REVISTA PSICOLOGÍA
DE LA SALUD

Vol. 14. Núm. 1 2026. Artículo 1
DOI: https://doi.org/10.21134/pssa.v14i1.1

DETECCIÓN DE MORFOLOGÍAS DE CONDUCTA EN LA REGULACIÓN DEL PESO: ESTUDIO EXPLORATORIO

Norma Y. Rodríguez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México

Ma. L. Rodríguez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México

Jorge G. Martínez
Programa Universitario de Estudios sobre Educación Superior de la Universidad Nacional Autónoma de México

Antonio Rosales A.
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Se presenta estudio con el objetivo de identificar Morfologías de Conducta practicadas con éxito para la regulación de peso corporal. **Marco teórico**. Planteado desde una aproximación interconductual y a partir de las categorías del Análisis Contingencial, como metodología de investigación y cambio de comportamiento. **Método**. Con base en un estudio transversal, un instrumento de 32 reactivos fue aplicado a 196 adultos mexicanos (160 mujeres y 36 hombres), aceptados según muestreo no probabilístico de respuesta voluntaria. **Resultados**. A partir de las respuestas, la identificación de categorías se definió con un análisis factorial exploratorio que resumió 31 reactivos distribuidos en seis dimensiones. **Conclusiones**. Caracterizar las Morfologías de Conducta de personas que consiguieron regular su peso corporal practicándolas como un estilo de vida preventivo o correctivo, representa una aproximación al estudio del sobrepeso y la obesidad, problema de salud pública en México, asociado a comorbilidad y mortalidad.

Palabras clave: regulación del peso, Análisis Contingencial, Morfologías de Conducta

Abstract

A study is presented with the purpose of identifying successful Behavior Morphologies to regulate body weight. **Theoretical Framework**. This was developed from an interbehavioral approach and from the categories of Contingential Analysis as a research and change of behavior methodology. **Method**. Based on a cross-sectional study, an instrument with 32 items was applied to 196 Mexican adults (160 women and 36 men) accepted according to non-probabilistic sampling of voluntary response. **Results**. From the answers the identification of categories was defined with an exploratory factor analysis that summarized 31 items in six dimensions. **Conclusions**. The characterization of behavior morphologies of people that could regulate their body weight practicing them as a preventive or correcting lifestyle represents an approach to the study of overweight and obesity, a major public health issue in Mexico, associated with comorbidity and mortality.

Key words: weight regulation, Contingential Analysis, Behavioral Morphologies

Introducción

Hace décadas que la obesidad y el sobrepeso han representado un problema de salud pública a nivel internacional. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), la obesidad es el resultado de un desbalance entre el consumo de alimento y el gasto energético, es decir, hábitos de alimentación y actividad física. El diagnóstico se complementa con el Índice de Masa Corporal (IMC), estimación a partir del peso y la estatura, para distinguir desde sobrepeso (IMC igual o superior a 25 kg/m^2) hasta obesidad (IMC igual o superior a 30 kg/m^2). A la fecha, la incidencia de obesidad y sobrepeso persiste a juzgar por los datos publicados por Phelvs, et al. (2024); el caso de México es alarmante, al ocupar el quinto lugar en prevalencia de obesidad entre los países de la región de América de acuerdo con Campos-Nonato et al. (2023), lo que da una idea de la cantidad de grupos etarios y socioculturales que necesitan atención para regular su peso.

Exceso de peso y su incremento gradual hasta obesidad mórbida, evoluciona como una enfermedad crónica relacionada con una serie de factores que obligan a un abordaje interdisciplinario donde cada disciplina aporta conocimiento, así como una dimensión de estudio particular.

La psicología ha incursionado desde diferentes perspectivas teóricas y ámbitos de aplicación puesto que tanto aprendizaje como estilo de vida y contexto, juegan un papel importante para adherirse a una dieta sana e iniciar un plan de actividad física; criterios relacionados con el objeto de estudio de la psicología que de acuerdo con Ribes y López (1985, p. 81) es “La interacción del organismo total con su medio ambiente físico, biológico y/o social”. Postura que es aplicable en el ámbito de la salud en relación con la alimentación puesto que atañe a la selección, cantidad, calidad, frecuencia y/o proceso de transformación de insumos hasta convertirlos en el alimento a consumir; así como a la actividad física que se practica y la relación con elementos o personas del contexto.

Delimitado un marco teórico, es necesario generar tecnología científica congruente que permita vincular el modo de producción de conocimiento de la ciencia con la estrategia metodológica de adquisición y/o desarrollo de comportamiento proclive a la promoción de la salud. En tanto, es menester contar con un modelo que conecte lógicamente con el campo aplicado, como el Modelo Psicológico de la Salud (Ribes, 1990), que representa una interfaz entre la teoría y el desarrollo de tecnología de transformación, al precisar la dimensión psicológica en la salud; pero, específicamente, la dimensión psicológica en la regulación del peso (Rosales, et al., 2021) que es el caso que nos ocupa. A partir del Modelo Psicológico de la Salud, es posible explicar la transición de IMC desde normal hasta obesidad, en función de dos etapas: el proceso y los resultados. El primero explica el incremento paulatino desde IMC normal hasta obesidad mórbida, considerando un proceso psicológico que hace contacto con otras dimensiones como la biológica y la social; mientras que el segundo da cuenta de componentes que devienen como resultado, entre los que se puede ubicar a la obesidad así como a las diferentes morbilidades asociadas que llegan a suscitar un riesgo extremo e incluso la muerte, pero justificadas a partir de una serie de conductas que fueron adquiridas progresivamente durante la primera etapa.

