

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL CON RELACIÓN A LA ACTIVIDAD
FÍSICA, CONDUCTA ALIMENTARIA Y BIENESTAR SOCIAL DE
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD
ATENDIDOS EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD
METROPOLITANO. RED DE SALUD DE TACNA, 2026**

TESIS

PRESENTADO POR:

LY COHAILA, SAYURI MILAGROS

QUIHUE PACO, KHARLA DAYSI

ASESOR:

MG. GERSON ROBERTO GÓMEZ ZAPANA

Para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Tacna – Perú

Año 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, LY COHAILA Sayuri Milagros, QUIHUE PACO Kharla Daysi, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna con DNI 72228349,72501177, declaramos bajo juramento que:

1. Somos autores de la tesis titulada:

“Autopercepción corporal con relación a la actividad física, conducta alimentaria y bienestar social de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026”

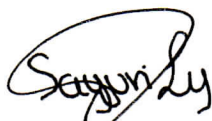
Asesorada por Mg. Gerson Roberto Gómez Zapana, la cual presente para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



Nombre: Ly Cohaila, Sayuri Milagros

DNI: 72228349

Fecha: 09/07/26



Nombre: Quihue Paco, Kharla Daysi

DNI: 72501177

Fecha: 09/07/26

DEDICATORIA

Dedico este logro, en primer lugar, a Dios todopoderoso, por ser el autor de mi vida y por concederme el privilegio de recorrer este camino académico. Gracias por regalarme la sabiduría, la fortaleza y la perseverancia necesaria para llegar hasta este momento tan importante. En cada paso me sostuviste, iluminaste mi camino y me enseñaste que, con fe, esfuerzo y dedicación, los sueños pueden hacerse realidad.

A mi madre, por ser el pilar más importante de mi vida. Gracias por tu amor incondicional, por cada sacrificio realizado, por creer siempre en mí y por enseñarme con tu ejemplo el verdadero significado de la fortaleza y la perseverancia. Cuando sentí que no podía continuar, encontré en ti la motivación para seguir adelante. Este logro también te pertenece, porque sin tu apoyo nada de esto habría sido posible.

A mi padre, por ser un ejemplo de esfuerzo, responsabilidad y constancia. Gracias por tus consejos, confianza y por inculcarme los valores que hoy me permiten alcanzar esta meta. Este logro también es fruto de tus enseñanzas.

A mis hermanos, por acompañarme en cada etapa de este camino, por su cariño, comprensión y constante apoyo. Gracias por motivarme a seguir adelante y por compartir conmigo la alegría de este logro.

A mis abuelos, por su amor, sabiduría y ejemplo de vida. Gracias por sus enseñanzas, consejos y oraciones, que han sido una fuente de fortaleza e inspiración para alcanzar mis metas.

A mi tío, por inspirarme a seguir la Medicina con su vocación, compromiso y calidad humana. Gracias por demostrarme que esta profesión es una forma de servir a los demás. Este logro también es para ti, con cariño y gratitud.

A mi compañero y hoy gran amigo, gracias por tu apoyo incondicional, por tu amistad sincera y por acompañarme durante este largo recorrido. Gracias por estar presente en los momentos más difíciles, por brindarme palabras de aliento cuando más las necesitaba y por celebrar conmigo cada pequeño logro. Tu compañía hizo este camino mucho más llevadero y significativo.

A mis amigos y maestros, que esta hermosa carrera me regaló. Gracias por su compañía, enseñanzas y apoyo a lo largo de este camino. A mis amigos, por compartir cada aprendizaje y la pasión por la Medicina; y a mis maestros, por su guía, experiencia y vocación de servicio.

Finalmente, dedico este trabajo a mis pequeñas angelitas, quienes fueron mis fieles compañeras durante tantas noches de estudio y desvelo. Aunque hoy ya no estén físicamente conmigo, siempre vivirán en mi corazón y en mis recuerdos. Duqueza, Matilde y Azul, gracias por su amor incondicional y por haber llenado de alegría y paz una etapa tan importante de mi vida. Esta meta también está dedicada a ustedes.

Sayuri Milagros Ly Cohaila

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por iluminar mi camino y sostenerme en cada paso de esta travesía. Gracias por regalarme la fortaleza para enfrentar los desafíos, la sabiduría para tomar las mejores decisiones y la esperanza para nunca rendirme.

A mis queridos padres, Daysi y Orlando, quienes son el pilar más importante de mi vida y mi ejemplo a seguir. Gracias por ser la fuerza que sostuvo cada uno de mis pasos, por sacrificar tantas cosas para brindarme las oportunidades que hoy me permiten alcanzar este sueño. Cada logro que he alcanzado es por ustedes, gracias por estar siempre para mí. Nunca encontraré palabras suficientes para agradecer todo lo que han hecho por mi bienestar y por mi futuro. Este triunfo no es solo mío, sino también de ustedes.

A mis hermanas, Ximena y Luciana, por su cariño, comprensión y compañía. Gracias por estar presentes en cada etapa de mi vida, por celebrar mis logros y brindarme ánimo cuando más lo necesité.

A mis amigas, por caminar a mi lado durante esta etapa tan importante de mi vida. Me llevo no solo el logro de culminar esta etapa, sino también los recuerdos, las experiencias y el privilegio de haber compartido este camino con personas tan maravillosas.

Y a mi querida Camila, mi compañera de cuatro patas, quiero dedicarte también este logro, porque estuviste presente en cada desvelo, en cada desafío y en cada pequeño avance que me acercó a esta meta. Gracias por tu lealtad, por tu ternura y por llenar mi vida de felicidad.

Kharla Daysi Quihue Paco

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios por guiarnos con su infinita sabiduría, brindarnos fortaleza, salud y perseverancia para superar cada desafío y permitirnos culminar con éxito esta importante etapa de nuestra formación profesional.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a nuestras familias, por su amor incondicional, paciencia, comprensión y constante apoyo a lo largo de este camino.

A nuestros padres y hermanos, quienes estuvieron presentes en cada desafío, brindándonos fortaleza, motivación y confianza para alcanzar cada una de nuestras metas.

