

3



DOI | <https://doi.org/10.22402/ed.leed.978.607.59503.8.9.c01>

Factores Psicológicos Relacionados con la Regulación del Peso Corporal: Validación de la Batería

Psychological Factors Related to Body Weight Regulation: Battery Validation

*María de Lourdes Rodríguez C., Antonio Rosales A.,
Antonia Rentería R., y Oscar García A.*

-
- (1) Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
(2) Línea de investigación Análisis Contingencial y sus aplicaciones

Contribución de los Autores

Los autores contribuyeron de la siguiente manera: MLRC, ARA y ARR: redacción de antecedentes, desarrollo y conclusiones.
OGA: Análisis estadístico de los datos..



Resumen

La obesidad y el sobrepeso conforman un problema de salud muy importante en el mundo y en nuestro país. Aquí se presenta un trabajo que parte de un modelo teórico, el modelo interconductual y que, en lo particular, toma como base el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes en 1990, así como el Análisis Contingencial como sistema (Ribes, Díaz-González, Rodríguez & Landa, 1986). Partiendo de esto se construyó una batería de cinco instrumentos que pretenden evaluar la influencia de los factores psicológicos asociados con la regulación del peso corporal y aquí se presenta la validación de esta batería. Se trabajó con dos muestras de participantes obtenidas con un muestreo por conveniencia, la primera de tres-

cientos participantes y la segunda de 315. Con la primera muestra se llevaron a cabo los análisis factoriales exploratorios, mientras que con la segunda se hicieron los análisis factoriales confirmatorios. Para cada instrumento se hicieron algunas pruebas que permitieron hacer, en un primer momento, análisis factorial exploratorio y posteriormente confirmatorio. Se concluye que los cinco instrumentos cumplen con las características necesarias para su uso en la investigación de los factores relacionados con la regulación del peso corporal.

Palabras Clave: Obesidad, Análisis Contingencial, batería de instrumentos, validación, análisis factorial.

Abstract

Obesity and overweight represent a very important health problema in this country such as in the world. Here a paper based on interbehavioral theory, based too in some other level to Psychological Model of Biological Health proposed by Ribes on 1990 and on Contingential Analysis, is presented (Ribes, Díaz-González, Rodríguez & Landa, 1986). Within this framework a five instrument battery was developed to evaluate the influence of psychologival factors related to body weight regulation. Here the validation procedure is presented. Two participant samples obtained through convenience sampling were used for validation. The first one

was composed by three hundred participants while the second one for three hundred and fifteen. Exploratory analysis were made with the first sample while confirmatory ones were made with the second. They were made some tests for each instrument to determine if the factorial analysis were possible. It is concluded that the five instruments accomplish all the neccesary features to be applied on research abut body weight regulation.

Keywords: Obesity, Contingential Analysis, instruments battery, validation, factorial analysis.

Contenido temático

Resumen, 59

Abstract, 59

3.1 Antecedentes, 60

3.2 Desarrollo, 63

3.3 Resultados, 66

3.4 Conclusiones, 76

3.5 Referencias, 77

3.6 Anexo A. Batería Factores Psicológicos Asociados a la Regulación del Peso Corporal (FPARPC), 79



“No se trata solo de peso corporal, sino del peso que tienen las contingencias en nuestra historia de vida.”

— Inspirada en el enfoque interconductual —

La obesidad y el sobrepeso conforman actualmente problemas de salud muy importantes en el mundo y particularmente en México. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 indica que -de acuerdo con el Índice de Masa Corporal- en nuestro país en la población de veinte años o más, el 41.2 % de los hombres y el 35.8 % de las mujeres presenta sobrepeso. El 32.3% de los hombres y el 41% de las mujeres padecen obesidad. Esto tiene implicaciones en distintos niveles: sociales, de salud, económicos, entre otros.

Los datos mencionados se obtienen a través de una de las herramientas más comunes de clasificar delgadez, sobrepeso u obesidad, esto es, el Índice de Masa Corporal (IMC), que si bien, no está exento de problemas (Izquierdo & Aguilar, 2019) es la herramienta más utilizada por su practicidad y la que está aceptada por las distintas instituciones relacionadas con salud. Se obtiene dividiendo el peso en kilogramos sobre la estatura (en metros) al cuadrado. De ahí se indica que sobrepeso se define por un IMC de 25.00, obesidad grado I ≥ 30 -34.99, obesidad grado II ≥ 35 -39.99 y obesidad grado III ≥ 40 (OMS, 2021).

Aunque la obesidad y el sobrepeso no son problemas psicológicos, la psicología ha intervenido en este fenómeno, intentando explicarlo y modificarlo. Esto es pertinente

dado que, si bien la salud es una categoría ajena a la psicología, tiene distintas dimensiones, la biológica, la social y la psicológica; por lo que resulta importante el abordaje de la salud por diversas disciplinas. En el caso de la psicología cabe comentar que es justamente la dimensión que vincula los aspectos biológicos de la salud con los aspectos sociales. Es innegable que lo que hace o deja de hacer una persona está relacionado con su salud. De esta manera, hablando de obesidad y sobrepeso, lo que come una persona, las circunstancias en las que lo hace, la influencia que pueden ejercer otras personas en su forma de comer, las consecuencias de comer de cierta manera; entre otros, se pueden relacionar con la aparición o cronificación de la obesidad.

La psicología ha abordado los problemas de salud a través de modelos específicos, generalmente de corte cognitivo social, que son los que dominan el campo de la psicología de la salud, entre ellos se encuentran modelos tales como el de autoeficacia, el de creencias de salud, el de acción razonada o el transteórico (Moreno & Rodríguez, 2018). En ellos, se privilegian las intenciones, las creencias, o los pensamientos; que, en términos generales se entienden como cogniciones y que constituyen los elementos explicativos del proceso salud/enfermedad. En este sentido, estos elementos, procesos o estructu-

3.1 Antecedentes



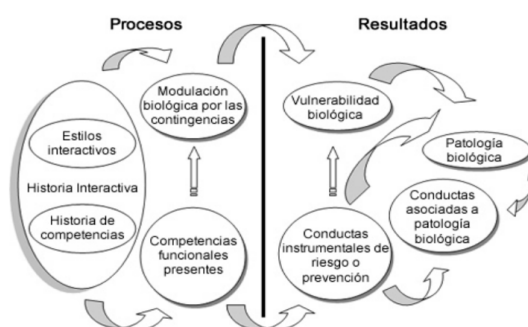
ras “internas”, serían los responsables del “comportamiento” relacionado a la regulación del peso corporal.

En otros textos se han hecho análisis de las implicaciones de posturas dualistas, esto es, de aquellas posturas en las que se concibe al ser humano como compuesto de dos sustancias, una material, el cuerpo, y la otra inmaterial, el alma, que es la responsable de los movimientos del cuerpo, es decir, de las acciones de una persona. Ryle (1949) habló de esta forma de entender el comportamiento, del dualismo, al que considera un error categorial, lo que implica hablar de una categoría como si correspondiera a otra. Este error categorial ha permeado históricamente a la psicología y esto tiene implicaciones que ya se han descrito en otros textos, por lo que aquí no se va a profundizar en ello (Ribes, 1982; Ribes, 1990; Ryle, 1949); aunque vale la pena resaltar la marginación que se hace del papel del ambiente en el comportamiento, que solamente es relevante en tanto es evaluado e interpretado por la persona, a través de procesos cognitivos. En la psicología de la salud, se comparte, en términos generales, la aproximación cognitiva, en donde el ambiente tiene un papel secundario y siempre está vinculado con aspectos cognitivos.

La aproximación interconductual representa una postura alternativa para el estudio del comportamiento y para la inserción del psicólogo en el campo de la salud. Es la aproximación que sustenta este trabajo. Explicarla rebasa con mucho el propósito de este trabajo, baste mencionar que aborda el comportamiento de forma naturalista, que concibe distintos procesos de comportamiento, con complejidad creciente e inclusiva y que entiende el comportamiento como una red de relaciones de interdependencia (Ribes & López, 1985). También se postula que, dado que ciencia y tecnología son modos distintos de producir conoci-

miento, tienen distintos lenguajes y distintos objetivos; se requieren modelos de interfase que los conecten. Ribes en 1990 propuso un Modelo Biológico de la Salud Psicológica (Figura 3.1) en donde se resalta la relación entre diversos aspectos psicológicos y la relación que guardan con dimensiones biológicas, en dos etapas, un proceso psicológico de la salud que puede rastrearse en la historia interconductual del individuo y una etapa de resultantes, en donde se identifican aspectos psicológicos influidos por el proceso y su relación con la vulnerabilidad biológica; el eslabón final de este modelo es la aparición de una patología biológica o, por el contrario, un estado de salud. A este último resultado puede conectarse la categoría de conductas asociadas a enfermedad, que tiene que ver, en general, con comportamientos que se vinculan a ciertas enfermedades, a algunos medicamentos o a procedimientos médicos específicos; aunque podrían darse sin asociación a una patología biológica.

Figura 3.1. *Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990)*



Tomando como base este modelo, ubicáramos a la obesidad, atendiendo a definiciones como las de la definición de la *Federación Mundial de Obesidad* (Bray, et al, 2017), y autores como Nieto y Palacios (2022) quienes señalan que es una enfermedad crónica y progresiva, como patología biológica, es decir, en la parte de resultantes del modelo. Partiendo de esto, el modelo puede funcionar como guía para

el trabajo profesional, así tendríamos que identificar, en la etapa de resultantes, cuáles son las conductas instrumentales de riesgo y cuáles las de prevención; las ciencias biomédicas tienen este conocimiento y por ello han hablado de la importancia de comer alimentos saludables y de evitar el sedentarismo (Gobierno de México, 2021); de ahí correspondería identificar cuáles son las competencias pertinentes a las conductas instrumentales preventivas y a la evitación de aquellas que son de riesgo, saber por ejemplo, qué capacidades o competencias debe tener una persona que hace ejercicio de forma regular, o que come de manera saludable la mayor parte del tiempo, o de qué competencias carece la persona que es sedentaria o los que comen de manera muy poco saludable. Ya pretendiendo rastrear el origen psicológico de esta enfermedad, habría que analizar la historia de competencias y los estilos interactivos (que podrían favorecer el riesgo o la prevención en términos de salud).