En este punto de aproximación psicológica a la regulación del peso desde la perspectiva descrita, es indispensable una herramienta derivada del mismo marco teórico, para analizar y transformar casos particulares en el campo aplicado. El Análisis Contingencial (Rodríguez, 2002) que por un lado es un sistema, pero además es una metodología de cambio, constituye el recurso ideal para analizar y proponer estrategias prácticas hacia la recuperación del balance entre consumo de alimento y gasto energético. Explicarlo rebasa los objetivos de este trabajo, pero la obra original de Rodríguez (2023) ofrece una exposición detallada.

En el estudio que se reporta, la atención se concentra exclusivamente en el Sistema Microcontingencial, es decir, en la relación dinámica entre una persona y su entorno. Este sistema permite identificar cómo las interacciones específicas afectan el comportamiento vinculado con el peso y la salud desde una perspectiva integral. Las categorías del Sistema Microcontingencial de acuerdo con Rodríguez (2023) son:

Morfologías de Conducta. Se refiere a las formas específicas en que una persona responde al interactuar con otras personas, con objetos, con circunstancias o con acontecimientos. En cuanto a la regulación del peso alude a hábitos alimenticios, patrones de consumo, horarios y elecciones

alimentarias; así como nivel de actividad física desde actividad cotidiana hasta ejercicio planificado.

Situaciones. Se estudian los factores disposicionales del ambiente y de la propia persona que influyen en el comportamiento tal como la circunstancia social (eventos familiares o laborales), objetos (publicidad de comida saludable o alimentos a la vista), inclinaciones (gusto por algún tipo de sabor o de alimento), propensiones (cansancio, estrés, aburrimiento) y tendencias (hábitos de alimentación) que influyen en el comportamiento alimentario. **Conducta de Otros**. Analiza cómo las personas significativas (familiares, amigos o compañeros) influyen positiva o negativamente en el comportamiento del individuo, ya sea motivándolo a seguir hábitos saludables o generando presión para optar por acciones de riesgo. **Efectos**. Evalúa las consecuencias inmediatas y a largo plazo de las acciones del individuo en relación con el control del peso, tales como beneficios físicos, emocionales y sociales de adoptar hábitos saludables.

Este sistema ofrece un marco para analizar cómo cada uno interactúa con personas, objetos y eventos cotidianos y cómo estas dinámicas influyen en su comportamiento. Para el objetivo de este estudio, interesan las Morfologías de Conducta emitidas para regular el peso, que desde nuestra postura serán: las formas en las que cada uno responde al interactuar con el alimento y con la actividad física, así como la circunstancia alrededor de ambas. Tienen una oportunidad de ocurrencia diaria y frecuencia variable, dependiendo de la historia de relación con el alimento, actividad física que se practica y contexto sociocultural en el que sucede la interacción.

En congruencia con el objetivo planteado, compete estudiarlas en personas que, teniendo exceso de peso en diferentes niveles, han logrado regularlo a partir de comportamientos pertinentes; tarea sin duda difícil, porque se trata de repertorio que se desarrolló a lo largo de la historia individual, en interacción compleja con un ambiente obesogénico, en circunstancias amplias y variadas.

A pesar de la complejidad que involucra, también ha sido el interés de otros investigadores que eligieron métodos varios para estudiar constructos semejantes. Desde la entrevista a profundidad (Cabello & Ávila, 2009) o registros (Paixão et al., 2020), hasta la ejecución de una tarea (Reymundo-García et al., 2020).

Otra opción es el diseño de instrumentos para evaluar comportamientos emitidos para disminuir el IMC. Pinto et al. (2013), reportó el desarrollo de la *Weight Control Strategies Scale* (WCSS por sus siglas en ingles), para evaluar conductas que facilitan la pérdida de peso en adultos. La versión final se definió en 30 reactivos y cuatro componentes: Selecciones dietéticas, Estrategias de automonitoreo, Actividad física y Afrontamiento psicológico. Concluyeron que es un instrumento para evaluar estrategias usadas para facilitar la pérdida de peso. Además de comportamiento alimentario y actividad física, el instrumento involucró dos componentes (autoevaluación y planeación) de carácter particularmente psicológico.

El trabajo de Papini, et al. (2022) se concentró en comportamiento alimentario, examinando el *Three-factor eating questionnaire* (TFEQ, por sus sigmas en inglés), desarrollado por Stunkard y Messick (1985). El instrumento analiza prácticas de alimentación mediante 51 reactivos divididos en tres componentes: Dieta restrictiva, Dieta libre de restricciones y Hambre percibida. Los autores concluyeron que Dieta restrictiva fue el *único* asociado con significancia clínica en la pérdida de peso, pero también advirtieron el riesgo de la Dieta restrictiva, hacia desarrollar desórdenes de la alimentación.

Un instrumento más, relacionado con alimentación y conductas que utilizan los adolescentes para asegurarse de comer saludablemente es el trabajo de De Vet et al. (2014), con el *Tempest Self-regulation Questionnaire for Eating*, (TESQ-E por sus siglas en inglés); la versión final integró 27 reactivos divididos en seis estrategias de autorregulación: Autocontrol, Demora de la gratificación, Autorregulación a corto y a largo plazo, Motivación para comer saludablemente y Autonomía. Los autores concluyeron que representa un recurso viable para evaluar una alimentación saludable. Diotaiuti et al. (2022) formularon la versión italiana para adultos jóvenes, confirmando los componentes y las características psicométricas del instrumento, en su intención de medir estrategias de alimentación sana.

Otro ejemplo es el trabajo de Kliemann et al. (2016), con el *Self-regulation of Eating Behavior Questionnaire* (SREBQ, por sus siglas en inglés), el cuestionario comenzó con 102 reactivos y concluyó en cinco reactivos en un solo componente; los autores señalan expresamente la propiedad del instrumento para evaluar el mantenimiento de la disminución de peso. Característica que Guzek et al. (2022), consideraron al aplicarlo con el propósito de analizar la autorregulación de la conducta de comer en adolescentes, durante el confinamiento por COVID-19; los autores concluyeron que la autorregulación de la conducta de comer fue efectivamente medida con el SREBQ.