De igual manera, extendemos nuestro agradecimiento a nuestros docentes y asesores, por compartir sus conocimientos, orientación y experiencia, contribuyendo significativamente a nuestro crecimiento profesional y al desarrollo de esta investigación.

Finalmente, con profunda gratitud, reconocemos que este logro no habría sido posible sin el respaldo, la confianza y el cariño de todas las personas que nos acompañaron durante este importante recorrido académico y personal. A cada uno de ellos, nuestro más sincero agradecimiento.

RESUMEN

Introducción: El presente estudio aborda la autopercepción corporal en relación con la obesidad, considerando su impacto sobre el bienestar y la salud integral. El objetivo fue identificar las asociaciones entre variables sociodemográficas, antecedentes familiares, nivel nutricional y autopercepción corporal, fundamentándose en el análisis estadístico de los resultados de las tablas 1 a la 13.

Metodología: Se realizó un estudio transversal con muestra representativa de adultos, empleando cuestionarios validados para medir autopercepción corporal, antecedentes familiares de sobrepeso/obesidad y nivel nutricional. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, IMC y grado de obesidad. El análisis estadístico comprendió pruebas de asociación (chi cuadrado, ANOVA) y cálculo de valores p para determinar significación.

Resultados: Los antecedentes familiares de sobrepeso/obesidad y el nivel nutricional presentan asociaciones estadísticamente significativas con la autopercepción corporal ($p < 0.05$). Las personas con antecedentes familiares de obesidad mostraron menor percepción corporal positiva. Asimismo, los participantes con sobrepeso tuvieron una autopercepción corporal más alta en comparación con los grupos de obesidad II y III, quienes presentaron mayores proporciones de percepción moderada o baja. Existe una correlación negativa moderada, a mayor autopercepción corporal, menor tendencia a conductas alimentarias inadecuadas. ($p: 0.000$)

Las variables sociodemográficas no alcanzaron significación estadística, aunque se observaron tendencias en adultos mayores y personas viudas hacia una percepción corporal positiva. El IMC y el grado de obesidad se relacionaron con la satisfacción corporal, confirmando el impacto negativo del aumento del grado de obesidad sobre la imagen corporal.

Conclusiones: La autopercepción corporal está determinada principalmente por los antecedentes familiares de sobrepeso/obesidad y el nivel nutricional, mientras que las variables sociodemográficas muestran tendencias no significativas. Se recomienda implementar intervenciones educativas y psicológicas dirigidas a grupos con mayor riesgo de insatisfacción corporal, así como fortalecer el seguimiento y promoción de hábitos saludables para mejorar la autoestima y la percepción corporal.

Palabras clave: autopercepción corporal, obesidad, antecedentes familiares, nivel nutricional, resultados estadísticos, imagen corporal, satisfacción corporal

ABSTRACT

Introduction: This study addresses body self-perception in relation to obesity, considering its impact on well-being and overall health. The objective was to identify the associations between sociodemographic variables, family history, nutritional level, and body self-perception, based on the statistical analysis of the results from tables 1 to 13.

Methodology: A cross-sectional study was conducted with a representative sample of adults, using validated questionnaires to measure body self-perception, family history of overweight/obesity, and nutritional level. The variables analyzed included age, sex, educational level, marital status, occupation, BMI, and degree of obesity. Statistical analysis included association tests (chi-square, ANOVA) and calculation of p-values to determine significance.

Results: Family history of overweight/obesity and nutritional level showed statistically significant associations with body self-perception ($p < 0.05$). Individuals with a family history of obesity exhibited lower positive body perception. Likewise, overweight participants had higher body self-perception compared to those in obesity II and III groups, who showed greater proportions of moderate or low perception. There is a moderate negative correlation: higher body self-perception is associated with a lower tendency toward inadequate eating behaviors ($p: 0.000$).

Sociodemographic variables did not reach statistical significance, although trends were observed among older adults and widowed individuals toward positive body perception. BMI and degree of obesity were related to body satisfaction, confirming the negative impact of increased obesity grade on body image.

Conclusions: Body self-perception is mainly determined by family history of overweight/obesity and nutritional level, while sociodemographic variables show non-significant trends. It is recommended to implement educational and psychological interventions directed at groups with a higher risk of body dissatisfaction, as well as to strengthen monitoring and promotion of healthy habits to improve self-esteem and body perception.

Keywords: body self-perception, obesity, family history, nutritional level, statistical results, body image, body satisfaction

CONTENIDO

CONTENIDO	10
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO I	17
1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
1.1 Planteamiento del problema	17
1.2 Pregunta de investigación	18
1.3 Objetivos de investigación.....	19
1.3.1 Objetivo general:.....	19
1.3.2 Objetivos específicos:	19
1.4 Justificación	19
1.5 Definición de Términos Básicos.....	21
CAPÍTULO II	23
2 MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 Antecedentes de investigación.....	23
2.1.1 Antecedentes Internacionales	23
2.1.2 Antecedentes nacionales	29
2.1.3 Antecedentes Locales.....	30
2.2 Marco teórico	30
2.2.1 Autopercepción corporal.....	31
2.2.1.1 Fundamentos teóricos de la autopercepción corporal	

2.2.1.2	Principales teorías psicológicas sobre la autopercepción corporal	32
2.2.1.3	Principios básicos de la autopercepción corporal	34
2.2.1.4	Factores que influyen en la autopercepción corporal	34
2.2.1.5	Componentes de la imagen corporal.....	35
2.2.1.6	Relación entre autopercepción corporal y conductas alimentarias.....	36
2.2.1.7	Autopercepción corporal y actividad física	37
2.2.1.8	Impacto en el bienestar social.....	38
2.2.1.9	Implicancias en la salud y calidad de vida.....	39
2.2.2	Actividad Física	40
2.2.2.1	Definición de actividad física	40
2.2.2.2	Importancia de la actividad física en la salud	41
2.2.2.3	Factores que influyen en la práctica de actividad física	42
2.2.2.4	Relación entre actividad física y autopercepción corporal	43
2.2.2.5	Beneficios de la actividad física en el bienestar social	44
2.2.2.6	Barreras y facilitadores para la actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad	45
2.2.2.7	Estrategias para promover la actividad física en la atención primaria	46
2.2.2.8	Medición y evaluación de la actividad física	47
2.2.3	Conducta Alimentaria.....	48