Ahora, es importante entender que cuando se habla de conductas instrumentales de riesgo o prevención, el término alude a interacciones entre una persona y ciertos elementos del medio, no a morfologías; de este modo, para hacer un análisis de estas conductas se requiere de una metodología y ésta es el Análisis Contingencial, que es la que permite conectar estos conceptos del Modelo de Salud con análisis del comportamiento en ambientes naturales y de esta manera, estudiar en individuos particulares conductas instrumentales específicas, es decir, acciones específicas de una persona en relación con objetos, circunstancias, eventos u otras personas que afectan su salud, de manera positiva o negativa. Estas conductas instrumentales son también indicadores de competencias. El término competencia, en este Modelo, es un concepto disposicional de logro, esto es, no alude a ocurrencias sino a factores que, en cierto momento, hacen más pro-

bable o menos probable una interacción específica que tenga como resultado solucionar un problema, dar una respuesta correcta o satisfacer un requerimiento. Este término puede referir una colección de ocurrencias, esto es, diversas conductas que han ocurrido antes y que se podrían entender como un conjunto de “saberes”. Saber qué hacer en determinada circunstancia, saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, saber para qué hacerlo e incluso tener conductas alternativas. Dado que lo que uno sabe no es algo que está ocurriendo, la manera de identificar tales “saberes” es a través de ocurrencias presentes. En ese sentido, en el terreno de la salud, la identificación y el análisis de conductas instrumentales de riesgo y prevención nos permitirían identificar y analizar las competencias pertinentes al cuidado de la salud.

Siguiendo este modelo y acotando el tema al problema de la obesidad y del sobrepeso, es claro que hay mucho por entender para lograr, con el tiempo, aportar algo a la solución de dicho problema. A pesar de que existen diversas investigaciones hechas desde otras aproximaciones psicológicas, desde la perspectiva que aquí se presenta hay que recuperar el concepto de interacción, desde una perspectiva naturalista, para “ver” otros aspectos de este fenómeno. La metodología por emplear es el Análisis Contingencial.

No sería posible explicar el Análisis Contingencial en este manuscrito, aunque se podrían señalar sus características más relevantes. Es una metodología y un sistema para analizar y cambiar el comportamiento humano en sus diversos ambientes sociales. Se basa en el Modelo Interconductual, particularmente en lo desarrollado por Ribes y López en 1985. De ahí que comparte sus premisas para la aplicación de la psicología y la óptica naturalista y evolutiva que lo caracteriza. Tiene cuatro dimensiones, Sistema Microcontingencial,

Sistema Macrocontingencial, Disposiciones y Conducta de otras personas. La primera alude a una red de relaciones entre la persona que se estudia, otras personas y los diversos elementos del contexto en que se relacionan, esto es, a la conducta de interés. La segunda hace alusión al contexto valorativo de la conducta que se estudia, es decir, al conjunto de prácticas valorativas y creencias del grupo de referencia de la persona cuyo comportamiento se estudia. Las disposiciones que se refieren a factores que tienen una función probabilística en la interacción que se estudia, esto es, factores que hacen más probable que algo ocurra o que, por el contrario, interfieren con ello. Por último, la conducta de otras personas es la que permite estudiar la función del comportamiento de otros significativos en una interacción (Ribes, et al, 1986).

Como metodología para el cambio del comportamiento se compone de cinco pasos; análisis del Sistema Microcontingencial; análisis macrocontingencial; génesis de la conducta; análisis de soluciones y planeación, selección, aplicación y evaluación de la intervención. El Sistema Microcontingencial se compone de cinco categorías, *Morfologías de conducta*, categoría que permite identificar lo que hace, dice o piensa una persona al relacionarse con otras, o con ciertos objetos, eventos

o circunstancias, esto es, sus formas de reacción o interacción. *Situaciones*, es una categoría disposicional que permite identificar el contexto situacional en el que ocurre una interacción y que puede estar formado por ciertos factores del ambiente y factores de la persona cuyo comportamiento se estudia; se subdivide en subcategorías: Circunstancia Social; Lugar o Lugares; Objetos o Acontecimientos Físicos; Conducta Socialmente Esperada; Capacidad en el Ejercicio de Dicha Conducta; Inclinationes, Propensiones y Motivos y Tendencias. *Conducta de otras personas*, categoría que permite estudiar el papel funcional de las personas significativas a la persona cuyo comportamiento se estudia. Efectos, que alude a la relación de consecuencia con respecto a lo que hace nuestra persona de interés, pueden darse sobre otras personas o sobre el propio individuo (Rodríguez, 2023).

En resumen, en el presente trabajo desde un enfoque construccional (Goldiamond, 1974) y tomando como base el modelo psicológico de la salud (Ribes, 1990) y el análisis contingencial como sistema (Ribes, et al, 1986) se construyó una batería de cinco instrumentos que pretenden evaluar la influencia de los factores psicológicos asociados con la regulación del peso corporal y en este trabajo se presenta su validación.

Método

Participantes

A partir de una convocatoria en línea y habiendo definido, tanto el tamaño de la muestra como los criterios de inclusión de los participantes, se definieron dos muestras:

Muestra 1. Participaron voluntariamente 300 personas. De los cuales 17 fueron hombres (5.7%) y 283 mujeres (94.3%). El promedio de edad fue de 31 años ($S=8.37$, rango 18-57 años). La mayoría de los parti-

cipantes eran solteros, 169 (56.3%) el resto de los participantes refirieron estar casados 54% o tener una pareja (73) que representa el 24.3%. En lo relativo al nivel de escolaridad el 1.7% reportó el nivel de secundaria (5), el 12.7% preparatoria (38), el 7.3% nivel técnico (22), el 68.3% nivel licenciatura (205) y el 10% estudios de posgrado (30).

Muestra 2. Participaron voluntariamente 315 personas. De los cuales 21 fueron hombres (6.7%) y 294 mujeres (93.3%). El

3.2 Desarrollo



promedio de edad fue de 31 años ($S=8.06$, rango 18-57 años). La mayoría de los participantes eran solteros, 174 (55.2%), el resto de los participantes refirieron estar casados 18.4% o tener una pareja (77) que representa el 24.4%. En lo relativo al nivel de escolaridad el .6% reportó el nivel de secundaria (2), el 14.6% preparatoria (46), el 6% nivel técnico (19), el 64.4% nivel licenciatura (203) y el 14.3% estudios de posgrado (45).

Muestreo

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y el tamaño de la muestra se estableció con base en los requerimientos necesarios para realizar la exploración factorial de las escalas. Dado que el muestreo fue por conveniencia, se asumen al menos el problema de la no representatividad y la atenuación por restricción de rango (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). Al respecto del tamaño de la muestra Lloret-Segura et al. (2014), señalan que no existe una receta clara del tamaño de muestra recomendado para realizar la exploración psicométrica de los ítems. Por esta razón, se consideró la recomendación de contar con un tamaño muestral suficiente y homogeneizando la muestra. para disminuir la interacción de otros aspectos del diseño y de la naturaleza de los datos. El tamaño mínimo recomendado por Lloret-Segura et al. (2014) es de 200 participantes. En este estudio se consideró una muestra superior de 300 participantes para realizar los análisis factoriales exploratorios (AFE) y una muestra de 315 participantes para realizar los análisis factoriales confirmatorios (AFC). Todos los participantes cumplieron con el requisito de inclusión de ser mayores de edad, tener o haber tenido sobrepeso u obesidad, haber intentado disminuir su peso, lo hubieran logrado o no, aceptar participar en el estudio y firmar consentimiento informado.

Procedimiento

En un primer momento, a partir de los datos obtenidos en las entrevistas hechas con anterioridad, se desarrollaron reactivos correspondientes a las categorías identificadas, así como las instrucciones del instrumento. Una vez construido, se invitó a algunos participantes a calificar la batería completa en términos de su dificultad o facilidad, su claridad, o la inclusión de aspectos relevantes, entre otros. En un segundo momento y dada la llegada de la pandemia, se adaptó la batería a un formulario Google. Se invitó a cinco expertos en la materia a evaluar el formulario, para obtener validez de contenido, uno de ellos es experto en Análisis Contingencial, tres en psicología de la salud y una en Nutrición. Se hicieron ajustes al formulario en términos de redacción, aunque no se eliminaron reactivos ni se pusieron en otra categoría con base en el jueceo de expertos. Una vez modificada la batería se lanzó una convocatoria en línea para captar a la muestra de interés.

Aspectos éticos

A los participantes voluntarios que cumplieron los criterios de inclusión se les envió un Consentimiento Informado, avalado por la comisión de Bioética de la FES-Iztacala, UNAM. Habiendo cumplido con la firma del Consentimiento, se les envió el formulario y se agradeció su participación

Análisis de datos

Los análisis estadísticos de las escalas se llevaron a cabo con los programas Factor versión 12.04.05 y R Studio 2023.09.1 Build 494. El análisis descriptivo de los ítems se realizó evaluando la distribución de los reactivos y la pertenencia de estos a un dominio particular. Como lo recomienda Lloret-Segura, et al. (2014) la distribución de los reactivos puede tener un impacto en la determinación de los factores. Valores de asimetría y curtosis elevados pueden atenuar las relaciones lineales entre ítems



que miden el mismo factor. Si bien este impacto se atenúa cuando se considera una distribución ordinal de los ítems, se optó por identificar aquellos ítems que superarán el criterio de asimetría y curtosis fuera del rango $-1.5 - 1.5$, como instancias de discriminación de ítems que podrían valorarse como problemáticos, en caso de que investigadores busquen evaluar las propiedades de la batería con muestras más pequeñas utilizando matrices de correlación de Pearson. Por su parte, para la evaluación de la pertenencia de los reactivos a un dominio particular se optó por recuperar el índice MSA propuesto por Kaiser (1970) (véase también Kaiser & Rice, 1974). El índice MSA (Medida de adecuación del muestreo, por sus siglas en inglés) permite valorar la pertenencia de los reactivos a un dominio particular de forma robusta. El análisis permite discriminar a los ítems que pueden resultar *ruidosos* (comportamientos casi aleatorios si poder de discriminación) y *redundantes* (ítems que comparten contenido con otros ítems de la muestra). Lorenzo y Ferrando (2021) señalan que en estimaciones robustas del indicador un buen punto de corte para discriminar los mejores ítems es que estos tengan al menos un valor de .50 en el valor inferior del intervalo de confianza. En caso de que los ítems cubran con este criterio se puede incrementar la probabilidad de contar con ítems que discriminen adecuadamente y sean menos redundantes. Con base en estos indicadores, se decidió mantener o eliminar los reactivos, se tuvo en consideración mantener la suficiente cantidad de reactivos para que resultara factible explorar la estructura teórica de las escalas a partir de un análisis factorial.

