitude, gender, and self-concept: A 30-year perspective. *Journal of Psychology*, 135, 413-429.
- Spencer, H. (1862). *First Principles*. Londres, Williams & Norgate.
- Stice, E. & Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597-607.
- Talbot, D. & Mahlberg, J. (2020). Exploration of Height Dissatisfaction, Muscle Dissatisfaction, Body Ideals, and Eating Disorder Symptoms in Men. OSF, 2.
- Talbot, D., Smith, E., Cass, J. & Griffiths, S. (2018). Development and Validation of the New Somatomorphic Matrix–Male: A Figural Rating Scale for Measuring Male Actual–Ideal Body Discrepancy. *Psychology of Men & Masculinity*.
- Tello, J. (2022). Actitudes docentes frente al estudiantado con discapacidad: una revisión de literatura. *Ciencia y Educación*, 6(1), 83-94.
- Tello-Zuluaga, J. (2023). Historia y desarrollo de la investigación sobre las actitudes humanas en la Psicología Social. *Revista Sul-Americana de Psicología*, 11(1), 37-58.
- Thayer, R. *Calm Energy: How people regulate mood with food and exercise*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

- Thompson J. K. (1990). *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York, Pergamon Press.
- Thompson, A. G. (1992). Teachers' beliefs and conceptions: A synthesis of the research. In D. A. Grouws (Ed.), *Handbook of research on mathematics teaching and learning: A project of the National Council of Teachers of Mathematics* (pp. 127–146). Macmillan Publishing Co, Inc.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleffduhn, S. (1998). *Examining Beauty. Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, D.C., American Psychological Association.
- Thompson, M. A. & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of personality assessment*, 64(2), 258–269.
- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529-554.
- Tiggemann, M. & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: relationships with age and body satisfaction. *Body image*, 10(4), 624–627.
- Tiggemann, M. & Slater, A. (2014). NetTweens: The Internet and Body Image Concerns in Preteenage Girls. *The Journal of Early Adolescence*, 34(5), 606-620.
- Torres, S. A. (2018). *Ideal de belleza femenino en instagram: una reflexión personal desde la ilustración*. [Tesis de grado]. Universidad Politécnica de Valencia.
- Tort-Nasarre, G., Pollina Pocallet, M. & Artigues-Barberà, E. (2021). The Meaning and Factors That Influence the Concept of Body Image: Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspectives of Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1140.
- Trueba, A. C. (2009). La teoría aristotélica de las emociones. *Signos filosóficos*, 11(22), 147-170.
- Turnbull, J., Heaslip, S. & McLeod, H. (2000). Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. *International Journal of Obesity*, 24, 1705–1706.

- Umeh, K. (2004). Cognitive appraisals, maladaptive coping, and past behaviour in protection motivation. *Psychology & Health, 19*(6), 719–735.
- Usó-Doménech, J. L. & Nescolarde-Selva, J. (2015). What are Belief Systems?. *Foundations of Science, 21*(1), 147-152.
- Valdez, J. L. & Guadarrama, G. R. (2008). Imagen corporal en bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud, 19*(1), 63-68.
- Van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutierrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C. & Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite, 66*, 20-25.
- Van Strien, T., Herman, C. & Verheijden, M. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite, 52*(2), 380-387.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. & López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria, 28*(1), 27-35.
- Van Wijhe, C., Peeters, M. & Schaufeli, W. (2013). Irrational beliefs at work and their implications for workaholism. *Journal of occupational rehabilitation, 23*(3), 336–346.
- Veale, D. & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. Wiley-Blackwell.
- Vecina, J. M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo, 27*(1), 9-17.
- Williamson, D. A., Netemeyer, R. G., Jackman, L. P., Anderson, D. A., Funsch, C. L. & Rabalais, J. Y. (1995). Structural equation modeling of risk factors for the development of eating disorder symptoms in female athletes. *The International journal of eating disorders, 17*(4), 387–393.
- Williamson, D. A., Womble, L. G., Zucker, N. L., Reas, D. L., White, M. A., Blouin, D. C., & Greenway, F. (2000). Body image assessment for obesity (BIA-O): development of a new procedure. *International journal of obesity and related metabolic disorders. Journal of the International Association for the Study of Obesity, 24*(10), 1326–1332.
- Žeželj, I. & Lazarević, L. B. (2019). Irrational Beliefs. *Europe's Journal of Psychology, 15*(1), 1-7.

11. Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado



Universidad Autónoma del Estado de México
Instituto de Estudios sobre la Universidad



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Estimado participante

Presente:

Por medio de la presente se hace una atenta invitación, para que participe en el proyecto de investigación que desarrolla el Instituto de Estudios sobre la Universidad, de la Universidad Autónoma del Estado de México. Cuyo responsable es la Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama y la Mtra. Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez.