2.2.3.1	Importancia de la conducta alimentaria en la salud...	48
2.2.3.2	Factores que influyen en la conducta alimentaria	49
2.2.3.3	Relación entre conducta alimentaria y autopercepción corporal	50
2.2.3.4	Impacto de la conducta alimentaria en el bienestar social	51
2.2.3.5	Barreras para una alimentación saludable en adultos con sobrepeso y obesidad	52
2.2.3.6	Estrategias para promover hábitos alimentarios saludables en la atención primaria.....	53
2.2.4	Bienestar Social	54
2.2.4.1	Importancia del bienestar social en la salud	54
2.2.4.2	Factores que influyen en el bienestar social	55
2.2.4.3	Relación entre bienestar social y autopercepción corporal	56
2.2.4.4	Impacto del bienestar social en la conducta alimentaria y la actividad física.....	57
2.2.4.5	Barreras y facilitadores para el bienestar social en adultos con sobrepeso y obesidad	58
2.2.4.6	Estrategias para promover el bienestar social en la atención primaria	59
2.2.5	Sobrepeso y Obesidad	59
2.2.5.1	Clasificación según el índice de masa corporal (IMC)	60
2.2.5.2	Factores de riesgo asociados al desarrollo de sobrepeso y obesidad.....	61

2.2.5.3	Consecuencias para la salud física y mental	62
2.2.5.4	Prevalencia y tendencias epidemiológicas en adultos 63	
2.2.5.5	Determinantes sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad.....	64
2.2.5.6	Medición y evaluación del sobrepeso y la obesidad .	66
CAPÍTULO III		67
3	HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	67
3.1	Hipótesis de Investigación	67
3.2	Variables.....	67
3.2.1	Operacionalización de variables.....	68
CAPÍTULO IV.....		71
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	71
4.1	Planteamiento del problema	71
4.1.1	Diseño del estudio	71
4.1.2	Tipo de investigación	71
4.2	Ámbito de estudio.....	72
4.3	Población y muestra	72
4.3.1	Población	72
4.3.2	Muestra	72
4.3.2.1	Criterios de inclusión:	73
4.3.2.2	Criterios de exclusión:	74
4.3.3	Técnicas	74
4.3.4	Instrumentos:	75

CAPÍTULO V.....	79
5 PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	79
5.1.1 Procedimientos:	79
5.1.2 Análisis estadístico:	80
5.1.3 Consideraciones éticas.....	80
RESULTADOS	82
DISCUSIÓN	101
CONCLUSIONES.....	104
RECOMENDACIONES	106
BIBLIOGRAFÍA.....	108
ANEXOS.....	121

INTRODUCCIÓN

Asociándose a un incremento de enfermedades crónicas no transmisibles y un impacto negativo en la calidad de vida, el sobrepeso y/o obesidad representa uno de los primeros problemas de salud pública en el mundo y en el Perú,

Su prevalencia representa un gran desafío a la salud pública en el Perú, afectando significativamente en el bienestar de quienes la padecen; es por ello por lo que la autopercepción corporal desempeña un papel crucial en la adopción de hábitos saludables, porque creemos que se relaciona en forma directa con la motivación para realizar actividad física y mantener una conducta alimentaria equilibrada. La comprensión de cómo estas variables se relacionan en pacientes que se atienden en el Centro de Salud Metropolitano de Tachna es fundamental a las necesidades reales de la población. Este estudio no solo aportaría evidencia relevante para el ámbito académico, sino que también contribuiría al fortalecimiento de políticas de prevención y promoción de salud, a fin de mejorar el bienestar integral de los pacientes y su entorno social.

El conocimiento que se obtenga podría permitir orientar estrategias integrales de promoción y prevención adaptadas a la realidad local, debido a que existen factores psicosociales que intervienen en el control de peso como por ejemplo la autopercepción corporal, la conducta alimentaria, la actividad física y el bienestar social. Sin embargo, la evidencia sobre cómo estos factores interactúan en la población peruana es limitada, especialmente en el ámbito de atención primaria de salud.

Con esta propuesta de investigación se quiere analizar la relación entre la autopercepción corporal, la actividad física, la conducta alimentaria

y el bienestar social en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad que reciben atención en el Centro de Salud Metropolitano, Red de Salud de Tacna, durante 2026. Se trata de una propuesta de observación, que empleará instrumentos validados para medir las variables de interés y permitirá aportar evidencias relevantes a nuestros objetivos de investigación.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El peso corporal de las poblaciones hoy en día constituye un alto riesgo para la salud, impactando significativamente a la calidad de vida, el bienestar social y el sistema sanitario, principalmente por ser una realidad en millones de personas a nivel mundial. En el Perú, esta problemática se ha intensificado en la última década, evidenciando la necesidad de comprender no solo los factores biológicos, sino también los determinantes psicosociales que inciden en su desarrollo y control.

La página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(1), muestra que más de 2.5 millones de adultos en el año 2022 padecían de sobrepeso y más de 890 millones eran obesos a nivel global. En Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (2) reportó en 2024 que el 37% de adultos tenían sobrepeso y el 25% obesidad, y con tendencia al alza. Con esta información se logra evidenciar la escala del problema y la urgencia para implementar estrategias para su abordaje.

Las personas que padecen de sobrepeso y obesidad se encuentran: con negativa autopercepción corporal, con dificultad motivacional para adoptar estilo de vida saludable; escasa actividad física regular; conducta alimentaria inadecuada, principalmente por el consumo excesivo de harinas y alimentos ultraprocesados y baja ingesta de frutas y verduras; disminución del bienestar social, manifestada en dificultades de integración, baja

autoestima y apoyo comunitario; limitada evidencia local sobre la interacción de estos factores en el contexto de atención primaria.