Para realizar el análisis factorial de las escalas se evaluó inicialmente la adecuación de los ítems con los estadísticos KMO, Test de esfericidad de Bartlett y el valor del determinante como lo sugieren Frías y Pascual (2012). Una vez aceptada la ade-

cuación de los ítems al análisis se realizó el análisis factorial exploratorio robusto con base en las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014). Se utilizó la matriz de correlaciones policóricas y el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados robusto. Como se describió previamente, la utilización de la matriz de correlaciones policóricas disminuye el posible efecto producido por el sesgo de los reactivos. Por otra parte, la elección del método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados robusto puede suponer una aproximación recomendable en la medida que se asumen las distribuciones como ordinales en contraste con los métodos de estimación de máxima verosimilitud (Li, 2016) permitiendo identificar de manera precisa las cargas factoriales de los ítems. La estimación en el análisis se realizó utilizando el método de muestreo Monte Carlo con 500 muestras seleccionadas a partir del método de percentil por sesgo corregido y acelerado propuesto por Efron (1987) con un intervalo de confianza del 95% en las cargas factoriales. En suma, el arreglo busca disminuir el sesgo en la estimación de los factores.

Dada la naturaleza exploratoria del análisis se aplicaron dos criterios para determinar la cantidad de dimensiones a retener. De inicio siempre se utilizó un criterio teórico y se estimó el número de dimensiones en función a lo que describía la teoría con la que se elaboró cada instrumento. En caso de encontrar una solución insatisfactoria el número de dimensiones se estimó a partir del método de análisis paralelo propuesto por Horn (1965). El análisis paralelo es una herramienta que permite identificar con mayor precisión los componentes o factores comunes. El análisis discrimina los factores comunes de aquellos que pueden interpretarse como “espurios” cuando los valores propios son mayores que los que se obtendrían de manera paralela aleatoriamente (Horn, 1965).

Para aquellas soluciones en la que la estructura se haya definido como unidimensional se proporcionará evidencia adicional para respaldar los hallazgos. Ferrando y Lorenzo-Seva (2018) sugieren un conjunto de pruebas que soporten la hipótesis. A continuación, se describen los estadísticos recomendados y los puntos de corte sugeridos para proporcionar evidencia de unidimensional: UniCo (congruencia unidimensional) considerando como esencialmente unidimensional cuando el valor es superior a .95, ECV (Varianza común explicada) considerando valores superiores a .85 como evidencia de unidimensionalidad y el MIREAL (Promedio de las cargas absolutas residuales del ítem) teniendo valores de .3 como evidencia de unidimensionalidad.

La consistencia interna de cada dimensión será estimada a partir del índice de determinación de factores (IDF). Cuando el índice se aproxima a uno, las estimaciones de los puntajes factoriales emergen como adecuados sustitutos para la representación de los puntajes de los factores latentes. Además, las diversas estimaciones de los puntajes factoriales que se ajustan a la estructura dada exhiben una correlación significativa entre sí, como se ha observado en estudios previos (Guttman, 1955). Se consideran valores aceptables de .80 para utilizar el instrumento para fines de investigación y puntuaciones al menos de .90 para la evaluación individual como lo

sugiere Ferrando y Lorenzo-Seva (2016).

Las estructuras resultantes de estos análisis se corroborarán en análisis factoriales confirmatorios (AFC) usando el programa R Studio 2023.09.1 Build 494 en la segunda muestra. Todos los análisis se corrieron ocupando el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados como lo recomienda Morata et al. (2015) para escalas de tipo Likert. Para evaluar el ajuste del modelo se utilizarán los índices de bondad de ajuste, así como los puntos de corte recomendados por Hu y Bentler (1999). El primer estimador de ajuste es el de chi cuadrado ajustado donde valores inferiores a 3 son indicativos de un buen ajuste. Adicional a este, se ocuparán tres criterios más, el índice RMSEA o error cuadrático medio de aproximación por grado de libertad donde se consideran valores de RMSEA inferiores a .08 como indicativo de un ajuste aceptable, mientras que valores por debajo de .05 muestran un buen ajuste. El siguiente índice es el CFI o índice de ajuste comparativo, en el que valores superiores a .90 indican un ajuste aceptable mientras que valores superiores a .95 muestran un buen ajuste de los datos. El último índice es el SRMR o raíz cuadrada media residual estandarizada en el que valores por debajo de .08 indican un buen ajuste y por debajo de .05 se pueden interpretar como un ajuste excelente.

Escala morfologías

La escala de morfologías se compone de 18 ítems con cinco opciones de respuesta de nunca a siempre. La Tabla 3.1, ofrece un desglose de los estadísticos descriptivos para los ítems dentro de la escala morfologías y el análisis factorial, incluyendo el nombre de las dimensiones, el porcentaje de varianza explicada, así como la confiabilidad por dimensión. Los ítems 6, 7, 8, y

9 presentaron valores de asimetría y curtosis que exceden el valor absoluto de 1.5 lo que podría suponer una fuente de sesgo en los análisis posteriores. Al respecto de la pertenencia de los ítems a un dominio, todos los ítems incumplieron con el criterio de contar con un valor superior de 0.5 en el límite inferior del intervalo de confianza del índice MSA. A pesar de esto, se decidió no eliminar ningún reactivo en esta

3.3 Resultados



Tabla 3.1. Estadísticos de la escala Morfologías

No de ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Intervalo de confianza 95% de MSA	Carga factorial con Intervalo de confianza al 95%
Cambio en el estilo de vida						
1	3.98	0.633	-0.163	-0.933	0.118-0.848	0.866 (0.767-0.937)
2	3.963	0.835	-0.453	-0.499	0.111-0.886	0.824 (0.745-0.886)
3	3.873	0.664	-0.208	-0.635	0.132-0.836	0.878 (0.819-0.926)
4	3.727	1.045	-0.484	-0.354	0.127-0.841	0.854 (0.791-0.902)
5	4.093	0.818	-0.619	-0.489	0.089-0.887	0.647 (0.538-0.739)
Varianza Explicada = 31.95% Autovalor = 4.474 IDF = .962						
Búsqueda de tratamientos alternativos						
6	1.63	1.273	1.672	1.561	0.075-0.798	0.789 (0.682-0.879)
7	1.303	0.611	3.063	9.637	0.09-0.787	0.895 (0.778-0.974)
8	1.24	0.489	3.327	11.286	0.082-0.753	0.798 (0.634-0.924)
9	1.36	0.884	2.704	6.308	0.055-0.749	0.581 (0.394-0.74)
Varianza Explicada = 31.95% Autovalor = 2.851 IDF = .962						
Búsqueda de información						
10	2.523	1.856	0.375	-1.071	0.051-0.745	0.637 (0.49-0.751)
11	3.587	1.396	-0.506	-0.502	0.057-0.798	0.628 (0.514-0.741)
12	3.083	1.83	-0.176	-1.146	0.092-0.816	0.845 (0.737-0.944)
13	2.043	1.608	0.873	-0.531	0.077-0.643	
14	2.01	1.483	0.947	-0.257	0.083-0.642	
15	1.923	1.564	1.069	-0.148	0.098-0.772	0.631 (0.451-0.755)
16	1.943	1.573	1.032	-0.225	0.077-0.749	0.599 (0.416-0.741)
17	2.323	2.145	0.584	-1.167	0.074-0.862	
18	2.947	2.404	0.014	-1.49	0.068-0.814	
Varianza Explicada = 15.9% Autovalor = 2.232 IDF = .924						
*IDF Estimación de la confiabilidad a partir del índice de determinación de factores						

fase para explorar la posible estructura factorial de la escala con la totalidad de los reactivos. Con los ítems restantes del análisis anterior se valoró la adecuación de los datos para la realización del análisis factorial exploratorio. Los índices de KMO, la prueba de esfericidad de Bartlett y el valor del determinante presentaron resultados favorables (KMO = .74, IC 95% [.304 - .908], $X^2=6628(153)$, $p < .00001$ y un valor del determinante diferente de cero (.00001)). Se decidió utilizar el análisis paralelo para determinar el número de posibles dimensiones dando un total de

tres posibles dimensiones. En la última columna de la tabla se muestra la carga factorial con el intervalo de confianza al 95% en el factor con mayor carga factorial. Durante el análisis se eliminó el ítem 17 por tener cargas factoriales en el intervalo inferior fueron menores a .3. De igual forma se eliminaron los reactivos 13, 14 y 18 por no tener congruencia con los demás ítems que integraban la dimensión. Los ítems restantes presentaron cargas factoriales superiores a .39 en el factor de mayor carga y una discriminación aceptable entre las cargas de los ítems entre



dimensiones. La estructura factorial resultante explica el 68.27% de la varianza y está constituida por tres factores.

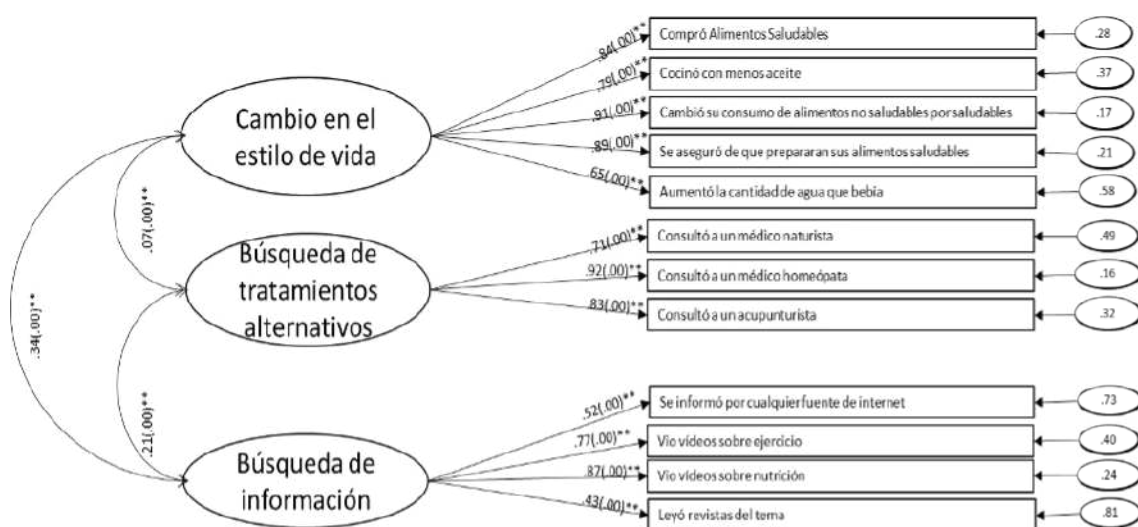
Análisis factorial confirmatorio

La Figura 3.2 muestra los resultados del AFC. A diferencia del modelo identificado en el AFE previo se decidió eliminar el ítem 9 y 16 para tener un mejor ajuste con base en el análisis de los residuales del modelo original. La estructura resultante arrojó índices de bondad de ajuste aceptables para el modelo de tres dimensiones, estos fueron: RMSEA (RMSEA=.054, 90% IC [.054, .070]), y un buen SRMR (.063), CFI (.982) así como un valor de $\chi^2/gf = 1.79$ $p < .05$ y valores de lambda tienen un rango de entre .43-.92. En suma, se confirma la estructura factorial de la escala de morfologías.