Los estudios mencionados, evidencian intereses afines con Morfologías de Conducta dirigidas la regulación del peso, pero en países de primer mundo, *ámbito* diferente del mexicano, aunque con el mismo apremio de prevenir la obesidad. En tanto, proponemos el Análisis Contingencial, sistema y metodología de cambio hacia la identificación de Morfologías de Conducta practicadas con éxito en la regulación del peso corporal, a partir de un modelo de campo que recobra elementos contextuales participantes en el control del peso, desde la experiencia de personas que intentaron bajar de peso y lo lograron.

Método

Participantes

Se trabajó con adultos mexicanos, 160 mujeres y 36 hombres, con un rango de edad de 19-68 (M = 33 años, SD = 12), reunidos a partir de un muestreo no probabilístico de respuesta voluntaria (Murairwa, 2015); a partir de invitación en redes sociales, admitieron responder en línea después de aceptar consentimiento informado avalado por el Comité de Bioética de la institución responsable. El criterio de inclusión fue presentar o haber presentado sobrepeso u obesidad y haber realizado acciones para disminuirlo, lo hubiesen conseguido o no; además de que la disminución de peso fuese resultado de un proceso diferente de cirugía, medicación o enfermedad.

Medidas

Los instrumentos utilizados fueron diseñados para el estudio: cédula de datos generales para identificación de los participantes, formato de consentimiento informado y cuestionario integrado por 32 reactivos, todos alusivos a Morfologías de Conducta (Rodríguez 2002). Los tres documentos se adaptaron a versión en línea con Google Forms bajo el título Morfologías de Conducta para Regular el Peso Corporal (MCRPC).

Diseño de la Investigación

El estudio se realizó con base en un diseño no experimental, transversal y descriptivo.

Procedimiento

Desarrollo del MCRPC. La cédula de datos generales se integró con reactivos diseñados para obtener datos demográficos de los participantes, además de confirmar haber cumplido con los criterios de aceptación y proporcionado la información necesaria para el análisis. El formato de consentimiento informado se diseñó y editó hasta que obtuvo el visto bueno del Comité de Bioética de la institución de adscripción del equipo de investigación.

Los 32 reactivos del cuestionario con cinco alternativas de respuesta en escala Likert (desde “nunca” hasta “muy frecuentemente”), así como calificación máxima de 130 y mínima de 32, se diseñaron, redactaron y editaron a partir de un estudio previo (Rodríguez et al., 2021); también con perspectiva de campo derivada del Modelo Psicológico de la Salud (Ribes 1990) y de acuerdo con elementos que se plasmaron en el Análisis Contingencial (Rodríguez 2002; Rodríguez 2023). En el desarrollo del MCRPC participaron cinco psicólogos clínicos, así como seis expertos en metodología de la investigación y psicología aplicada a la salud. Una vez que fue aprobado, se instaló en la Plataforma Google Forms y se habilitó en línea para recibir y registrar las respuestas de los participantes en la hoja de cálculo de Excel vinculada.

Difusión del instrumento. Se propagó una invitación publicada en redes sociales con un código QR integrado, que direccionaba a los interesados al consentimiento informado, el cual contaba con un botón de aceptación al final del texto que una vez seleccionado, daba acceso a la cédula de datos generales y, por último, a los reactivos alusivos al MCRPC. Completar cada sección era criterio necesario para ingresar a la siguiente.

Acopio de respuestas. El registro de las respuestas de los participantes fue automático en una hoja Excel asociada con la plataforma Google Forms, que se revisaba diariamente para verificar el número de respuestas recibidas.

Análisis de datos. Se inició una vez concluida la etapa de acopio, con los datos concentrados en el archivo Excel descargado de Google Forms y exportado al Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) versión 20.

Resultados

La Tabla 1 resume los datos demográficos de los participantes, nótese que el grupo de estudio se integró principalmente con adultos solteros,

Tabla 1. *Datos Generales de Participantes*

	N	%
Sexo		
Mujeres	160	81.6
Hombres	36	18.4
Edad		
≤33	125	63.8
≥34	71	36.2
Estado civil		
Soltero	110	56.1
Casado	40	20.4
En pareja	38	19.4
Otra	8	4.1
Ocupación		
Estudiante	57	29.1
Oficio	5	2.6
Comerciante	3	1.5
Profesionista	85	43.4
Hogar	11	5.6
Desempleado	18	9.2
Jubilado	6	3.1
Otra	11	5.6
Escolaridad		
Ninguna	0	0
Primaria	0	0
Secundaria	2	2
Preparatoria	25	12.8
Técnico	10	5.1
Licenciatura	133	67.9
Posgrado	26	13.3

Nota. Características demográficas de los participantes en el estudio (N = 196).

jóvenes, escolaridad a partir de preparatoria y mujeres en su mayoría. Uno de los primeros datos a subrayar es la representación de género sobrecargada hacia la participación de mujeres (81.6%) que, si bien significa un sesgo de auto selección, también manifiesta hacia quiénes se decanta el interés por el control de peso, entre las personas que aceptaron voluntariamente participar en este estudio exploratorio.