Se afirma que una autopercepción corporal negativa se relaciona con una menor adherencia a la actividad física y patrones alimentarios poco saludables (3,4). Además, la literatura internacional señala que el bienestar social se ve afectado por el estigma y la discriminación vinculados al sobrepeso y la obesidad, y que ello incide en el bienestar general y el acceder a los servicios de salud (1,5). En el ámbito peruano, las publicaciones vienen resaltando la necesidad de abordar estos problemas de inmediato para mejorar los resultados en salud (6).

Conocer la relación entre autopercepción corporal, actividad física, conducta alimentaria y bienestar social representa un desafío relevante para la salud pública en Tacna. Por ello, surge la inquietud por investigar ¿qué relación tiene la autopercepción corporal, la actividad física, la conducta alimentaria y el bienestar social en pacientes con sobrepeso y obesidad de las personas que se atienden en el Centro de Salud Metropolitano (DIRESA) de Tacna en el 2026?

Se desconoce la relación entre la autopercepción corporal sobre la actividad física, la conducta alimentaria y el bienestar social en estos pacientes, lo que limita el abordaje estratégico de intervenciones futuras.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan la autopercepción corporal, la actividad física, la conducta alimentaria y el bienestar social en pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de Tacna durante el 2026?

1.3 Objetivos de investigación

1.3.1 Objetivo general:

Identificar la relación de la autopercepción corporal, con la actividad física, conducta alimentaria y el bienestar social de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en el Centro de Salud Metropolitano, Red de Salud de Tacna, 2026.

1.3.2 Objetivos específicos:

- a) Describir las características de la autopercepción corporal de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna, 2026
- b) Evaluar los niveles de actividad física y conducta alimentaria de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna, 2026
- c) Analizar el nivel de bienestar social (autoestima) de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna, 2026
- d) Explorar la asociación entre autopercepción corporal y los otros factores estudiados de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna, 2026

1.4 Justificación

Desde lo teórico, la investigación aportaría al conocimiento sobre los factores psicosociales que intervienen en la obesidad, integrando

perspectivas provenientes de la psicología, la nutrición y la salud pública. En lo metodológico, se emplea un enfoque observacional transversal que posibilita detectar relaciones relevantes en el contexto local, utilizando herramientas validadas para medir los conceptos analizados. Esto fortalece la validez de los hallazgos y permite comparar los resultados con otros entornos semejantes.

En cuanto a su aplicación, los datos obtenidos podrían ser aprovechados por profesionales sanitarios, administradores del sector y responsables de políticas públicas para diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades concretas de los pacientes en atención primaria. Además, el estudio brinda una visión social al visibilizar las vivencias y obstáculos de quienes conviven con sobrepeso u obesidad, promoviendo la sensibilización y ayudando a disminuir el estigma asociado. De este modo, se impulsa un enfoque integral y empático frente a estos desafíos, con efectos positivos en la salud y el bienestar colectivo. Esta investigación tiene el potencial de clarificar los factores psicosociales vinculados al sobrepeso y la obesidad en el contexto peruano, proporcionando evidencia empírica para desarrollar estrategias integrales que mejoren la autopercepción corporal, fomenten conductas saludables y fortalezcan el bienestar social en la atención primaria. Los resultados serán de utilidad para médicos, autoridades gubernamentales y responsables de normativas en Perú.

La importancia de este estudio radica en el impacto cada vez mayor del sobrepeso y la obesidad sobre la salud pública, especialmente en la zona sur del Perú. Factores como la percepción corporal, la actividad física, los hábitos alimentarios y el bienestar social se encuentran interconectados, influyendo tanto en el surgimiento de estas afecciones como en la calidad de vida de quienes las padecen. Entender la relación entre estos aspectos facilita la identificación de áreas clave para intervenir y guiar la construcción de estrategias de promoción de la salud más efectivas.

1.5 Definición de Términos Básicos

a) Autopercepción Corporal

La autopercepción corporal abarca las ideas, sentimientos y posturas que una persona tiene respecto a su propio cuerpo, incluyendo la imagen, la valoración y el nivel de satisfacción con su apariencia física. Se trata de un concepto complejo que influye en el equilibrio emocional, los hábitos alimenticios y la adopción de estilos de vida saludables. Cuando la percepción corporal está distorsionada, suele asociarse con descontento físico y la aparición de conductas que pueden poner en riesgo la salud.(7)

b) Actividad Física

La actividad física comprende cualquier movimiento del cuerpo realizado por los músculos esqueléticos que implica un gasto de energía. Esto abarca desde ejercicios planificados y la práctica de deportes, hasta actividades diarias como caminar, subir escaleras o hacer labores del hogar. Mantenerse físicamente activo de manera constante ayuda a prevenir enfermedades crónicas, favorece el mantenimiento del peso corporal y promueve tanto la salud física como mental. (8)

c) Conducta Alimentaria

La conducta alimentaria abarca los patrones de selección, consumo y regulación de alimentos, influenciada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Incluye hábitos alimenticios, preferencias, restricciones y comportamientos relacionados con la alimentación. Una conducta alimentaria saludable favorece la prevención del sobrepeso y la obesidad,

mientras que patrones inadecuados pueden incrementar el riesgo de enfermedades metabólicas.(9)

d) Bienestar Social

El bienestar social se entiende como el grado de integración, apoyo y satisfacción que experimenta una persona dentro de su entorno comunitario y sus relaciones interpersonales. Incluye aspectos como la pertenencia, el apoyo social, la participación y la percepción de aceptación en el grupo. Un alto bienestar social favorece la salud mental, la adherencia a estilo de vida saludable y la resiliencia ante situaciones adversas.(10)

e) Sobrepeso

El sobrepeso se define como una situación en la que existe un exceso de grasa corporal, reflejado en un índice de masa corporal (IMC) que oscila entre 25 y 29,9 kg/m². Esta condición incrementa la probabilidad de padecer afecciones como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, así como otros trastornos de la salud.(1)

f) Obesidad

La obesidad corresponde a una condición médica crónica que implica una acumulación excesiva de grasa corporal, identificada por un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m². Esta situación incrementa considerablemente el riesgo de desarrollar diversas enfermedades crónicas y repercute de manera negativa en la calidad de vida y el bienestar general de la persona. (11)