Escala Situaciones

La escala de situaciones se compone de **Figura 3.2. Solución estandarizada del AFC de la escala Morfologías**

análisis factorial, incluyendo el nombre de las dimensiones, el porcentaje de varianza explicada, así como la confiabilidad por dimensión. Ningún ítem presentó valores de curtosis que excedieran el valor absoluto de 1.5. Al respecto de la pertenencia de los ítems a un dominio, únicamente el ítem uno no cumplió con el criterio de contar con un valor superior de .5 en el límite inferior del intervalo de confianza del índice MSA. Ningún ítem fue eliminado por lo que se ocupará la integridad de los reactivos para los siguientes análisis. Con los ítems restantes del análisis anterior se valoró la adecuación de los datos para la realización del análisis factorial exploratorio. Los índices de KMO, la prueba de esfericidad de Bartlett y el valor del determinante presentaron resultados favorables (KMO = .839, IC 95% [.8 - .840], $X^2 = 3310.1(496)$, $p < .00001$ y un valor del determinante di-



18 ítems con seis opciones de respuesta (no es mi caso, lo ha dificultado mucho, lo ha dificultado poco, no ha sido importante, lo ha facilitado poco y lo ha facilitado mucho). La Tabla 3.2, ofrece un desglose de los estadísticos descriptivos para los ítems dentro de la escala situaciones y el

ferente de cero (.00001)). Se decidió utilizar el análisis paralelo para determinar el número de posibles dimensiones dando un total de siete posibles dimensiones. En la última columna de la tabla se muestra la carga factorial con el intervalo de confianza al 95% en el factor con mayor carga fac-

Tabla 3.2. Estadísticos de la escala Situaciones

No de ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Intervalo de confianza 95% de MSA	Carga factorial con Intervalo de confianza al 95%
Competencias						
5	3.343	4.065	0.031	-1.6	0.774-0.871	0.852 (0.744-0.941)
6	3.59	3.729	-0.167	-1.529	0.735-0.838	0.9 (0.762-0.985)
7	3.257	3.651	0.154	-1.503	0.832-0.905	0.766 (0.618-0.874)
8	3.333	2.929	0.382	-1.277	0.849-0.908	0.566 (0.416-0.689)
Varianza Explicada = 27.15% Autovalor = 8.145 IDF = .959						
Propensiones generales						
14	2.4	1.253	1.353	2.006	0.655-0.896	0.68 (0.495-0.849)
15	2.57	1.558	0.835	0.159	0.831-0.918	0.681 (0.497-0.824)
16	2.39	1.485	0.662	-0.234	0.681-0.876	0.829 (0.701-0.986)
17	2.56	1.626	1.293	1.11	0.894-0.975	0.566 (0.397-0.701)
Varianza Explicada = 13.13% Autovalor = 3.939 IDF = .931						
Acontecimientos						
1	1.96	1.705	1.444	1.57	0.401-0.952	0.526 (0.321-0.698)
2	2.353	1.955	1.041	.431	0.717-0.845	0.421 (0.169-0.584)
3	2.113	2.007	1.217	0.512	0.668-0.843	0.726 (0.558-0.87)
4	2.1	2.223	1.069	-0.092	0.531-0.779	0.729 (0.478-0.897)
Varianza Explicada = 9.21% Autovalor = 2.763 IDF = .876						
Propensiones relacionadas al peso						
18	2.553	1.927	1.037	0.253	0.723-0.894	0.734 (0.523-0.908)
19	2.573	1.951	1.262	0.684	0.816-0.959	0.766 (0.603-0.887)
20	2.367	1.852	1.099	0.564	0.763-0.911	0.621 (0.434-0.76)
21	2.623	1.628	1.428	1.216	0.897-0.949	0.81 (0.68-0.935)
22	2.543	1.535	1.425	1.461	0.836-0.901	0.833 (0.716-0.991)
23	2.467	1.516	1.346	1.487	0.912-0.921	0.846 (0.752-0.997)
Varianza Explicada = 6.68% Autovalor = 2.005 IDF = .963						
Motivos Sociales						
24	2.507	2.37	0.757	-0.555	0.803-0.949	0.778 (0.616-0.875)
25	2.717	2.83	0.579	-1.024	0.813-0.881	0.802 (0.638-0.89)
26	2.307	2.326	0.905	-0.312	0.823-0.889	0.8 (0.676-0.91)
27	2.31	2.234	0.872	-0.339	0.833-0.889	0.586 (0.409-0.72)
28	2.24	2.242	0.924	-0.351	0.823-0.922	0.551 (0.341-0.689)
Varianza Explicada = 6.09% Autovalor = 1.829 IDF = .938						
Motivos de Salud						
29	4.15	3.434	-0.511	-1.294	0.818-0.9	0.836 (0.742-0.911)
30	3.657	3.959	-0.179	-1.56	0.79-0.884	0.917 (0.847-0.983)
31	3.547	4.281	-0.07	-1.675	0.863-0.902	0.888 (0.823-0.939)
32	3.317	4.143	0.103	-1.644	0.842-0.905	0.833 (0.685-0.932)
Varianza Explicada = 5.71% Autovalor = 1.713 IDF = .972						



Tabla 3.2. Estadísticos de la escala Situaciones

No de ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Intervalo de confianza 95% de MSA	Carga factorial con Intervalo de confianza al 95%
Tendencia						
11	3.57	3.165	0.209	-1.504	0.865-0.923	0.891 (0.799-0.998)
12	3.797	3.009	0.104	-1.583	0.766-0.84	0.996 (0.984-1.022)
13	3.76	3.009	0.096	-1.552	0.79-0.851	0.912 (0.686-0.972)
Varianza Explicada = 4.87% Autovalor = 1.462 IDF = 1						
*IDF Estimación de la confiabilidad a partir del índice de determinación de factores						

torial. Durante el análisis se eliminó el ítem 9 y el 10 por tener cargas factoriales en el intervalo inferior menores a .3. Los ítems restantes presentaron cargas factoriales superiores a .39 en el factor de mayor carga y una discriminación aceptable entre las cargas de los ítems entre dimensiones. La estructura factorial resultante explica el 72.86% de la varianza y está constituida por siete factores.

Análisis factorial confirmatorio

La Figura 3.3 muestra los resultados del AFC. Al respecto de los índices de bondad de ajuste los valores del modelo de siete dimensiones fueron aceptables por el RMSEA (RMSEA=.017, 90% IC [.000, .027]), un buen SRMR (.054), y CFI (.997)

así como un valor de $\chi^2/gf=1.09$ $p<.05$ y valores de lambda tienen un rango de entre .44-.99. En suma, se confirma la estructura factorial de la escala de situaciones con siete dimensiones.

Escala papel funcional influencia de personas hacia el participante

La escala de situaciones se compone de 18 ítems con seis opciones de respuesta (no es mi caso, lo ha dificultado mucho, lo ha dificultado poco, no ha sido importante, lo ha facilitado poco y lo ha facilitado mucho). La Tabla 3.3, ofrece un desglose de los estadísticos descriptivos para los ítems dentro de la escala papel funcional influencia de personas hacia el participante. El ítem 12 fue el único que presentó valores

Figura 3.3. Solución estandarizada del AFC de la escala Situaciones

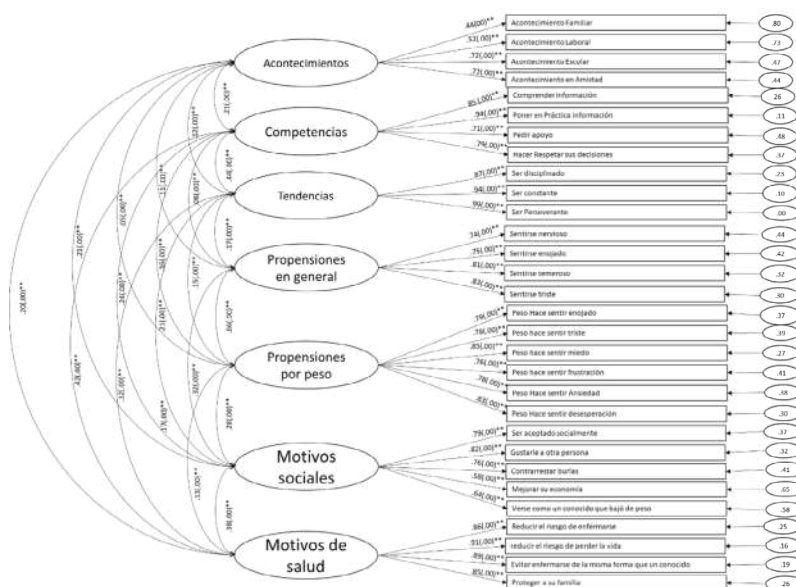


Tabla 3.3. Estadísticos de la escala papel funcional influencia de personas hacia el participante.

No de ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Intervalo de confianza 95% de MSA	Carga factorial con Intervalo de confianza al 95%
Influencia de los amigos hacia el participante						
5	2.367	3.299	0.932	-0.696	0.873-1	0.681 (0.495-0.807)
6	2.357	2.949	0.993	-0.443	0.901-0.96	0.889 (0.729-0.973)
7	2.17	3.101	1.239	-0.036	0.792-1	0.902 (0.679-0.964)
8	2.227	3.335	1.167	-0.282	0.804-1	0.854 (0.682-0.924)
9	2.59	4.042	0.772	-1.114	0.898-1	0.641 (0.308-0.747)
10	2.16	2.921	1.132	-0.252	0.855-0.92	0.843 (0.624-0.933)
11	2.09	2.995	1.359	0.289	0.845-1	0.876 (0.726-0.946)
12	1.53	1.349	2.315	4.481	0.625-1	0.707 (0.405-0.817)
Varianza Explicada = 36.91% Autovalor = 8.858 IDF = .978						
Influencia de la pareja hacia el participante						
13	2.633	3.906	0.663	-1.277	0.809-1	0.884 (0.683-0.948)
14	2.64	3.617	0.623	-1.268	0.832-1	0.847 (0.629-0.933)
15	2.83	4.168	0.578	-1.38	0.924-1	0.923 (0.771-0.985)
16	2.623	4.041	0.754	-1.155	0.865-1	0.92 (0.863-0.98)
17	2.637	4.018	0.741	-1.171	0.844-1	0.879 (0.509-0.961)
18	2.497	3.777	0.876	-0.923	0.924-1	0.9 (0.659-0.943)
19	2.043	2.721	1.361	0.321	0.855-1	0.795 (0.441-0.857)
20	2.357	3.756	1.03	-0.663	0.906-1	0.899 (0.77-0.947)
Varianza Explicada = 20.74% Autovalor = 4.978 IDF = .987						
Influencia de familia hacia el participante						
1	3.16	3.354	0.484	-1.27	0.831-0.915	0.735 (0.585-0.862)
2	3.507	4.037	0.114	-1.651	0.713-0.937	0.907 (0.801-0.977)
3	3.623	3.815	0.004	-1.615	0.715-1	0.882 (0.757-0.955)
4	3.207	4.037	0.318	-1.55	0.83-1	0.783 (0.609-0.93)
Varianza Explicada = 12.68% Autovalor = 3.045 IDF = .966						
Influencia de los profesionales hacia el participante						
21	3.517	4.576	-0.129	-1.735	0.862-1	0.907 (0.77-0.966)
22	3.74	4.426	-0.32	-1.625	0.755-1	0.946 (0.809-0.995)
23	4.057	4.407	-0.576	-1.419	0.787-1	0.969 (0.866-1.009)
24	3.563	4.699	-0.149	-1.745	0.862-0.986	0.875 (0.723-0.935)
Varianza Explicada = 9.37% Autovalor = 2.250 IDF = .987						