Además de la información de identificación, en la cédula de datos generales se incluyeron cuatro preguntas que requerían de respuesta numérica y eran fundamentales para el cumplimiento de los objetivos: ¿Cuál es su peso actual (kg)?, ¿Cuál fue su peso máximo en los últimos cinco años (kg)?, ¿Cuál es su estatura actual (m)? y ¿Cuántas veces ha intentado bajar de peso? Con las tres primeras se calculó IMC y la cuarta, permitió validar el criterio de aceptación en el estudio. Todos los participantes que proporcionaron sus datos también respondieron los 32 reactivos del MCRPC; sin embargo, en relación con las preguntas asociadas al peso máximo y peso actual, hubo 26 casos perdidos ya sea porque se omitió una de las dos, o ambas respuestas. Esta discrepancia es la razón de que el cálculo de diferencias entre IMC Máximo e IMC Logrado, arrojara un total de 170 casos, como se observa en la Tabla 2, donde también se resumen los datos respecto de su distribución a la baja desde el IMC Máximo que reportaron haber alcanzado, hasta el IMC Logrado al momento de contestar el MCRPC: Sobrepeso (61 – 37), Obesidad I (42 – 20), Obesidad II (19 – 13) y Obesidad III (17 – 10); lo que representa éxito respecto de las Morfologías de Conducta que los participantes practicaron con la intención de regular su peso.

Excepción hecha de dos casos que originalmente eran parte de 31 con IMC Normal, pero reportaron un incremento en el IMC Logrado. Al respecto, hay que considerar que el rango de IMC Normal va desde 20 kg/m² hasta 25 kg/m², esto quiere decir que la norma no

Tabla 2. *Categorías de Índice de Masa Corporal tanto Máximo como Logrado*

		IMC Logrado					
		Normal	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Obesidad III	Total *IMC* Máximo
IMC Máximo	Normal						
	Casos	29	2	0	0	0	31
	Sobrepeso						
	Casos	24	37	0	0	0	61
	Obesidad I						
	Casos	1	21	20	0	0	42
	Obesidad II						
	Casos	0	2	4	13	0	19
	Obesidad III						
	Casos	0	0	3	4	10	17
Total *IMC* Logrado	Casos	54	62	27	17	10	170

Nota. En la Tabla se muestra el *Índice de Masa Corporal (IMC)* calculado con base en dos reactivos del MCRPC. IMC Máximo refiere el peso mayor que los participantes reportaron haber alcanzado en el pasado e IMC Logrado representa el peso que tenían al momento de responder el MCRPC.

Tabla 3. *Estructura Factorial y Cargas de Reactivos*

Reactivos del MCRPC	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Componente 1: Alimentación						
M23 - Se aseguró de que prepararan sus alimentos saludablemente	**.824**	.193	.103	-.004	-.027	.125
M22 - Cambió su consumo de alimentos no saludables por saludables	**.821**	.279	.073	.030	.130	.009
M20 - Compró alimentos saludables	**.806**	.135	.190	.075	.198	-.024
M21 - Cocinó con menos aceite	**.805**	.111	.101	.029	.213	.071
M30 - Comió en horarios fijos	**.589**	.474	.027	.018	-.134	.091
M26 - Aumentó la cantidad de agua que bebía	**.539**	.469	-.002	.106	.252	-.026
M04 - Consultó a un nutriólogo	**.493**	-.064	.253	.113	-.158	.365
M29 - Se pesó con regularidad	**.435**	.227	.011	.048	.217	.243
M24 - Disminuyó las porciones que acostumbraba comer	**.425**	.359	-.158	-.215	.401	.145
Componente 2: Planeación						
M31 - Cambió sus horarios para tener tiempo de hacer ejercicio	.212	**.777**	.215	-.050	-.110	.063
M27 - Realizó ejercicio	.329	**.698**	.160	-.051	.000	-.217
M32 - Durmió un mínimo de 7 horas diariamente	.138	**.589**	.008	-.053	-.027	-.068
M28 - Hizo cambios en su ambiente	.145	**.561**	.101	-.144	.145	.375
M10 - Consultó a un entrenador físico	.151	**.418**	.380	.134	-.051	-.064
Componente 3: Información						
M14 - Leyó revistas del tema	.080	.056	**.763**	.084	.020	.133
M12 - Vio vídeos sobre nutrición	.064	.197	**.674**	.123	.365	.035
M15 - Leyó un libro sobre el tema	.162	.037	**.673**	.140	.050	.162
M11 - Se informó por cualquier fuente de internet		.177	**.526**	-.087	.502	.065
M13 - Vio vídeos sobre ejercicio	.217	.245	**.519**	.031	.293	-.301
Componente 4: Medicina alternativa						
M6 - Consultó a un médico naturista	.057	-.019	.075	**.834**	.085	.033
M7 - Consultó a un médico homeópata	.016	-.039	.025	**.691**	.155	.218
M5 - Consultó a un acupunturista	.113	-.063	.035	**.668**	.033	.273
M9 - Participó en un programa de productos para bajar de peso	.073	-.066	.100	**.658**	-.015	.061
Componente 5: Socialización						
M16 - Pidió ayuda a conocidos o familiares	.168	-.049	.240	.054	**.714**	-.068
M17 - Siguió consejos de familiares y amigos	.138	-.026	.233	-.022	**.677**	-.114
M25 - Se saltó comidas	.124	-.166	-.080	.152	**.581**	.068
M19 - Utilizó remedios naturales/caseros para bajar de peso	-.025	.181	.036	.221	**.534**	.435
Componente 6: Medicina convencional						
M18 - Tomó medicamentos prescritos para bajar de peso	.029	.052	-.065	.328	.222	.653
M3 - Consultó a un médico bariatra	.065	-.020	-.115	.294	.068	**.569**
M1 - Consultó a un médico general	.251	-.077	.267	.077	-.087	**.543**
M2 - Consultó a un médico endocrinólogo	.083	-.042	.194	.145	-.131	**.480**

Nota. La tabla muestra cargas factoriales de reactivos para los seis factores extraídos con método de componentes principales, rotación Varimax con medida KMO.

es una condición estática ni refiere un dato único, lo que evidencia la necesidad de elaborar

estrategias de atención para quienes están en el rango de peso normal y quieren mantenerlo.