El objetivo del proyecto es medir las conductas y creencias alimentarias que presentan los adultos, pues, se ha demostrado que la alimentación juega un papel determinante en el proceso salud-enfermedad. Además, la evidencia demuestra que las conductas alimentarias son un factor modificable para prevenir la obesidad y enfermedades crónico-degenerativas.

La investigación se realizará en personas de 18 a 59 años que residan en el Estado de México. La participación consiste en la contestación de: una ficha con datos sociodemográficos y cuatro cuestionarios (comportamiento alimentario, la actitud ante la obesidad, creencias sobre la alimentación y emociones sobre la alimentación). 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 quién participa.**

Los investigadores serán únicamente quienes 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.

Por lo que 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.

Nombre y firma del participante _____

Email: _____ **(Para futuro seguimiento del proyecto)**

Para cualquier duda o aclaración, puede ponerse en contacto al correo:
M.C.S. Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez monisz.b@gmail.com

Anexo 2. Cuadernillo de instrumentos

Universidad Autónoma del Estado de México
Instituto de Estudios sobre la Universidad

“CONDUCTAS Y CREENCIAS ALIMENTARIAS”

INSTRUCCIONES:

- Lea detenidamente cada uno de los reactivos y conteste lo que se le pide.
- Por favor conteste todos los ítems.
- En caso de tener dudas, puede comunicarse al correo electrónico anexo al final del cuadernillo.

I. Ficha de identificación.

1. Género	a) Masculino b) Femenino	5. Ocupación	a) Estudiante b) Empleado c) Ama(o) de casa d) Desempleado
2. Edad	_____ años	6. Peso	_____ kg
3. Lugar de residencia	_____	7. Estatura	_____ cms
4. Estado civil	a) Soltero b) Casado c) Otro	8. Escolaridad	_____

II. Datos sociodemográficos. AMAI, 2018.

1. Pensando en el jefe de hogar, ¿Cuál es el último grado de estudios que aprobó en la escuela? <i>* Mencionar si es completa o incompleta</i> _____	4. ¿Su hogar cuenta con internet? a) No tiene b) Si tiene
2. En su vivienda, ¿Cuántas habitaciones se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños? a) Ninguna b) 1 habitación c) 2 habitaciones d) 3 habitaciones e) 4 ó más habitaciones	5. De todas las personas de 14 años o más, que viven en su hogar (incluyéndose usted), ¿Cuántos trabajaron en el último año? a) Ninguna b) 1 persona c) 2 personas d) 3 personas

	e) 4 ó más personas
3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar? a) Ninguno b) 1 automóvil ó camioneta c) 2 ó más automóviles y/o camionetas	6. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. hay en su vivienda? a) Ninguno b) 1 baño b) 2 ó más baños

III. Historia de salud

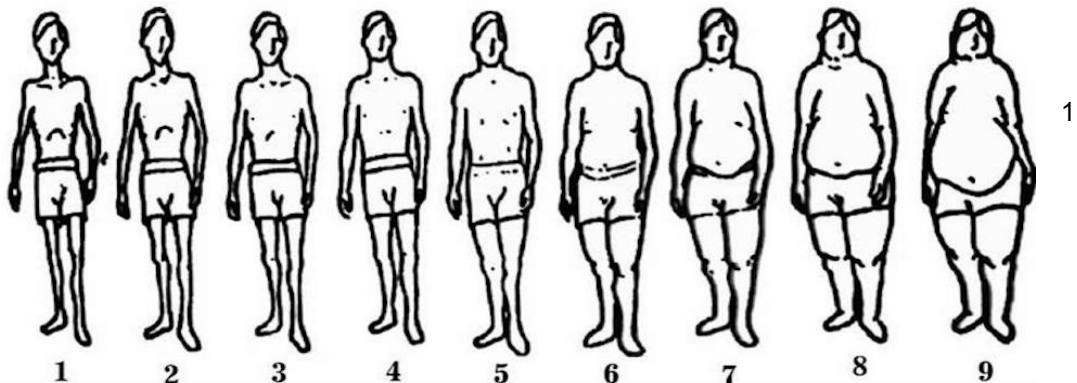
Instrucciones: subraye la o las enfermedades que padece

1. ¿Padece alguna de estas enfermedades?

a) Diabetes mellitus	b) Hipertensión arterial	c) Sobrepeso
d) Cáncer	e) Dislipidemias	f) Osteoartritis
g) Obesidad	h) Gastritis	i) Colitis
j) Úlcera	k) Alergias	l) Anemia
m) Dolor de espalda crónico	n) Dolor de cabeza crónico	o) Catarro crónico
p) Enfermedades cardíacas	q) Enfermedades bucales	r) Ninguna

IV. Escala de siluetas de Sørensen y Stunkard, 1993.

Instrucciones: observe detenidamente las siluetas presentadas a continuación y conteste lo que se pide



¿Cómo considera su cuerpo, en este momento?