*IDF Estimación de la confiabilidad a partir del índice de determinación de factores

de asimetría y curtosis que exceden el valor absoluto de 1.5 por lo que, si bien el sesgo podría generar problemas, considerando que es un solo ítem, se decidió dejarlo. Al respecto de la pertenencia de los ítems a un dominio, ningún ítem incumplió

con el criterio de contar con un valor superior de 0.5 en el límite inferior del intervalo de confianza del índice MSA por lo que se decidió mantener la integridad de la escala. Con el resto de los ítems restantes del análisis anterior se valoró la adecuación



de los datos para la realización del análisis factorial exploratorio. Los índices de KMO, la prueba de esfericidad de Bartlett y el valor del determinante presentaron resultados favorables (KMO = .872, IC 95% [.872 - 1], $X^2 = 3340.7$ (276), $p < .00001$ y un valor del determinante diferente de cero (.00001)). A partir de un análisis paralelo se determinaron cuatro posibles dimensiones. En la última columna de la tabla se muestra la carga factorial con el intervalo de confianza al 95% en el factor con mayor carga factorial. Durante el análisis no se eliminó ningún otro reactivo. Los ítems restantes presentaron cargas factoriales superiores a .65 en el factor de mayor carga y una discriminación aceptables entre las cargas de los ítems entre dimensiones. La estructura factorial resultante explica el 79.72% de la varianza y está constituida por cuatro factores.

Análisis factorial confirmatorio

La Figura 3.4 muestra los resultados del AFC. Al respecto de los índices de bondad de ajuste los valores del modelo de cuatro dimensiones son aceptables por el RMSEA (RMSEA=.023, 90% IC [.007, .034]), y un buen SRMR (.055), CFI (.997) así como un valor de $\chi^2/df = 1.17$ $p < .05$ y valores de

lambda tienen un rango de entre .71-1. En suma, se confirma la estructura factorial de la escala de efectos como unidimensional.

Escala papel funcional influencia del participante hacia otras personas

La escala de situaciones se compone de 31 ítems con seis opciones de respuesta (no es mi caso, lo ha dificultado mucho, lo ha dificultado poco, no ha sido importante, lo ha facilitado poco y lo ha facilitado mucho). La Tabla 3.4, ofrece un desglose de los estadísticos descriptivos para los ítems dentro de la escala situaciones y el análisis factorial, incluyendo el nombre de las dimensiones, el porcentaje de varianza explicada, así como la confiabilidad por dimensión. Los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 16, 17, 26, 27, 28, 29, 30 y 31 presentaron valores de asimetría o curtosis que exceden el valor absoluto de 1.5, se decidió eliminar los ítems 16 y 17 debido a que incumplen el criterio tanto en asimetría y en curtosis. Al respecto de la pertenencia de los ítems a un dominio, el ítem 16 incumplió con el criterio de contar con un valor superior de 0.5 en el límite inferior del intervalo de confianza del índice MSA. Los índices de KMO, la prueba de esfericidad de Bartlett y el valor del determinante presentaron resultados

Figura 3.4. Solución estandarizada del AFC de la escala papel funcional influencia de personas hacia el participante.

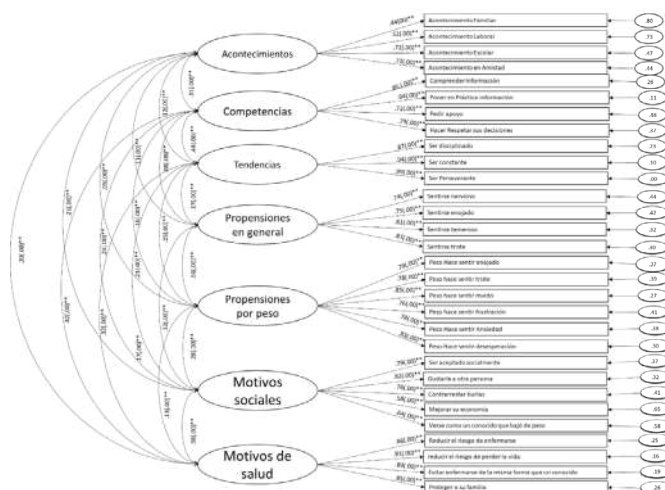
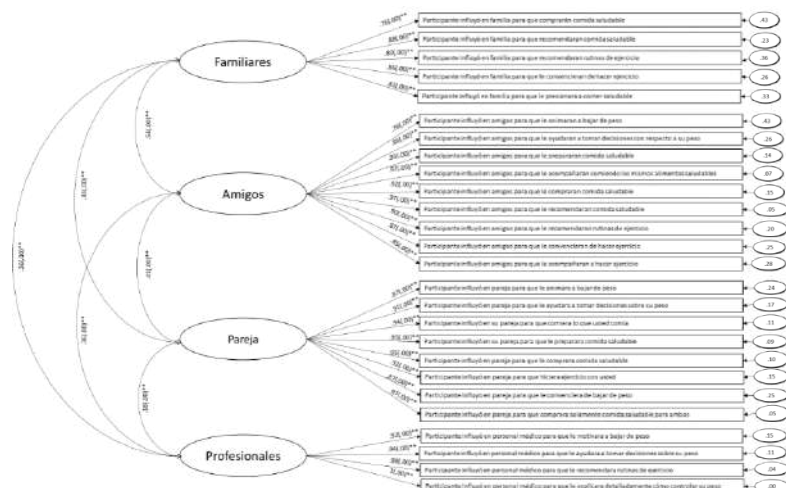


Tabla 3.4. Estadísticos de la escala papel funcional influencia del participante hacia otras personas.

No de ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Intervalo de confianza 95% de MSA	Carga factorial con Intervalo de confianza al 95%
Influencia del participante hacia los amigos						
8	2.267	3.256	0.978	-0.691	0.753-1	0.832 (0.577-1.037)
9	2.2	3.18	1.059	-0.545	0.793-1	0.852 (0.484-1.001)
10	1.967	2.632	1.403	0.431	0.886-1	0.906 (0.672-1.031)
11	2.197	3.205	1.144	-0.312	0.85-1	0.835 (0.434-0.969)
12	2.043	2.908	1.332	0.177	0.844-1	0.874 (0.452-1.01)
13	2.327	3.4	0.941	-0.775	0.92-1	0.823 (0.421-0.931)
14	2.453	3.554	0.797	-1.031	0.895-1	0.857 (0.609-0.973)
15	2.233	3.219	1.054	-0.518	0.922-1	0.889 (0.682-0.978)
16	1.73	1.977	1.801	1.869	0.176-1	
17	1.727	1.905	1.781	1.838	0.804-1	
18	2.233	3.472	1.096	-0.494	0.885-1	0.86 (0.656-0.935)
Varianza Explicada = 42.69% Autovalor = 11.101 IDF = .984						
Influencia del participante hacia la pareja						
19	2.49	3.73	0.823	-1.001	0.782-1	0.813 (0.436-0.939)
20	2.487	3.616	0.833	-0.958	0.816-1	0.865 (0.577-0.96)
21	2.717	4.016	0.632	-1.299	0.93-1	0.961 (0.676-1.007)
22	2.623	3.975	0.713	-1.204	0.781-1	0.921 (0.484-1.013)
23	2.597	3.967	0.752	-1.145	0.745-1	0.916 (0.481-1.014)
24	2.527	3.803	0.797	-1.064	0.931-1	0.865 (0.45-0.96)
25	2.17	3.001	1.176	-0.165	0.902-1	0.823 (0.62-0.921)
26	2.397	3.593	0.952	-0.748	0.881-1	0.858 (0.436-0.944)
Varianza Explicada = 19.19% Autovalor = 4.991 IDF = .986						
Influencia del participante hacia la familia						
1	3.41	4.102	0.05	-1.656	0.74-1	
2	3.503	4.05	-0.03	-1.651	0.526-1	0.682 (0.354-0.909)
3	3.397	3.919	0.022	-1.613	0.87-1	0.836 (0.461-0.99)
4	2.99	3.79	0.324	-1.51	0.875-1	0.922 (0.796-1.019)
5	2.99	3.757	0.326	-1.501	0.865-1	0.86 (0.567-0.976)
6	2.503	3.143	0.761	-0.941	0.897-1	0.675 (0.445-0.901)
7	2.85	3.961	0.493	-1.418	0.8-1	
Varianza Explicada = 10.25% Autovalor = 2.665 IDF = .964						
Influencia del participante hacia los profesionales						
27	3.023	4.783	0.317	-1.718	0.877-1	0.925 (0.659-1.007)
28	3.18	4.801	0.187	-1.769	0.862-1	0.972 (0.819-1.022)
29	3.36	4.917	0.035	-1.819	0.861-1	
30	3.15	4.827	0.2	-1.773	0.853-1	0.881 (0.445-0.972)
31	3.237	4.934	0.148	-1.793	0.821-1	0.971 (0.703-1.026)
Varianza Explicada = 9.28% Autovalor = 2.413 IDF = .991						
*IDF Estimación de la confiabilidad a partir del índice de determinación de factores						



Figura 3.5. Solución estandarizada del AFC de la escala papel funcional influencia del participante hacia otras personas.

favorables ($KMO = .886$, IC 95% [.886 - .886], $X^2 = 3313.8$ (465), $p < .00001$ y un valor del determinante diferente de cero (.00001)). A partir de un análisis paralelo al igual que en la escala anterior se ajustó el análisis a cuatro posibles dimensiones. En la última columna de la tabla se muestra la carga factorial con el intervalo de confianza al 95% en el factor con mayor carga factorial. Durante el análisis se eliminaron los ítems 7 y 1 por tener cargas factoriales inferiores al criterio de .3 en el intervalo inferior y el ítem 29 por tener cargas factoriales inadmisibles que superan el valor de la unidad teniendo un potencial caso "Heywood" (McDonald, 1985). Los ítems restantes presentaron cargas factoriales aceptables en el factor de mayor carga

y una discriminación entre las cargas de los ítems entre dimensiones dentro de los criterios esperados. La estructura factorial resultante explica el 81.43% de la varianza y está constituida por cuatro factores.