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Jiménez-Morcillo et al. (12) publicaron *“The Association of Body Image Perceptions with Behavioral and Health Outcomes among Young Adults”*, estudio realizado en el 2024 en el que se propuso analizar el impacto de la percepción de imagen corporal sobre los comportamientos y resultados de salud mental y física en 605 adultos jóvenes (20-35 años) que practicaban entrenamiento de fuerza. Para la evaluación de estas percepciones, se empleó el Cuestionario Multidimensional de Relaciones Cuerpo-Yo (MBSRQ), instrumento reconocido por su capacidad para medir diversas dimensiones de la imagen corporal mediante subescalas que incluyen atractivo físico, preocupación por la apariencia y satisfacción con distintas áreas corporales. Los participantes fueron segmentados en dos grupos según la mediana autoinformada de imagen corporal. La encuesta contempló variables demográficas, fisiológicas, rutinas de entrenamiento y atributos psicológicos. Consistentemente, se empleó el término "hábitos alimentarios" para describir los patrones de alimentación, facilitando la claridad terminológica. Se identificaron diferencias significativas en hábitos alimentarios y participación en ejercicio, determinadas por la percepción de imagen corporal: una valoración negativa se asoció con hábitos menos saludables, baja actividad física y mayores índices de ansiedad y depresión, mientras que una imagen positiva se relacionó con conductas saludables y

mejor bienestar psicológico. Los hallazgos obtenidos sugieren que desarrollar intervenciones enfocadas en fomentar una percepción corporal positiva puede ser clave para potenciar el bienestar general en esta población. Es importante resaltar que, debido a las características del grupo evaluado, los resultados se circunscriben a personas con perfiles similares que practican entrenamiento de fuerza. Este trabajo subraya la relevancia de aplicar enfoques integrales que impulsen una imagen corporal positiva, contribuyendo así a la mejora tanto de la salud física como psicológica en adultos jóvenes.

Gruszca W, et al.(13) en el año 2022 *publica “Perception of body size and body dissatisfaction in adults”* donde indican que la percepción que tiene una persona sobre el tamaño de su cuerpo no siempre coincide con los criterios clínicos establecidos para determinar si se trata de peso saludable, sobrepeso u obesidad. Estas diferencias entre la percepción personal y la realidad, así como la insatisfacción corporal, pueden favorecer la aparición de trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa o el trastorno por atracón, los cuales constituyen importantes factores de riesgo para el desarrollo de obesidad. El estudio tuvo como propósito analizar de manera independiente la percepción del estado de peso, el tamaño corporal y el grado de insatisfacción corporal en personas adultas clasificadas con peso normal, sobrepeso u obesidad. Participaron 744 adultos (de los cuales 452 eran mujeres; edad media $35,9 \pm 12,4$ años; incluyendo 21 con bajo peso, 326 con peso normal, 221 con sobrepeso y 176 obesos), provenientes tanto del Centro de Gestión Metabólica como voluntarios externos. Para evaluar la percepción del tamaño corporal y el nivel de insatisfacción, se utilizó la Escala de Calificación de Figuras de Stunkards (FRS). Además, se les preguntó directamente a los participantes si creían tener bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad. Luego de aplicar la FRS, se realizaron

mediciones objetivas de peso y talla para determinar el índice de masa corporal (IMC). Entre quienes presentaban un IMC correspondiente a sobrepeso, el 1,4 % se percibió como personas con bajo peso, el 30,8 % como de peso adecuado y el 2,8 % como obesos. Por su parte, dentro del grupo categorizado clínicamente como obesidad por el IMC, el 2,6 % se autoubicó en la categoría de peso normal y el 41,6 % como sobrepeso. El grado de coincidencia entre la percepción personal del peso y la clasificación basada en el IMC resultó ser moderado, reflejando un coeficiente Kappa de 0,59 (IC 95%: 0,54–0,64). Se identificó que la tendencia a subestimar el propio peso predominaba en los hombres en comparación con las mujeres. El estudio también demostró diferencias estadísticamente significativas en los niveles de insatisfacción corporal según la categoría de peso, tanto para hombres como para mujeres. Aquellas personas con peso normal manifestaron menor insatisfacción respecto a su tamaño corporal que quienes tenían sobrepeso u obesidad, siendo esta insatisfacción particularmente más intensa en el caso de las mujeres. En conclusión, los adultos tienden a subestimar con frecuencia tanto su peso como su tamaño corporal, y la insatisfacción respecto al propio cuerpo es más prevalente entre mujeres que presentan sobrepeso u obesidad que entre los hombres del mismo grupo.

Antonucci et al. (14) investigaron en el año 2024 la “***Relación entre la percepción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo en un grupo de usuarios de Instagram***” la relación entre cómo los usuarios de Instagram perciben su imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo. El estudio parte de la premisa de que la percepción de la propia imagen influye fuertemente en las decisiones alimentarias. Tanto la presión social por el culto al cuerpo como la insatisfacción con la propia imagen pueden llevar a desarrollar trastornos de la conducta

alimentaria (TCA) o manifestaciones menos intensas llamadas conductas alimentarias de riesgo (CAR). Las redes sociales tienen impacto en ambos aspectos. El objetivo fue analizar esta relación en usuarios de Instagram durante abril de 2023. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo y observacional, empleando un muestreo no probabilístico con la participación voluntaria de personas de 18 a 60 años que respondieron un cuestionario difundido a través de las historias de Instagram de las investigadoras. La encuesta abarcó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) y el Body Shape Questionnaire-16 (BSQ-16). En total, 1107 individuos participaron, predominando mujeres jóvenes entre 18 y 30 años. Entre los hallazgos principales, el 59,7% reportó estar preocupado por su imagen corporal, siendo esta inquietud más habitual en mujeres. En cuanto a conductas alimentarias de riesgo, el 45,3% presentó algún grado de riesgo. Se observó que la preocupación por la imagen corporal y la presencia de conductas alimentarias de riesgo son más elevadas en personas de menor edad. En síntesis, la investigación evidenció una relación entre la preocupación por la imagen corporal y la aparición de conductas alimentarias de riesgo, de modo que, a mayor preocupación, mayor riesgo detectado. Asimismo, se constató que quienes asignan menor relevancia al uso de Instagram tienden a mostrar menos preocupación por su imagen y presentan menos conductas alimentarias de riesgo.