La invitación estaba dirigida a personas que habían intentado regular su peso, por lo tanto, cabía la posibilidad de que respondieran personas desde IMC Normal hasta Obesidad III; se observa que participaron 31 personas con categoría de IMC Normal, evidentemente interesadas en el tema del estudio. Asimismo, la cantidad más alta, con 61 participantes, se encuentra en la categoría de IMC Sobrepeso.

En cuanto a los participantes con Obesidad III que corresponde a la categoría mayor de IMC, hay 17 casos que se ubicaron en la categoría de IMC Máximo; pero en la medición de IMC Logrado, 10 de ellos se mantuvieron en la misma categoría de Obesidad III, cuatro bajaron a Obesidad II y tres disminuyeron hasta Obesidad I.

Los 32 reactivos que integraron la primera versión del MCRPC, si bien hacen alusión a las Morfologías de Conducta para regular el peso, requerían de una taxonomía que identificara la variedad de circunstancias en las que se presentan. Para sondearlas, se utilizó análisis factorial exploratorio, con el que se indagó la estructura factorial del constructo Morfologías de Conducta sometiendo las respuestas de los participantes a un análisis de Componentes Principales con rotación Varimax. Con base en el análisis visual de los reactivos en la matriz de correlaciones y la estimación de su significación con la medida de las adecuaciones del muestreo KMO = 0.805, así como prueba de esfericidad de Bartlett $X^2 = 2576.462$, que con 465 grados de libertad resultó significativo $p = 0.000$; el análisis factorial exploratorio, concluyó en seis componentes de valores mayores de uno que explicaron el 56.107% del total de la varianza.

En la Tabla 3 se presentan las cargas factoriales obtenidas por los 31 reactivos conservados bajo el criterio de valor mayor o igual que 0.40, así como su distribución para cada uno de los seis componentes. Obsérvese que el reactivo -M8 Consultó a un yerbero- se omitió debido a que obtuvo valores menores de 0.40 en todos los factores.

Los reactivos del primer componente se refieren a la práctica de hábitos alimenticios saludables por lo que se le denominó Alimentación (C1Alimentación); con respecto al segundo componente hay información de acciones dirigidas a cambios de ambiente, horarios o rutinas y se le llamó Planeación (C2Planeación); en relación con el tercer componente se observan acciones hacia consulta de información nutricional o ejercitación en medios impresos o virtuales por lo que se le denominó Información (C3Información); el cuarto componente refiere asesoría con representantes de Medicina Alternativa para bajar de peso, por lo que se le llamó Medicina alternativa (C4Medicina alternativa); respecto del quinto componente, las acciones apuntan a solicitud de apoyo de terceros para bajar de peso por lo que se le designó Socialización (C5Socialización); por último, el sexto componente alude a consulta con médicos de especialidad para bajar de peso y por tal motivo se le nombró Medicina convencional (C6Medicina convencional).

De acuerdo con las respuestas del grupo estudiado, el componente que tiene un mayor porcentaje de explicación de la varianza total (22.449%) es C1Alimentación, mientras que el C2Planeación obtiene el siguiente nivel de varianza total (11.220%) y C3Información el tercer lugar (7.901%); de ahí en adelante, los otros tres componentes se distribuyen desde C4Medicina alternativa (6.016%) y C5 Socialización (4.481%), hasta C6Medicina convencional (4.039%). Con lo que se ha esbozado una categorización para las Morfologías de Conducta practicadas exitosamente en la regulación del peso, al ser las que llevaron a cabo los participantes que efectivamente lograron, en su mayoría, mantener o disminuir el IMC.

El desafío es mayor porque kilos de más en el cuerpo, no siempre representa un problema de salud para quien los tiene y en tanto, acudir al médico especialista, que debería ser la primera opción de tratamiento, no es la elección que han reportado los participantes a juzgar por las cargas factoriales del C6Medicina convencional que explicó solamente el 4.039% y fue el valor más bajo de la varianza explicada entre los seis componentes incluso después de C4Medicina alternativa (6.016 %) y C5Socialización (4.481 %), en ese orden.

Otro caso para destacar ocurre con el reactivo -M 26 Aumentó la cantidad de agua que bebía-, que a pesar de ser una Morfología de Conducta importante en la regulación del peso obtuvo una carga factorial que lo ubicó en sexto lugar del

C1Alimentación. Al respecto, hay que tomar en cuenta que es el único reactivo relacionado con bebidas, por lo tanto, no tenía otros con los cuales agruparse.

También se exploró la confiabilidad del instrumento, con el fin de sondear la estructura del MCRPC como fuente de validez de las suposiciones que se relacionen con los resultados (Carrillo-Avalos, et al., 2020). Para determinar la confiabilidad total y de cada uno de los seis componentes extraídos, se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach que para C1Alimentación, con nueve reactivos, alcanzó una confiabilidad $\alpha = 0.869$; C2Planeación, con cinco reactivos $\alpha = 0.722$; C3Información, con cinco reactivos $\alpha = 0.776$; C4Medicina alternativa con cuatro reactivos $\alpha = 0.748$; C5Socialización, con cuatro reactivos $\alpha = 0.654$; C6Medicina convencional, con cuatro reactivos $\alpha = 0.592$. Por último, el cálculo de confiabilidad del MCRPC, fue de $\alpha = 0.869$ con los 31 reactivos conservados.

Discusión

Tanto el análisis factorial exploratorio como el de confiabilidad han dado cuenta de la identificación de Morfologías de Conducta practicadas con éxito para la regulación de peso corporal, distribuidas en seis componentes. Sin embargo, hay materia de análisis que vale la pena recuperar.