Análisis factorial confirmatorio

La Figura 3.5 muestra los resultados del AFC. Al respecto de los índices de bondad de ajuste los valores del modelo de cuatro dimensiones son aceptables por el RMSEA ($RMSEA = .011$, 90% IC [.000, .025]), y un buen SRMR (.053), CFI (1) así como un valor de $\chi^2/gl = 1.03$ $p < .05$ y valores de lambda tienen un rango de entre .71-1. En suma, se confirma la estructura factorial de la escala de efectos como unidimensional.

Tabla 3.5. Estadísticos de la escala Efectos.

No de ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Intervalo de confianza 95% de MSA	Carga factorial con Intervalo de confianza al 95%	R ítem total corregido
Influencia de la pareja hacia el participante							
1	4.363	3.045	-0.65	-1.131	0.246-0.934	0.78 (0.714-0.83)	0.699
2	4.577	2.944	-0.899	-0.72	0.289-0.928	0.87 (0.82-0.906)	0.792
3	4.6	2.973	-0.953	-0.609	0.29-0.929	0.88 (0.818-0.918)	0.801
4	4.043	3.641	-0.504	-1.292	0.276-0.848	0.782 (0.704-0.833)	0.714



Tabla 3.5. Estadísticos de la escala Efectos.

No de ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Intervalo de confianza 95% de MSA	Carga factorial con Intervalo de confianza al 95%	R ítem total corregido
5	4.06	3.51	-0.557	-1.209	0.261-0.839	0.741 (0.656-0.803)	0.675
6	4.853	2.585	-1.271	0.186	0.274-0.95	0.842 (0.78-0.89)	0.764
7	4.893	2.449	-1.336	0.4	0.305-0.951	0.918 (0.876-0.947)	0.833
8	4.93	2.452	-1.384	0.509	0.278-0.919	0.843 (0.756-0.893)	0.753
9	4.82	2.708	-1.241	0.099	0.284-0.923	0.83 (0.752-0.885)	.75
10	3.533	3.789	-0.123	-1.549	0.237-0.87		
11	3.433	4.039	-0.039	-1.633	0.192-0.904		
12	2.8	3.893	0.489	-1.417	0.142-0.832		
13	2.55	3.547	0.707	-1.122	0.084-0.846		

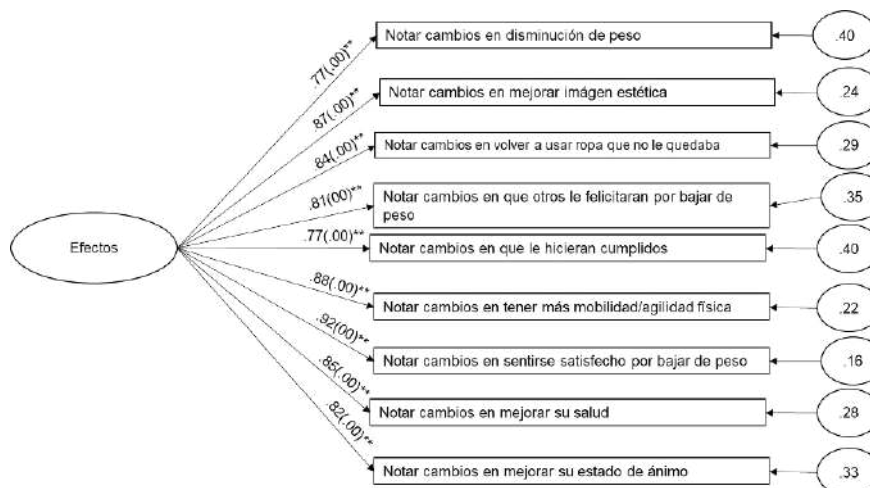
Continuación

Escala Efectos

La escala de situaciones se compone de 13 ítems con seis opciones de respuesta (no es mi caso, lo ha dificultado mucho, lo ha dificultado poco, no ha sido importante, lo ha facilitado poco y lo ha facilitado mucho). En la tabla 3.5 se puede apreciar que los ítems 10 y 11 presentan valores de curtosis que exceden el valor absoluto de 1.5. Con respecto a la pertenencia de los ítems a un dominio, todos los ítems presentaron valores inferiores a 0.5 en el

índice MSA; no obstante, únicamente se decidió eliminar los ítems 13, 12 y 11 por presentar los valores más bajos en el índice. Los índices de KMO, la prueba de esfericidad de Bartlett y el valor del determinante presentaron resultados favorables (KMO = .878, [.543 - .886], $X^2 = 3194.9$ (45), $p < .05$ y un valor de determinante diferente de cero (0.01383)). Debido a que el primer factor explicaba más del 69% de la varianza se exploró la posibilidad de que la escala de Efecto sea considerada como

Figura 3.6. Solución estandarizada del AFC de la escala de efectos.



unidimensional. En la penúltima columna de la tabla se muestra la carga factorial con el intervalo de confianza al 95% en el factor con mayor carga factorial. Durante el análisis se eliminó el ítem 10 por tener cargas factoriales en el intervalo inferior fueron menores a .5. Se puede observar que todos los ítems presentaron cargas factoriales superiores a .32 y correlaciones ítem totales por arriba de .50 en todos los ítems. Por último, sobre las pruebas de unidimensionalidad de la escala, se encontraron valores superiores al criterio que favorecen la consideración de la escala esencialmente como unidimensional (UniCo =.982, ECV=.895 y MIREAL =.221). El único factor tiene nueve ítems y

explica el 72.75% de la varianza total con un autovalor de 6.252 y una confiabilidad estimada con el Omega ordinal de .953.

Análisis factorial confirmatorio

La Figura 3.6 muestra los resultados del AFC. Al respecto de los índices de bondad de ajuste los valores del modelo de una sola dimensión fueron aceptables por el RMSEA (RMSEA=.063, 90% IC [.041, .084]), y un buen SRMR (.065), CFI (.994) así como un valor de $\chi^2/gf= 2.22$ $p<.05$ y valores de lambda tienen un rango de entre .76-.93. En suma, se confirma la estructura factorial de la escala de efectos como unidimensional.

A lo largo de este capítulo se presentó una batería de instrumentos que pretenden identificar los factores psicológicos relacionados con la regulación del peso corporal, dicha batería se compone por un instrumento que identifica las morfologías de conducta realizadas por las personas en su último intento para bajar de peso, de igual manera mide la influencia de los factores disposicionales implicados así como el papel que desempeñan las personas hacia los participantes en el último intento para bajar de peso; igualmente es relevante destacar que este instrumento mide la influencia del participante sobre otras personas así como la influencia de los efectos de la interacción sobre el último intento para bajar de peso. Con el fin de evaluar las propiedades psicométricas cada instrumento se sometió a un minucioso análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Después del análisis estadístico de cada instrumento y en concordancia con el objetivo de este estudio se puede afirmar, como conclusión primaria que los cinco instrumentos cumplen con las características necesarias para su uso en la investigación de los factores relacionados con la regulación del peso corporal.

La batería que aquí se presenta posee las siguientes virtudes: 1) estar construida con base en una propuesta teórica psicológica que concibe al evento psicológico como una interacción total del individuo con su entorno, cada instrumento evita el uso de categorías dualistas o reduccionistas; 2) partir del modelo psicológico de la salud (Ribes, 1990), la batería conceptualiza que la regulación del peso corporal es el resultado último de la manera en la que los individuos responden a su entorno y en el que intervienen diferentes factores que modulan dicha interacción lo que permite concebir a la regulación del peso corporal como un evento interactivo y no cognitivo; 3) el análisis contingencial como sistema analítico posibilita -en este caso- el desarrollo de cinco instrumentos para describir qué hacen las personas en su intento para bajar de peso así como la influencia de los factores disposicionales, el papel funcional de las personas involucradas en la interacción y los efectos de la interacción, teniendo así una aproximación más amplia con respecto a otras aproximaciones; 4) partir de criterios actualizados para analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos.

3.4 Conclusiones



Como se puede observar en los datos arrojados por el instrumento la lógica es diferente a la empleada por otras aproximaciones donde evalúan la autoeficacia (León et. al., 2022; Rodríguez, Cossío et. al., 2023), locus de control (Argüelles et al., 2017; Menéndez-González & Orts-Cortés, 2018), emociones negativas (Rojas & García-Méndez, 2017; Gómez et al., 2021) o las motivaciones (Jiménez-López, et. al., 2012, Matus, et al., 2016). Se han hecho estudios donde se considera que estados depresivos se relacionan con la obesidad (Goodman & Whitaker, 2002; Linde, et. al., 2004; Stice, et. al., 2005; Hun, et al., 2024). Estudiar el comportamiento de autorregulación de peso, como otros, desde esta perspectiva teórica conlleva a afirmar

que aquel es producto de una amplia red de relaciones que hay que ir conociendo y analizando el papel que desempeñan todos y cada uno de los elementos que lo componen.

La presente batería tiene algunas limitaciones. En primer lugar, la población de mujeres está sobre representada en ambas muestras. Esto implica que las propiedades psicométricas de los instrumentos aplican mayoritariamente a poblaciones similares. Adicional a esto, sería interesante analizar la estructura y validez de las escalas en otras poblaciones. Por último, si bien las escalas dieron evidencia de validez factorial, resulta necesario corroborar tanto la validez de constructo como el poder predictivo de la batería.

Argüelles, N.V., Domínguez, L.S. & Morales, R.J. (2017). Propiedades psicométricas de la Escala de Locus de Control en Dios en una muestra de mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Peruana de Psicología*, 23(2), 258-272. <https://www.redalyc.org/journal/686/68655997008/>

Bray, G. A., Kim, K. K., Wilding, J. P., & World Obesity Federation. (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity reviews*, 18(7), 715-723.

Efron, B. (1987). Better bootstrap confidence intervals (with discussion). *Journal of the American Statistical Association*, 82, 171-20. 10.2307/2289144

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2022). <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/31-Obesidad.y.riesgo-ENSA-NUT2022-14809-72498-2-10-20230619.pdf>

Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.

Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva U. (2016). A note on improving EAP trait estimation in oblique factor-analytic and item response theory models. *Psicologica*, 37, 235-247.

Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva U. (2018). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 78, 762-780. <https://doi:10.1177/0013164417719308>

Frias-Navarro D., & Pascual, M. (2012). Práctica del

análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing, *Suma Psicológica*, 19(1), 47-58. Recuperado el 2 de agosto de 2020, de <https://www.uv.es/~friasnav/FriasNavarroMarcopsSoler.pdf>

Gobierno de México (2021). ¿Qué es la alimentación saludable? <https://www.gob.mx/promosalud/es/articulos/que-es-la-alimentacion-saludable?idiom=es>

Goldiamond, I. (1974). Toward a Constructional Research Approach to Social Problems. *Behaviorism*, 3, 49-86.

Gómez, P.D., Salinas, R.B., Becerra, M.C. & Ortiz, M.S.(2021). Percepción de discriminación y obesidad: el rol de la afectividad negativa y la calidad de la dieta. *Psyche*, Vol. 30(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.7764/psyche.2019.22325>

Guttman, L. (1955). The basis for Scalogram analysis. In Stouffer, S. A. (Ed.), *Measurement and Prediction*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876151-010>

Goodman, E., & Whitaker, R. C. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 110(3), 497-504.

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185. <https://doi:10.1007/bf02289447>

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*,

3.5 Referencias

- 6(1), 1–55. doi:10.1080/10705519909540118
- Hun, N., Urzúa, A., Acuña, V., Barraza, K. & Leiva, J. (2024). Efecto de la sintomatología ansiosa y depresiva sobre los estilos de alimentación de la población chilena. *Suma Psicológica*, Vol. 31(2), 21-27. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2024.v31.n2.3>
- Izquierdo, M. & Aguilar, E. (2019). Limitaciones del Índice de Masa Corporal como predictor de morbilidad en poblaciones femeninas. *Revista Cubana de Medicina del Deporte y la Cultura Física. [revista en Internet]*. 14(3). Disponible en: <https://revmedep.sld.cu/index.php/medep/article/view/40>
- Jiménez-López, Maldonado-Guzmán, Flores-Pérez y Déciga-García. (2012). Motivos para bajar de peso. ¿Por qué asistir a un programa de apoyo?. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 50(4), 407-412. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=87202>
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415. <https://doi.org/10.1007/BF02291817>
- Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little jiffy, mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 111-117. <https://doi.org/10.1177/001316447403400115>
- León, H.R., del Angel, G.J., Rodríguez, P.A., Gómez, P.G., Platas, A.S., & Pineda, G.G. (2022). Efectos de un programa de autoeficacia en auto atributos y afectos para el control de peso. *Psicumex*, Vol. 12. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-59362022000100106&lang=es
- Li, C.-H. (2016). The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychological Methods*, 21(3), 369–387. <https://doi.org/10.1037/met0000093>
- Linde, J.A., Jeffery, R.W., Levy, R.L., Sherwood, N.E., Utter, J., Pronk, N.P., & Boyle, N.G. et al (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and woman. *International Journal of Obesity and related metabolic disorders*, Vol. 28(3), 418-425. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14724662/>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología/annals of psychology*, 30(3), 1151-1169.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2021). MSA: The Forgotten Index for Identifying Inappropriate Items Before Computing Exploratory Item Factor Analysis. *Methodology*, 17(4), 296-306. <https://doi.org/10.5964/meth.7185>
- Matus, L.N., Álvarez, G.G., Nazar, B.D. & Mondragón, R.R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. *Estudios Sociales*, Vol. 24-25(47), 379-409. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0188-45572016000100380&lang=es
- Menéndez, G.L. & Orts-Cortés, M. (2018). Factores psicosociales y conductuales en la regulación del peso: autorregulación, autoeficacia y locus de control. *Enfermería Clínica*, 28(3), 154-161. <http://hdl.handle.net/10045/75630>
- Morata, M. A., Holgado, F. P., Barbero, I., & Mendez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción psicológica*, 12(1), 79-90. <https://dx.doi.org/doi.org/10.5944/ap.12.1.14362>
- Moreno, D. & Rodríguez, M. L. (2018). Psicología de la salud y las aproximaciones conductual, cognitivo conductual, cognitivo social e interconductual. En: G. Mares y C. A. Carrascoza (coords). *La psicología y sus ámbitos de intervención. Salud y clínica*, vol. 2. FES-UNAM Iztacala.
- Nieto, A.M & Palacios, R.M.(2022). Alteraciones moleculares en el individuo metabólicamente obeso con peso normal. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, Vol. 17(2), 1-14. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170278835014>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ribes, E. (1982). *El Conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la Conducta*. México: Trillas.
- Ribes, E.; Díaz-González, E. Rodríguez, M.L. y Landa, D. (1986). El Análisis Contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8, 27-52.
- Rodríguez, M. L. (2023). Análisis contingencial: Metodología para el ámbito profesional. UNAM, FES Iztacala.
- Rodríguez, R.G., Cossío, T.P., Galicia, A.R. & Landeros, O.E. (2023). Relación de auto eficacia para el control de peso y resiliencia en mujeres mexicanas. Vol. 8(19), 1-16. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.403>
- Rojas, R.A. & García, M.M. (2017). Construcción de una escala de alimentación emocional. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, Vol.3(45), 85-95.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Barnes and Noble.
- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent in girls: a prospective study. *Journal and Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73(2), 195-202. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15796626/>

Batería Factores Psicológicos Asociados a la Regulación del Peso Corporal (FPARPC)

3.6 Anexo A. Batería Factores Psicológicos Asociados a la Regulación del Peso Corporal (FPARPC)

Criterios de Inclusión y preguntas informativas

¿En qué país reside?	México				Otro
¿En qué región del país reside?	Edo.de México o CDMX	Región Norte	Región Sur	Región Oeste	Región Este
¿Ha realizado intentos por bajar de peso en los últimos seis meses?	Si				No
¿Usted es mayor de edad?	Si				No
¿A través de que medio ingresó?	Facebook	Instagram	Twitter	Correo electrónico	Invitación Personal

Datos de Identificación

Correo Electrónico	Otro			
Edad (en años)	Fecha de nacimiento	dd	mm	aaaa
Sexo (Para fines de investigación se pregunta sobre el sexo biológico, pero se reconoce la identidad de género de cada participante):	Masculino			
Estado Civil	Femenino			
Ocupación:	Estudiante	Oficio	Comerciante	Profesionista
Último Grado Escolar:	Ninguno	Primaria	Secundaria	Preparatoria
				Hogar
				Desempleado
				Jubilado
				Otro
				Técnico
				Licenciatura
				Posgrado

Antropometría

SECCIÓN RELACIONADA AL PESO

¿Cuál es su peso ACTUAL (KG)? (Si no sabe su peso actual coloque "999"):						
¿Cuál fue su peso MÁXIMO (KG) en los últimos cinco años? (Si no sabe cual fue coloque "999"):						
¿Cuánto tiempo lleva con el peso ACTUAL?	No lo recuerdo	Menos de un mes	Entre uno y cinco meses	Más de cinco meses y hasta un año	Más de un año y hasta cinco años	Más de cinco años
¿Cuánto tiempo duró con su peso MÁXIMO?	No lo recuerdo	Menos de un mes	Entre uno y cinco meses	Más de cinco meses y hasta un año	Más de un año y hasta cinco años	Más de cinco años
¿Cuál fue su peso MÍNIMO (KG) en los últimos cinco años? (Si no sabe su peso actual coloque "999"):						
¿Cuánto tiempo duró con su peso MÍNIMO?	No lo recuerdo	Menos de un mes	Entre uno y cinco meses	Más de cinco meses y hasta un año	Más de un año y hasta cinco años	Más de cinco años
¿Cuántos kilos perdió en su último intento para bajar de peso? (Si no recuerda cuantos kilos perdió coloque "999"):						

SECCIÓN RELACIONADA A LA ESTATURA

¿Cuál es su ESTATURA ACTUAL (cm) (Si no recuerda su estatura actual coloque "999"):						
¿Cuál es su CONTORNO de cintura ACTUAL (cm) en los últimos cinco años? (Si no recuerda su contorno de cintura actual coloque "999"):						
¿Cuál es su CONTORNO de cintura MÍNIMO (cm) en los últimos cinco años? (Si no recuerda su contorno de cintura mínimo coloque "999"):						
¿Cuál es su CONTORNO de cintura MÁXIMO (cm) en los últimos cinco años? (Si no recuerda su contorno de cintura máximo coloque "999"):						



Antropometría

SECCIÓN RELACIONADA CON LOS INTENTOS PARA BAJAR DE PESO

¿Cuánto tiempo se tardó en bajar de peso en su ÚLTIMO INTENTO?	Un mes	Entre dos y cinco meses	Entre seis meses y un año	Entre dos y cinco años	Más de cinco años	No lo he logrado
¿Cuánto tiempo se mantuvo con el peso que logró bajar?	Un mes	Entre dos y cinco meses	Entre seis meses y un año	Entre dos y cinco años	Más de cinco años	No lo he logrado

SECCIÓN RELACIONADA CON LA SALUD

¿Padece alguna enfermedad? (puede elegir más de una opción)	Ninguna	Hipertensión	Diabetes	Hipotiroidismo	Hipertiroidismo	otra
¿Toma algún medicamento para controlarla (s)?	Sí			No		
¿Qué medicamentos toma?						
Escriba los medicamentos que toma para controlar las enfermedades que menciona antes. En caso de no recordarlo escriba “LO OLVIDE”. Si no toma medicamentos escriba “NO TOMO MEDICAMENTOS”:						
¿Se ha realizado alguna cirugía bariátrica en los últimos cinco años?	Sí			No		
¿Qué tipo de cirugía se realizó?:						
¿Hace cuánto se la hizo?	En el último año	Hace dos años	Hace tres años	Hace cuatro años	Hace cinco años	

Instrumento "Morfologías de Conducta"

Instrucciones: A continuación, se le presenta el primer instrumento de la batería FPARPC. Los siguientes reactivos son una serie de comportamientos que las personas suelen hacer para controlar el peso corporal. Responda con honestidad.