Ortiz-Rodríguez B y Gómez-Pérez D (4) estudiaron las representaciones sociales del exceso de peso en adultos chilenos mediante el análisis discursivo de seis entrevistas en La Araucanía; así titularon a su trabajo como la “***Percepción de la imagen corporal trastornos de la conducta alimentaria y actividades socioculturales***” datos forman parte del proyecto Fondecyt 11190362, sobre el estigma de la obesidad y sus consecuencias psicológicas y conductuales en ambos sexos. Participaron

seis adultos de diferentes edades, IMC, ocupaciones y niveles socioeconómicos, seleccionados por muestreo tipológico. Las entrevistas, diseñadas por el equipo LEDSA de la Universidad de La Frontera, abordaron creencias, estigmatización y experiencias relacionadas con el sobrepeso. El estudio fue aprobado por el comité ético y se realizó por medios digitales; tras validar perfiles y consentimiento informado, las entrevistas se grabaron y transcribieron. Se analizaron con ATLAS.ti, siguiendo el método de Análisis del Discurso de Conde, que incluye la lectura literal y tres fases para identificar posiciones discursivas, formas expresivas y configuraciones narrativas, relacionando los textos con su contexto y objetivos de investigación. Las entrevistas fueron analizadas para identificar discursos sobre el exceso de peso en seis adultos de La Araucanía, Chile. Se detectaron cuatro posturas discursivas (dos empáticas y dos críticas) y los temas principales fueron estigma, empoderamiento corporal, prejuicio y discriminación, siendo esta última especialmente relevante. La discriminación por peso se observa en la escuela, el trabajo y en relaciones personales. El estudio resalta la necesidad de intervenciones en salud más conscientes y de combatir el estigma de peso, aunque los resultados no pueden generalizarse por el pequeño tamaño muestral. El “estigma de peso y sus consecuencias” revela que el discurso social antiexceso de peso es ampliamente interiorizado. Este sesgo provoca ansiedad, depresión, baja autoestima, problemas interpersonales y vergüenza en quienes lo sufren, afectando por igual a hombres y mujeres. Aunque suele intensificarse en mujeres debido a los estereotipos de belleza, en este análisis no hubo diferencia por sexo y el impacto en salud mental fue similar para ambos. Los relatos muestran que la discriminación está vinculada a las características psicológicas de quien discrimina, sugiriendo que las intervenciones deben centrarse en el victimario para aliviar la carga sobre las víctimas. La estructura social actual, bajo el sistema capitalista, permite que la publicidad

de la industria alimentaria impulse el consumo de productos poco saludables, contribuyendo a la malnutrición y obesidad en comunidades latinas. Empresas como Coca Cola y Unilever han facilitado este fenómeno. La obesidad, confirmada como un problema de salud pública por estudios epidemiológicos, afecta negativamente la calidad de vida. Este estudio respalda el desarrollo de intervenciones médicas integrales que incluyan factores psicológicos y psicosociales para mejorar la vida de quienes enfrentan el exceso de peso y su estigma. El estudio evidencia la importancia de eliminar el estigma social y mediático sobre el exceso de peso, aportando datos cualitativos desde las voces de los propios afectados, un enfoque poco explorado en la literatura local. Incluye testimonios diversos y refleja cambios recientes asociados a la pandemia; sin embargo, sus resultados no pueden generalizarse por el tamaño y alcance de la muestra, y las entrevistas virtuales pudieron limitar el análisis de la comunicación no verbal. Se recomienda investigar las representaciones sociales del sobrepeso en diferentes grupos y contextos para diseñar intervenciones específicas, considerando que la gestión del exceso de peso es un proceso influido por diversas causales socioculturales, económicas y políticas, más allá de la responsabilidad personal.

Faro et al. (15) estudiaron la relación entre la calidad de vida por imagen corporal, actividad física ligera y sedentarismo en jóvenes adultos con sobrepeso u obesidad. “***Body Image Quality of Life Related to Light Physical Activity and Sedentary Behavior among Young Adults with Overweight/Obesity***” Usaron acelerómetros y encuestas con 404 participantes; encontraron que la imagen corporal se asocia positivamente con la actividad física ligera y negativamente con el IMC y el tiempo sedentario. No hubo correlación con actividad física moderada o vigorosa. Tras ajustar covariables, mayor actividad física ligera y menos sedentarismo

se relacionan con mejor calidad de vida por imagen corporal. Recomiendan incluir actividad física ligera y reducir sedentarismo en intervenciones de pérdida de peso para mejorar el bienestar relacionado con la imagen corporal.

Ruiz-Prieto et al. (16) llevaron a cabo una investigación titulada ***“Autopercepción del estado ponderal y la forma física y su relación con el nivel de actividad física realizado, conductas alimentarias y bienestar psicosocial”***. El propósito central de este estudio fue examinar la percepción que tienen los adolescentes sobre su peso y forma física, evaluando cómo se vincula con las acciones de control de peso (como la dieta y la actividad física), así como explorar la relación entre dicha percepción y el bienestar psicosocial. En la investigación participaron 655 estudiantes que completaron varios cuestionarios y también fueron medidos en peso y talla. Los hallazgos muestran que el 41,35% de los adolescentes evaluó de manera incorrecta su peso y estado físico. Se identificó que la mayoría de quienes tenían sobrepeso u obesidad no realizaban ninguna dieta para bajar de peso. Asimismo, los adolescentes que percibían su peso como alto presentaban un peor estado psicoemocional. Este trabajo brinda datos novedosos en el contexto español, aplicando metodologías internacionales y obteniendo resultados que coinciden con los encontrados en otros países. En síntesis, la manera en que los adolescentes perciben su peso y forma física tiene impacto tanto en la adopción de conductas para controlar el peso, como la dieta, como en su bienestar psicosocial.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Huamán-Carhuas L y Bolaños-Sotomayor N (17) llevaron a cabo una investigación titulada “*Sobrepeso, obesidad y actividad física en estudiantes de enfermería pregrado de una universidad privada*”. En esta investigación se resalta que la obesidad es un factor que aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes, presión alta, y problemas renales o del corazón. El trabajo tuvo como objetivo principal conocer cuántos estudiantes presentaban sobrepeso u obesidad y cómo esto se relacionaba con su nivel de actividad física. Para ello, se diseñó un estudio descriptivo y transversal, donde participaron 198 estudiantes seleccionados al azar. Se utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física, previamente validado, y se tomaron medidas de peso y estatura para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Los hallazgos revelaron que el 14.1% de los estudiantes tenía obesidad, el 31.7% sobrepeso, y el 52.8% mantenía un IMC dentro de los valores normales. Al analizar la actividad física, se observó que el 40.8% realizaba poca actividad, el 53.5% tenía un nivel moderado y solo el 5.6% alcanzaba un nivel alto, con mayor representación femenina en este último grupo. Además, se identificó que quienes tenían un IMC más alto tendían a realizar menos actividad física, es decir, a mayor peso, menor movimiento en la vida cotidiana de estos jóvenes.