Se confirmaron Morfologías de Conducta alusivas a las recomendaciones de la OMS (2025), para regular el peso corporal; pero también se identificaron otras que realmente se practican o que erróneamente se están omitiendo. Este último es el caso del C6Medicina convencional puesto que, de acuerdo con las respuestas de los participantes, acudir a médicos especialistas para bajar de peso es su última elección a pesar de que de ellos se esperaría mayor responsabilidad en el cuidado de la salud y prevención de la enfermedad, a juzgar por sus características de escolaridad, ocupación y acceso a la tecnología. Se trata de un dato que merece atención porque refiere un grupo que tuvo éxito en la regulación de su peso, aunque paradójicamente, haya dejado en último lugar la opción de consultar médicos especialistas, incluso médicos naturistas. Quizá las instituciones sanitarias de orden público deberían ampliar su rango de atención hacia espacios en los que hasta la fecha no han incursionado, pero en donde se encuentran las personas con verdadero interés por regular su peso.

Los motivos para atender la obesidad y el sobrepeso fuera del sector público de salud podrían relacionarse con tiempo de espera, percepción de calidad, así como costo y disponibilidad de medicamentos; otra razón podría ser de carácter mercadotécnico por la proliferación de alternativas accesibles y aparentemente efectivas difundidas por los medios; o simplemente por ubicar el control del peso en un ámbito estrictamente estético. Cualquiera que sea la razón, el reto es promover iniciativas para que el control del peso esté bajo supervisión de un médico como primera opción y posteriormente asistido de otros profesionales, técnicos o paraprofesionales.

Es de reiterar que el tipo de muestreo generó que la moda de participantes se compusiera de mujeres, lo que manifiesta un sesgo y una limitación en la representatividad de los resultados, pero también una aproximación válida que sugiere que la población femenina está más interesada controlar el peso. Dato que coincide con evidencia empírica (Butler et al., 2002; Klieman et al., 2016; Rodríguez-Rodríguez et al., 2009) que ha reportado mayor participación femenina en iniciativas relacionados con regulación del peso; aparentemente las mujeres están más interesadas quizá por los estándares de belleza aprobados socialmente. Al respecto, es indispensable reconocer que solamente con la participación de hombres y mujeres será posible entender desde una postura de género qué es lo que está sucediendo para que el peso excesivo, que en ambos casos representa un riesgo para la salud, signifique un motivo de atención principalmente para ellas.

Otro hecho que vale la pena comentar es que personas en rango de IMC Normal de acuerdo con la OMS (2025) respondieron el MCRPC ¿Por qué personas sin sobrepeso siquiera se interesaron en un ejercicio de regulación del peso corporal? Responder a esa pregunta no es sencillo, pero quizá se relaciona con estar cerca del intervalo inmediato superior, lo que probablemente favorece rebasar fácilmente el punto de corte, incluso, de manera imperceptible puesto que no siempre hay una correspondencia efectiva entre lo que las personas pesan y lo que suponen pesar (Campuzano et al., 2018). La hipótesis se fortalece con dos casos que durante el cálculo de IMC Máximo se ubicaron en la categoría Normal, pero en el cálculo de IMC Logrado pasaron a Sobrepeso, es decir, incrementaron su IMC. En consecuencia, otra pregunta que surge es ¿Se necesita estar monitoreando continuamente el peso aun cuando

se tiene IMC Normal? Y la respuesta debería ser afirmativa a juzgar por la estructura del WCSS desarrollado por Pinto et al. (2013), que incorpora Estrategias de automonitoreo como uno de los componentes de la versión final en su instrumento de evaluación.

También relacionado con el IMC de los participantes, se encontró que la mayoría se ubicó en la categoría de Sobrepeso, al igual que en otros estudios (Haynes et al., 2018; Yaemsiri et al., 2011), situación que sugiere que las personas en ese rango de IMC son las más dispuestas a generar cambios. Ahora bien, si se suman los participantes con IMC Sobrepeso más los de Normal, el resultado es una cantidad mayor a la suma de las categorías de IMC restantes. El dato evidencia que, entre los participantes, los de menor riesgo de comorbilidad asociada con obesidad, fueron mayoría. Queda la alerta planteada, porque si el resultado se repite en una muestra aleatoria, se confirmaría la necesidad inmediata de fomentar iniciativas de prevención de la obesidad, desde el nivel primario.

El objetivo propuesto para este estudio requirió detectar el IMC de los participantes, así como las Morfologías de Conducta que suelen utilizar para regularlo. Los datos de la Tabla 2, concentran el cálculo de IMC Máximo e IMC Logrado, cifras que también merecen atención puesto que hubo 26 participantes que se interesaron en responder a la invitación y aceptaron haber intentado bajar de peso; pero omitieron su Peso Máximo y/o Peso Logrado al responder la cédula de datos generales ¿Por qué eligieron omitir la información respecto de su peso? Klieman et al. (2016) mencionaron un fenómeno similar al reportar participantes que ocultaron la información relacionada con su peso; al respecto de las razones, Nong et al. (2022) mencionan que ante el riesgo de exponer un dato que conlleva al juicio y a la descalificación social, la elección es omitirlo. Es probable que la descalificación social por motivos de IMC, reportada también por Bautista-Díaz et al. (2019), se manifieste ya sea en la omisión de datos o en la evitación de participar voluntariamente en iniciativas de investigación de la obesidad. No es que haya pocas personas con obesidad en grado de riesgo, sino que nuevamente el tipo de muestreo no probabilístico de respuesta voluntaria facilitó que las personas con mayor riesgo sean las menos interesadas en participar. De ser así, el problema se advierte más amplio, porque comienza siendo sanitario, pero parece involucrar variables de carácter sociocultural que no se consideraron en este estudio.