MORFOLOGÍAS DE CONDUCTA

INSTRUCCIÓN DE LLENADO		Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuente	Muy Frecuente
¿Con qué frecuencia realizó cada comportamiento en su último intento para bajar de peso? Si usted no realizó alguno de ellos. "Seleccione el valor de NUNCA".						
1	Compró alimentos saludables					
2	Cocinó con menos aceite					
3	Cambió su consumo de alimentos no saludables por saludables					
4	Se aseguró de que prepararan sus alimentos saludables					
5	Aumentó la cantidad de agua que bebía					
6	Consultó a un médico naturista					
7	Consultó a un médico homeópata					



MORFOLOGÍAS DE CONDUCTA

INSTRUCCIÓN DE LLENADO ¿Con qué frecuencia realizó cada comportamiento en su último intento para bajar de peso? Si usted no realizó alguno de ellos. “Seleccione el valor de NUNCA”.		Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuente	Muy Frecuente
8	Consultó a un acupunturista					
9	Se informó por cualquier fuente de internet					
10	Vio videos sobre ejercicio					
11	Vio videos sobre nutrición					
12	Leyó revistas del tema					

Instrumento “Situaciones”

Instrucciones: A continuación, se le presenta el segundo instrumento de la batería FPARPC. Este contiene una serie de elementos que podrían tener influencia en el control del peso corporal. Responda qué tanto ha dificultado o facilitado su último intento para bajar de peso.

SITUACIONES I ESCALA: CAMBIOS IMPORTANTES

INSTRUCCIÓN DE LLENADO ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado en su último intento para bajar de peso que ocurriera algún CAMBIO IMPORTANTE en los siguientes aspectos? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione “No es mi caso”.		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
13	Familiar (por ejemplo: falleció alguien, cambió de casa, etc.)						
14	Laboral (por ejemplo, nuevo trabajo, despido, etc.)						
15	Escolar (por ejemplo, cambio de escuela, graduación, etc.)						
16	De amistad (por ejemplo, nuevo amigo, amigo cambia de residencia, etc.)						



SITUACIONES | ESCALA: CAPACIDADES

INSTRUCCIÓN DE LLENADO ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado en su último intento para bajar de peso tener alguna(s) de las siguientes CAPACIDADES? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione "No es mi caso".		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
17	Comprender información nueva						
18	Poner en práctica información nueva						
19	Pedir apoyo						
20	Poner límites para hacer respetar sus decisiones relacionadas con su meta de bajar de peso						

SITUACIONES | ESCALA: QUE USTED SEA

INSTRUCCIÓN DE LLENADO ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado en su último intento para bajar de peso QUE USTED SEA? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione "No es mi caso".		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
21	Disciplinado(a)						
22	Constante						
23	Perseverante						



SITUACIONES DE CONDUCTA | ESCALA: SE SINTIERA

INSTRUCCIÓN DE LLENADO ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado en su último intento para bajar de peso que SE SINTIERA de las siguientes formas? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione “No es mi caso”.		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
24	Nervioso(a)						
25	Enojado(a)						
26	Temeroso(a)						
27	Triste						

SITUACIONES | ESCALA: SU PESO E IMAGEN CORPORAL

INSTRUCCIÓN DE LLENADO ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado en su último intento para bajar de peso que SU PESO O IMAGEN CORPORAL le haya hecho sentir de las siguientes formas? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione “No es mi caso”.		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
28	Enojado(a)						
29	Triste						
30	Miedoso(a)						
31	Frustrado(a)						
32	Ansioso(a)						
33	Desesperado(a)						



SITUACIONES I ESCALA: MOTIVOS

INSTRUCCIÓN DE LLENADO ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado en su último ¿Qué tanto dificultaron o facilitaron en su último intento para bajar de peso los siguientes MOTIVOS? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione “No es mi caso”.		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
34	Ser aceptado socialmente						
35	Gustarle a otra persona						
36	Contrarrestar burlas						
37	Mejorar su economía						
38	Verse como un conocido que bajó de peso						
39	Reducir el riesgo de enfermarse						
40	Disminuir el riesgo de perder la vida						
41	Evitar enfermarse de la misma forma que un(a) conocido(a)						
42	Proteger a su familia						

Instrumento “Comportamiento de otras personas”

Instrucciones: El siguiente es el tercer instrumento de la batería FPARPC. A continuación, se le presentará una serie de elementos relacionados con el comportamiento de otras personas. Este instrumento tiene dos secciones, en la primera nos interesa conocer la influencia de otras personas hacia usted y en la segunda sección nos interesa conocer la influencia de usted hacia los demás en su último intento para bajar de peso.

EN ESTA SECCIÓN RESPONDA EN QUÉ MEDIDA OTRAS PERSONAS HAN INFLUIDO EN USTED EN SU ÚLTIMO INTENTO PARA BAJAR DE PESO.



COMPORTAMIENTO DE OTRAS PERSONAS | ESCALA: FAMILIA

INSTRUCCIÓN DE LLENADO En este reactivo nos interesa conocer la influencia de SU FAMILIA, indique: ¿Qué tanto ha dificultado o ha facilitado en su último intento para bajar de peso que sus familiares...? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione "No es mi caso".		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
43	Comieran lo que usted comía						
44	Prepararan comida saludable para usted						
45	Compraran comida saludable para usted						
46	Compraran solamente comida saludable para todos						

COMPORTAMIENTO DE OTRAS PERSONAS | ESCALA: AMIGOS

INSTRUCCIÓN DE LLENADO En este reactivo nos interesa conocer la influencia de SUS AMIGOS, indique: ¿Qué tanto ha dificultado o ha facilitado en su último intento para bajar de peso que sus amigos...? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione "No es mi caso".		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
47	Le ayudaran a tomar decisiones con respecto a su peso						
48	Comieran lo que usted comía						
49	Le preparan comida saludable						
50	Le comprarán comida saludable						
51	Hicieran ejercicio con usted						
52	Le convencieran de bajar de peso						
53	Compraran solamente comida saludable para todos						
54	Le exigieran bajar de peso						



COMPORTAMIENTO DE OTRAS PERSONAS | ESCALA: PAREJA

INSTRUCCIÓN DE LLENADO En este reactivo nos interesa conocer la influencia de SU PAREJA, indique: ¿Qué tanto ha dificultado o ha facilitado en su último intento para bajar de peso que su pareja...? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione "No es mi caso".		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
55	Le animara a bajar de peso						
56	Le ayudara a tomar decisiones con respecto a su peso						
57	Comiera lo que usted comía						
58	Preparara comida saludable para usted						
59	Comprara comida saludable para usted						
60	Hiciera ejercicio con usted						
61	Le convenciera de bajar de peso						
62	Comprara solamente comida saludable para ambos						

COMPORTAMIENTO DE OTRAS PERSONAS | ESCALA: PROFESIONAL DE LA SALUD

INSTRUCCIÓN DE LLENADO En este reactivo nos interesa conocer la influencia de SU MÉDICO, NUTRIÓLOGO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD en su último intento para bajar de peso, indique: ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado que él o ella...? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione "No es mi caso".		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
63	Le animara a bajar de peso						
64	Le ayudara a tomar decisiones con respecto a su peso						
65	Le recomendara comida saludable						
66	Le recomendara rutinas de ejercicio						

EN ESTA SECCIÓN RESPONDA EN QUÉ MEDIDA USTED HA INFLUIDO EN OTRAS PERSONAS EN SU ÚLTIMO INTENTO PARA BAJAR DE PESO.



INFLUENCIA HACIA OTRAS PERSONAS | ESCALA: SU FAMILIA

INSTRUCCIÓN DE LLENADO En este reactivo nos interesa conocer SU influencia hacia SU FAMILIA, indique: ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado su último intento para bajar de peso que USTED lograra que ellos...? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione "No es mi caso".		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
67	Le comprarán comida saludable						
68	Le recomendarán comida saludable						
69	Le recomendarán rutinas de ejercicio						
70	Le convencieran de hacer ejercicio						
71	Le presionarán a comer saludable						

INFLUENCIA HACIA OTRAS PERSONAS | ESCALA: SUS AMIGOS

INSTRUCCIÓN DE LLENADO En este reactivo nos interesa conocer SU influencia hacia SUS AMIGOS, indique: ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado su último intento para bajar de peso que USTED lograra que sus amigos...? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione "No es mi caso".		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
72	Le animarán a bajar de peso						
73	Le ayudarán a tomar decisiones con respecto a su peso						
74	Prepararán comida sana para usted						
75	Le acompañarán comiendo los mismos alimentos saludables que usted						
76	Le comprarán comida saludable						
77	Le recomendarán comida saludable						
78	Le recomendarán rutinas de ejercicio						
79	Le convencieran de hacer ejercicio						
80	Le acompañarán a hacer ejercicio						



INFLUENCIA HACIA OTRAS PERSONAS | ESCALA: HACIA SU PAREJA

INSTRUCCIÓN DE LLENADO En este reactivo nos interesa conocer SU influencia hacía SU PAREJA, indique: ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado su último intento para bajar de peso que USTED lograra que su pareja...? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione “No es mi caso”.		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
81	Le animara a bajar de peso						
82	Le ayudara a tomar decisiones con respecto a su peso						
83	Comiera lo que usted comía						
84	Le preparara comida saludable						
85	Le comprara comida saludable						
86	Hiciera ejercicio con usted						
87	Le convenciera de bajar de peso						
88	Comprara solamente comida saludable para ambos						

INFLUENCIA HACIA OTRAS PERSONAS | ESCALA: PROFESIONALES

INSTRUCCIÓN DE LLENADO En este reactivo nos interesa conocer SU influencia hacía SU MÉDICO, NUTRIÓLOGO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD, indique: ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado su último intento para bajar de peso que USTED lograra que él o ella...? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione “No es mi caso”.		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
89	Le motivara a bajar de peso						
90	Le ayudara a tomar decisiones						
91	Le recomendara rutinas de ejercicio						
92	Le explicara detalladamente cómo controlar su peso						

Instrumento "Efectos"

Instrucciones: El siguiente es el cuarto instrumento de la batería FPARPC. A continuación, se le presenta una serie de elementos relacionados con las consecuencias de su último intento y que podrían tener influencia en el control de su peso corporal. Responda en qué medida han dificultado o facilitado en su último intento para bajar de peso.

EFFECTOS I ESCALA: CAMBIOS

INSTRUCCIÓN DE LLENADO En este reactivo nos interesa conocer SU influencia hacia SU PAREJA, indique: ¿Qué tanto ha dificultado o facilitado su último intento para bajar de peso que USTED lograra que su pareja...? Si usted no se identifica con alguno de ellos, seleccione "No es mi caso".		No es mi caso	Lo ha dificultado mucho	Lo ha dificultado poco	No ha sido importante	Lo ha facilitado poco	Lo ha facilitado mucho
93	Disminuir su peso						
94	Mejorar su imagen estética						
95	Volver a usar ropa que no le quedaba						
96	Que otros le felicitaran por bajar de peso						
97	Que le hicieran cumplidos						
98	Tener más movilidad/agilidad física						
99	Sentirse satisfecho por bajar de peso						
100	Mejorar su salud						
101	Mejorar su estado de ánimo						