2.1.3 Antecedentes Locales

No se han encontrado estudios similares a nivel regional.

2.2 Marco teórico

La autopercepción corporal se refiere a la imagen y valoración que el individuo tiene sobre su propio cuerpo, siendo un factor determinante en la

adopción de conductas saludables o de riesgo. Diversos estudios han mostrado que una autopercepción distorsionada puede llevar a conductas alimentarias inadecuadas y a menor actividad física, incrementando el riesgo de sobrepeso y obesidad. El realizar actividades físicas regularmente más una alimentación equilibrada han demostrado ser factores protectores, mientras que el bienestar social, entendido como la integración y soporte en la comunidad, contribuye a la adherencia a estilos de vida saludables (3,4). Algunas investigaciones recientes señalan una tendencia creciente de insatisfacción corporal en adolescentes y adultos jóvenes, que se asocia a factores socioculturales y mediáticos (1,2).

2.2.1 Autopercepción corporal

La autopercepción corporal ha de concebirse como un constructo dinámico y polifactorial, surgido de la interacción entre dimensiones psicológicas, sociales y culturales. Integrando las contribuciones teóricas y empíricas, se define como la representación psíquica y afectiva que cada persona construye de su cuerpo, la cual condiciona su bienestar, autoestima y conductas, con variaciones notables en función del contexto y las experiencias individuales. La autopercepción corporal se concibe como la valoración subjetiva y deliberada que un individuo efectúa sobre las dimensiones, proporciones, contorno y encanto de su cuerpo propio, modulada por elementos internos (afectivos y cognitivos) y externos (sociales y culturales) (18). Del mismo modo el cómo las personas nos percibimos cumple un rol fundamental en la formación de la autoestima y en la asunción de prácticas vinculadas a la salud, tales como la dieta y el ejercicio físico (19,20). Esta percepción no siempre se alinea con la realidad objetiva y resulta susceptible a estereotipos sociales, vivencias individuales y el impacto de los medios masivos (19,21).

2.2.1.1 Fundamentos teóricos de la autopercepción corporal

Se subraya la relevancia de iniciativas preventivas y enfoques intervencionistas que fomentan el juicio crítico frente a contenidos mediáticos y promueven rutinas saludables, con el objetivo de consolidar una autopercepción corporal positiva y ajustada a la realidad (22). Los pilares teóricos de la autopercepción corporal han avanzado en años recientes, incorporando contribuciones de la psicología cognitiva, la sociología y la neurociencia. Entiéndase como un proceso dinámico que involucra elementos individuales (tales como autoestima, autoeficacia y control emocional) junto con factores colectivos, como el ambiente familiar, la influencia de los pares y los contenidos difundidos en medios digitales (23). Un análisis longitudinal (24) ha demostrado que la exposición a ideales corporales en redes sociales eleva la insatisfacción somática, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes, mientras que el soporte social y la educación sanitaria funcionan como protectores contra tales impactos negativos. Enfatizamos la interacción entre mecanismos cognitivos (comparación social e internalización de normas culturales), reacciones afectivas (ansiedad, pudor, contentamiento) y el peso del entorno sociocultural, resaltando el rol de la tecnología y entornos virtuales en la configuración de la imagen corporal. (25)

2.2.1.2 Principales teorías psicológicas sobre la autopercepción corporal

En años recientes, los avances en investigación psicológica han profundizado la comprensión de la autopercepción corporal, mediante marcos teóricos que dilucidan cómo las personas perciben, procesan y

modulan la imagen de su cuerpo. Entre las teorías psicológicas actuales más relevantes figuran la Teoría de la Discrepancia del Esquema Corporal, la Teoría de la Comparación Social y los Modelos de Regulación Emocional, todas sustentadas por evidencia contemporánea.

Desde el enfoque de la Teoría de la Discrepancia del Esquema Corporal, la insatisfacción somática surge de la brecha notable entre la imagen corporal deseada y la percibida efectivamente por el individuo(26). la exposición prolongada a ideales corporales, particularmente vía redes sociales y medios digitales, agrava esta divergencia y se correlaciona con conductas alimentarias inadaptadas y deterioro de la autoestima(27–29)

Asimismo, la Teoría de la Comparación Social ha recibido amplia atención, al indicar que las personas juzgan su aspecto físico mediante contrastes con otras, lo cual puede repercutir favorable o desfavorablemente en su autopercepción corporal(30). Las comparaciones habituales con prototipos idealizados en entornos digitales representan una clave de riesgo para la insatisfacción corporal, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes (31,32).

Los Modelos de Regulación Emocional, que postulan cómo las emociones asociadas a la imagen corporal —ansiedad, pudor o agrado— modulan el bienestar psíquico y la elección de conductas saludables o perjudiciales (33,34). Se resalta la pertinencia de intervenciones enfocadas en potenciar la regulación emocional, para cultivar una autopercepción corporal favorable y contrarrestar influencias socioculturales negativas (11,34).