(Elija el número de silueta que más se acerque a su respuesta) _____

2. ¿Cómo le gustaría que fuera su cuerpo, en este momento?

(Elija el número de silueta que más se acerque a su respuesta) _____

3. En una escala del 1 al 10 ¿Qué tan satisfecho está con su cuerpo?

(Circule la opción que más se acerque a su respuesta)

Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

V. Cuestionario de comportamiento alimentario. Márquez-Sandoval, et al., 2014.

Instrucciones: *Subraye la respuesta que más se acerque a su actuar.*

1. ¿Qué factor consideras más importante al elegir un alimento para su consumo?

- a) Su sabor b) Su precio c) Que sea agradable a la vista d) Su caducidad e) Su contenido nutricional

2. Me es difícil leer las etiquetas nutrimentales:

- a) Por falta de tiempo b) Porque no me interesa c) Porque no las entiendo d) Por pereza e) Sí las leo y las entiendo

3. Si evitas algún alimento, ¿Por qué motivo lo haces?

- a) Porque no me gusta b) Por cuidarme c) Porque me hace sentir mal d) No suelo evitar ningún alimento

4. ¿Cuál es la preparación más habitual de tus alimentos?

- a) Fritos (Incluye empanizados y capeados) b) Al vapor o hervidos c) Asados o a la plancha d) Horneados e) Guisados o salteados

5. ¿Quién prepara tus alimentos con mayor frecuencia durante la semana?

- a) Yo b) Mi mamá c) Los compro ya preparados d) Otro: _____

6. ¿Qué haces normalmente cuando te sientes satisfecho?

- a) Dejo de comer sin problema b) Dejo de comer pero me cuesta hacerlo c) Sigo comiendo sin problema d) Sigo comiendo pero me siento mal de hacerlo

7. ¿Qué haces con la grasa visible de la carne?

- a) La quito toda b) Quito la mayoría c) Quito un poco d) No quito nada

8. Habitualmente mastico cada bocado más de 25 veces:

- a) Totalmente en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Totalmente de acuerdo

por los alimentos

	Grupo de alimento	a) Me agrada mucho	b) Me agrada	c) Me desagrada	d) Me desagrada mucho
11.	Frutas				
12.	Verduras				
13.	Carnes y pollo				

14.	Pescados y mariscos				
15.	Lácteos				
16.	Pan, tortillas, papa, pasta				
17.	Frijoles, garbanzos, lentejas				
18.	Alimentos dulces				
19.	Huevo				
20.	Almendras, nueces, pistaches, semillas, etc.				
21.	Bebidas alcohólicas				
22.	Alimentos empaquetados				

23. ¿Qué sueles beber en mayor cantidad durante el día?

- a) Agua fresca b) Agua natural c) Refresco, jugos industrializados d) Leche e) Otro: _____

24. ¿Qué sueles ingerir habitualmente entre comidas?

- a) Dulces b) Fruta o verdura c) Galletas o pan dulce (bollería) d) Yogurt
e) Papitas, churritos, frituras, etc f) Cacahuates u otras semillas g) Nada

Instrucciones: Marque con una X la opción que más se acerque a su respuesta

25. ¿Qué incluyes habitualmente en tu tiempo de comida principal durante el día?

Alimento		Sí	No	Alimento		Sí	No
a)	Botana (aperitivo)			g)	Tortilla, bolillo, tostada		
b)	Sopa, caldo u otra entrada			h)	Postre		
c)	Plato fuerte (guisado)			i)	Fruta		
d)	Carne, pescado, pollo, mariscos			j)	Agua natural (sin sabor)		
e)	Arroz, pastas o frijoles			k)	Bebida endulzada		
f)	Verduras o ensaladas			l)	Bebida sin endulzar		

26. ¿Con que frecuencia comes alimentos fuera de casa?

- a) Todos los días b) 5 a 6 veces a la semana c) 3 a 4 veces a la semana d) 1 a 2 veces a la semana
e) Una vez cada 15 días f) Una vez al mes g) Menos de una vez al mes

27. ¿Con qué frecuencia crees que comes alimentos en exceso?

- a) Todos los días b) 5 a 6 veces a la semana c) 3 a 4 veces a la semana d) 1 a 2 veces a la semana
e) Una vez cada 15 días f) Una vez al mes g) Menos de una vez al mes

28. ¿Qué haces o estarías dispuesto a hacer para cuidar tu cuerpo?

- a) Cuidar mi alimentación b) Seguir un régimen dietético c) Hacer ejercicio temporal
 d) Cuidar mi alimentación y hacer ejercicio e) Tomar suplementos dietéticos o productos herbolarios f) Nada

29. ¿Qué consideras que le hace falta para mejorar su alimentación?