Con respecto a las cargas factoriales de los reactivos, hay dos que vale la pena discutir porque a pesar de que se anularon bajo el criterio establecido por los autores, es conveniente tomar en cuenta para futuras investigaciones. El reactivo -M26 Aumentó la cantidad de agua que bebía-, expresó cargas factoriales bajas, a pesar de ser una Morfología de conducta reportada para control de peso (Norton, 2023); el dato se explica a razón de que es el único reactivo relacionado con bebidas y en tanto no tuvo opción de agrupación. También obliga a incluir en un futuro, la evaluación de bebidas como parte de la dieta y por lo tanto susceptibles de participar en el éxito o fracaso de la regulación de peso.

Otro caso de interés es el reactivo -M8 Consultó a un yerbero-, incluido en el cuestionario inicial porque hubo personas que lo mencionaron como Morfología de Conducta practicada con la intención de regular el peso, pero anulado porque sus cargas factoriales fueron menores para los seis factores. Sin embargo, hay bibliografía basada en evidencia (Carrillo et al., 2010) que respalda este tipo de práctica entre mexicanos, cuando se desea regular el peso corporal. La razón de la discrepancia puede estar en el tipo de muestreo utilizado, quizá en otro contexto el resultado habría sido diferente.

El estudio se centra en la evaluación del control de peso a partir de las experiencias de individuos que han logrado una reducción y estabilización exitosa del peso corporal. La etapa de reclutamiento representó un desafío significativo, dado que requería la participación voluntaria de sujetos con historial de sobrepeso u obesidad que, además de haber alcanzado el control del peso, estuvieran dispuestos a reportar y socializar su proceso. No obstante, se avanzó en la validación psicométrica del MCRPC, evidenciándose la necesidad de reforzar su consistencia interna mediante una revisión de ítems y estructuras latentes. Asimismo, se identificó la pertinencia de implementar un análisis factorial confirmatorio (AFC) en futuras aplicaciones del instrumento, preferentemente con una muestra robusta y representativa para consolidar sus propiedades métricas.

Conclusión

Es necesario distinguir los 17 casos de Obesidad III que disminuyeron su IMC, incluso, hasta Obesidad I; rescatable porque demuestra que el éxito en la regulación del peso es posible, pero también señala la importancia de que el parámetro de logro se ajuste a cada persona, porque mientras más kilos en exceso se tienen, más lejana llega a observase la meta de IMC Normal. Probablemente esa apreciación favoreció que quienes ostentaban obesidad en mayor grado y por lo tanto riesgo de comorbilidades, omitieron su peso o incluso, rechazaron participar en este estudio; quizá la misa razón explica la escasa participación de personas con exceso de peso tanto en programas institucionales, como en iniciativas individuales.

Concluimos que es pertinente aplicar una nueva versión del MCRPC en su proceso de validación, puesto que tal como lo sugieren Carrillo-Avalos et al. (2020), lo será en la medida de "el grado con que la evidencia empírica y las razones teóricas apoyan o refutan lo apropiado o adecuado de la interpretación o el uso que se da a los resultados de una evaluación" (p. 99).

La certeza de que a mayor puntaje de Morfologías de Conducta para regular el peso corresponda mejor repertorio para prevenir el aumento de IMC, significará una aportación en el ámbito de la psicología aplicada a la salud.

El Sistema Microcontingencial brinda una perspectiva integral para comprender las complejas interacciones entre una persona y su entorno. Analizar las Morfologías de Conducta y los contextos específicos en los que ocurren, facilita el diseño de intervenciones encaminadas a promover hábitos saludables y mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan retos derivados del sobrepeso y la obesidad. Asimismo, proporciona herramientas para analizar y abordar factores que dificultan o favorecen el cambio hacia estilos de vida saludables; algunos ejemplos aluden a la identificación de barreras, porque mediante el análisis de las Morfologías de Conducta, se detectan obstáculos específicos que restringen el acceso a alimentos saludables o a la práctica de actividad física; también favorece el diseño de intervenciones personalizadas puesto que con base en los hallazgos, se planean estrategias que consideran las características individuales y los factores contextuales, logrando intervenciones efectivas y sostenibles; además, el sistema facilita la evaluación recurrente, permitiendo efectuar ajustes oportunos según las necesidades y circunstancias del individuo.

Finalmente, resulta imprescindible reflexionar sobre la necesidad de implementar intervenciones con mayor eficiencia. Para favorecer la participación de las personas con mayor riesgo de desarrollar comorbilidades, es fundamental evitar cualquier forma de descalificación hacia quienes presentan sobrepeso u obesidad, de manera que las estrategias orientadas a frenar el incremento sostenido del IMC logren los resultados previstos. Asimismo, es pertinente subrayar que cualquier valor de IMC constituye un punto adecuado para iniciar un plan de regulación del peso; no obstante, el criterio de logro deberá establecerse de manera individualizada, en concordancia con la valoración y las recomendaciones del profesional médico responsable.

Referencias

Bautista-Díaz, M. L., Márquez Hernández, A. K., Ortega-Andrade, N. A., García-Cruz, R., & Alvarez-Rayón, G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *10* (1), 121-133. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.516

Butler, C., Tull, E., Chambers, E., & Taylor, J. (2002). Internalized racism, body fat distribution, and abnormal farting glucose among African Caribbean women in Dominica, West Indies. *Journal of the National Medical Association, 94*(3), 143-148. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11918383/

Cabello, M. L., & Ávila, M. N. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales, 4* (8), 82-104. Recuperado 31 de octubre de 2025, de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211014822003

Campos-Nonato, I., Galván-Valencia, O., Hernández-Barrera, L., Oviedo-Solis, C., y Barquera, S. (2023). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de México, 65*, 238-247. https://doi.org/10.21149/14809

Campuzano, M. D. L. R., Soriano, N. Y. R., & Martínez, S. I. G. (2018). Valoración de la figura corporal en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, *9*(1), 1-12. https://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/68567

Carrillo-Avalos, B. A., Sánchez-Mendiola, M., & Leenen, I. (2020). El concepto moderno de validez y su uso en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, *9*(33), 98-106. https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.33.19216