- a) Más información b) Apoyo social c) Dinero d) Compromiso o motivación personal
 e) Tiempo f) Nada, creo que mi alimentación es saludable g) No me interesa mejorar mi alimentación

30. Consideras que su dieta es:

- a) Diferente cada día b) Diferente solo algunas veces durante la semana c) Diferente solo durante los fines de semana d) Muy monótona

31. ¿Crees que es capaz de utilizar un consejo de nutrición para mejorar tu estado de salud?

- a) Totalmente en desacuerdo b) En desacuerdo c) De acuerdo d) Totalmente de acuerdo

VI. Cuestionario de emociones y creencias acerca de la alimentación y el peso. Silva y González Alcántara, 2019.

Instrucciones: Marque con una X la opción que más se acerque a su respuesta

ítem		Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
1.	Pienso que todos los alimentos engordan				
2.	Pienso que, haga lo que haga, engordo				
3.	Pienso que aunque como poco, subo de peso				
4.	Pienso que aunque como poco, engordo				
5.	Pienso que tiendo a ganar peso con mayor facilidad que otros				
6.	Aunque coma saludablemente, gano peso				
7.	Comer es un placer				
8.	Comer me hace feliz				
9.	Disfruto comer				

10.	Las horas de la comida son momentos agradables				
11.	Comer me hace sentir tranquilo(a)				
12.	Pienso que engordar es lo peor que me podría pasar				
13.	Pienso que el peso de las personas es importante				
14.	Cuando como de más me siento culpable				
15.	Me fijo en el peso de las personas				
16.	Creo que debería hacer una dieta				

VII. Cuestionario de creencias sobre los alimentos. Domínguez Ibáñez, et al., 2018.

Instrucciones: Marque con una X la opción que más se acerque a su respuesta

	ítem	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.	Mi mayor placer en la vida es comer				
2.	Comer es una forma de superar el aburrimiento				
3.	La comida es una buena forma de salir de la depresión				
4.	Las reuniones sociales no son tan divertidas sin comida				
5.	Una buena forma de reducir el estrés es comer				
6.	La clave de una dieta sana es lograr un equilibrio sobre lo que se come				
7.	Si algo es <i>light</i> puedes comer todo lo que quieras				
8.	Uno(a) debería esforzarse por tomar cinco raciones al día de frutas y verduras				
9.	Comer sano puede reducir el riesgo de algunas enfermedades como el cáncer, la diabetes o las enfermedades coronarias				
10.	No ganarás peso por nada que comas antes de las 8 de la noche				

11.	Si el sobrepeso es genético ¿por qué preocuparme por el peso?				
12.	Se puede beber todo lo que se quiera sin ganar peso				
13.	Como el alcohol no tiene grasa, no te hace ganar peso				
14.	Lo que alguien come, realmente no tiene efecto en la salud				
15.	Uno(a) debería esforzarse por hacer tres comidas saludables al día				
16.	Creo en el plato del bien comer como guía para comer de forma saludable				
17.	Si se hace ejercicio no importa lo que se coma				

VII. Cuestionario sobre la actitud a la obesidad. Gómez C, et al., 2015.

Instrucciones: Marque con una X la opción que más se acerque a su respuesta

ítem		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.	Me agrada salir a reuniones sociales con mis amigos				
2.	Cuando tengo tiempo libre, prefiero mirar televisión en casa				
3.	Cuando estoy en casa no me gusta ayudar en los quehaceres del hogar (limpiar, barrer, planchar, etc.)				
4.	Cuando estoy en la escuela/trabajo me gusta sentarme para conversar con mis amigos				
5.	¿Te sentirías preocupado en el caso de que subas de peso repentinamente?				
6.	¿Alguna vez te has sentido intranquilo por tu abdomen (panza)?				
7.	Me preocupa mucho el hecho de no poder mantener mi peso ideal				

8.	¿Actualmente consideras que estás subiendo de peso?				
9.	A menudo trato de no ingerir alimentos que me engorden				
10.	Me preocupo mucho cuando ingiero alimentos ricos en grasas				
11.	Considero que tengo mucha voluntad para hacer ejercicios físicos				
12.	En general, considero que tengo autocontrol cuando ingiero mis alimentos				
13.	Pienso que soy capaz de mantener un estilo de vida saludable				
14.	Considero que los ejercicios físicos son importantes para mantener mi peso corporal				

VIII. Cuestionario relacionado a la pandemia

1. Durante la pandemia, usted...

- a) He aumentado de peso b) He mantenido mi peso c) He disminuido mi peso

2. Mencione tres aspectos que ha aprendido o mejorando en su vida durante la pandemia:

Por su colaboración, ¡MUCHAS GRACIAS!

Para cualquier duda o aclaración, puede ponerse en contacto al correo:
M.C.S. Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez monisz.b@gmail.com