Carrillo, E., Lara, & Ruiz, M. (2010). Hierbas, medicina herbolaria y su impacto en la práctica clínica. *Médica Sur*, *17*(3), 124-130. Recuperado 20 de diciembre de 2024, de https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41879

De Vet, E., De Ridder, D., Stok, M., Brunso, K., Baban, A. & Gaspar, T. (2014). Assessing self-regulation strategies: development and validation of the tempest self-regulation questionnaire for eating (TESQ-E) in adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *11*, 1-15. https://doi.org/10.1186/s12966-014-0106-z

Diotaiuti, P., Girelli, L., Mancone, S., Valente, G., Bellizzi, F., Misiti, F., & Cavicchiolo, E. (2022). Psychometric properties and measurement invariance across gender of the Italian version of the tempest self-regulation questionnaire for eating adapted for young adults. *Frontiers in Psychology*, *13*, 91-99. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.941784

Guzek, D., Skolmowska, D., & Głąbska, D. (2022). Analysis of self-regulation of eating behaviors within Polish adolescents COVID-19 experience (PLACE-19) study. *Nutrients*, *14*(8), 29-37. https://doi.org/10.3390/nu14081679

Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., & Robinson, E. (2018). A systematic review of the relationship between weight status perceptions and weight loss attempts, strategies, behaviours and outcomes. *Obesity reviews: an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *19*(3), 347–363. https://doi.org/10.1111/obr.12634

Kliemann, N., Beeken, R. J., Wardle, J., & Johnson, F. (2016). Development and validation of the self-regulation of eating behaviour questionnaire for adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *13*, 1-11. https://doi.org/10.1186/s12966-016-0414-6

Murairwa, S. (2015). Voluntary sampling design. International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences, 4, 185-200. https://garph.co.uk/ijarmss/feb2015/18.pdf

Nong, P., Williamson, A., Anthony, D., Platt, J., & Kardia, S. (2022). Discrimination, trust, and withholding information from providers: Implications for missing data and inequity. *SSM-Population Health*, *18*, 2-5. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101092

Norton, A. (2023, August 8). Algunas escuelas responden a la obesidad infantil enfocándose en el agua. *Consumer Health News* [Spanish]. https://link.gale.com/apps/doc/A760038684/IFME?u=anon~71a59de&sid=googleScholar&xid=bc06ca97

Organización Mundial de la Salud. (2025, noviembre). *Obesidad y Sobrepeso*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Paixão, C., Dias, C. M., Jorge, R., Carraça, E. V., Yannakoulia, M., de Zwaan, M., ... & Santos, I. (2020). Successful weight loss maintenance: a systematic review of weight control registries. *Obesity Reviews*, *21*(5). https://doi.org/10.1111/obr.13003

Papini, N. M., Foster, R. N., Lopez, N. V., Ptomey, L. T., Herrmann, S. D., & Donnelly, J. E. (2022). Examination of three-factor eating questionnaire subscale scores on weight loss and weight loss maintenance in a clinical intervention. *BMC Psychology*, *10*(1), 101. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00806-8

Phelps, N. H., Singleton, R. K., Zhou, B., Heap, R. A., Mishra, A., Bennett, J. E., ... & Barbagallo, C. M. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, *403*(10431), 1027-1050. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2

Pinto, A. M., Fava, J. L., Raynor, H. A., LaRose, J. G., & Wing, R. R. (2013). Development and validation of the weight control strategies scale. *Obesity*, *21*(12), 2429-2436. https://doi.org/10.1002/oby.20368

Reymundo-García, A. I., Rangel-Bernal, N. E., Ortiz-Rueda, G. A., & García-Grajeda, K. V. (2024). Estilos interactivos y adherencia dietética en adultos con sobrepeso y obesidad: el caso de la persistencia. *Acta Comportamentalia*, *32*(2), 269-288. https://doi.org/10.32870/ac.v32i2.88350

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Martínez Roca.

Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.

Rodríguez, M. L. (2002). *Análisis contingencial: un sistema psicológico interconductual para el campo aplicado*. UNAM: FES Iztacala.

Rodríguez, M.L. (2023). *El Análisis Contingencial. Metodología para el ámbito profesional*. UNAM: FES Iztacala.

Rodríguez, M. L., Rodríguez N. Y. & Rosales, A. (2021). Estudio descriptivo de variables relacionadas a la disminución y mantenimiento del peso corporal. *Revista Clínica Contemporánea, 12* (3). 1-17. https://doi.org/10.5093/cc2021a19

Rodríguez Campuzano, M. L., Rosales Arellano, A. & Rodríguez Soriano, N. Y. (2023). Piloteo de un instrumento para la identificación de factores disposicionales situacionales de la regulación del peso corporal. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 5*(2023), 1-12. https://doi.org/10.62364/cneip.5.2023.175

Rodríguez-Rodríguez, E., Aparicio, A., López-Sobaler, A. M., & Ortega, R. M. (2009). Percepción del peso corporal y medidas adoptadas para su control en población española. *Nutrición Hospitalaria*, *24*(5), 580-587. Recuperado 15 de enero de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000500010&lng=es&tlng=es

Rosales Arellano, A., Rodríguez Campuzano, M. de L., Rodríguez Soriano, N. Y., & Rentería Rodríguez, A. (2021). Factores psicológicos asociados a la obesidad: un enfoque desde las conductas instrumentales de prevención. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, *24*(4), 1554-1565. Recuperado 20 enero de 2025, de https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/81359

Yaemsiri, S., Slining, M. M., & Agarwal, S. K. (2011). Perceived weight status, overweight diagnosis, and weight control among US adults: the NHANES 2003-2008 Study. *International Journal of Obesity*, *35*(8), 1063-1070. https://doi.org/10.1038/ijo.2010.229