2.2.1.3 Principios básicos de la autopercepción corporal

Los fundamentos esenciales de la autopercepción corporal radican en dilucidar cómo las personas elaboran y perciben la representación de su imagen propia, atendiendo a la intersección de elementos internos y externos. Esta autopercepción se sustenta en tres pilares fundamentales: la observación deliberada del cuerpo, la evaluación subjetiva moldeada por convicciones y afectos, y la asimilación de normas sociales y culturales en la apreciación individual (7,35,36).

Una autopercepción corporal favorable se vincula con el cultivo de competencias para regular emociones, el juicio crítico ante contenidos mediáticos y el fomento de prácticas saludables(37,38). Además, de enfatizar la relevancia de la flexibilidad cognitiva para adaptar la imagen corporal a transiciones vitales y situacionales, junto con la promoción de contextos que impulsan la variedad corporal y la integración social(39,40).

Por una autopercepción corporal anclada en la aceptación, el reconocimiento de la diversidad física propia y el refuerzo de la autoestima mediante educación y soporte comunitario. Tales orientaciones sientan las bases para estrategias preventivas y terapéuticas efectivas, destinadas a atenuar el riesgo de insatisfacción corporal y sus repercusiones en la salud psíquica y social (41,42).

2.2.1.4 Factores que influyen en la autopercepción corporal

La manera en que cada persona ve su propio cuerpo es el resultado de una combinación compleja de factores personales, sociales y culturales, cuyos efectos han sido objeto de un análisis profundo en estudios recientes (24). En el ámbito social, contar con el apoyo de la familia y los amigos se convierte en una protección fundamental, capaz de mitigar los efectos

negativos provocados por los estándares de belleza impuestos por la sociedad y los medios digitales (43,44). Además, la diversidad corporal y la integración en grupos sociales son claves para lograr una percepción sana y balanceada del cuerpo, ya que apreciar diferentes tipos físicos en la comunidad fortalece tanto la salud mental como la autoestima (7). En lo individual o personal, tanto la capacidad para gestionar las propias emociones como la habilidad para adaptarse mentalmente juegan un papel crucial; quienes desarrollan estas destrezas suelen construir una percepción de su cuerpo más positiva y fuerte frente a las influencias externas (45,46).

En la actualidad las redes sociales y los medios digitales han adquirido una influencia considerable, ya que el contacto constante con imágenes idealizadas puede modificar la manera en que cada persona se percibe físicamente, especialmente en jóvenes adultos (5,47). Por otro lado los valores culturales, como los estándares de belleza y las reglas sociales, varían mucho según el entorno cultural y la región, lo que impacta moldeando directamente la forma en que cada quien interpreta valora o estima de su propia imagen corporal (7).

2.2.1.5 Componentes de la imagen corporal

La imagen corporal es una construcción compleja y dinámica, formada por distintos componentes que se entrelazan y se influyen mutuamente. Dentro de estos destacan cómo vemos nuestro cuerpo, la manera en que nos sentimos respecto a él y las acciones que realizamos en consecuencia. En primer lugar, la percepción hace referencia a cómo cada persona interpreta y reconoce sus características físicas, proceso que está marcado tanto por experiencias personales como por lo que nos rodea (48). En segundo lugar la dimensión cognitivo-afectiva abarca pensamientos,

creencias y emociones que tenemos acerca de nuestro cuerpo, y que resultan clave para el desarrollo de la autoestima y la estabilidad emocional (19). Y en tercer lugar, el aspecto conductual se traduce en las decisiones y comportamientos que adoptamos a partir de esa autopercepción, como la ropa que elegimos, nuestra participación en actividades físicas o los hábitos alimenticios que seguimos (49). Tanto la flexibilidad cognitiva como la regulación emocional están profundamente influenciadas por el entorno cultural, la diversidad corporal y el apoyo de quienes nos rodean, lo que resalta la necesidad de impulsar estrategias integrales para cuidar la salud mental y el bienestar general.

La capacidad de adaptarse mentalmente y replantear cómo vemos nuestro propio cuerpo es esencial, ya que esto abre la puerta a una visión más positiva y realista de uno mismo (4). De igual forma, aprender a gestionar nuestras emociones resulta clave para sobrellevar la presión social y mediática, algo especialmente relevante en la juventud adulta, porque contribuye a construir una percepción más sana y resistente frente a los estándares externos (24).

2.2.1.6 Relación entre autopercepción corporal y conductas alimentarias

Hoy en día, cada vez más investigaciones exploran cómo la forma en que nos vemos a nosotros mismos repercute directamente en nuestra manera de alimentarnos. Cuando una persona tiene una percepción positiva de su cuerpo, tiende a adoptar hábitos nutricionales sanos y equilibrados. De hecho, sentirse insatisfecho con el propio cuerpo está ligado a una mayor posibilidad de padecer trastornos alimentarios y buscar mecanismos compensatorios, mientras que una imagen corporal positiva actúa como un escudo protector frente a estos problemas (50). Por el

contrario, si la autopercepción es negativa, es más probable que surjan conductas de riesgo, como restringir de manera excesiva la comida, experimentar momentos de comer compulsivamente o seguir dietas extremas que pueden afectar la salud (25).

Estudios en grupos de jóvenes y adultos han revelado que las demandas sociales y los cánones culturales fomentan la insatisfacción somática, pudiendo precipitar rutinas alimentarias insalubres (51). La incidencia de los medios digitales, sobre todas las redes sociales, ha adquirido preeminencia, dado que la exposición sostenida a prototipos corporales idealizados acentúa la comparación social y repercute en la autopercepción y los hábitos dietéticos (52). En consecuencia, se aconsejan intervenciones multidisciplinarias que impulsen la aceptación corporal y la formación nutricional, propiciando patrones alimentarios equilibrados y el equilibrio psíquico(53).

2.2.1.7 Autopercepción corporal y actividad física

La autopercepción corporal ejerce una influencia notable en la motivación para realizar actividad física, particularmente en jóvenes y adultos. Investigaciones recientes indican que una imagen corporal favorable promueve la implicación en deportes y actividades recreativas, en tanto que la insatisfacción somática puede propiciar la evitación del ejercicio por miedo al escrutinio social o incomodidad con la apariencia propia (53). También, la vinculación entre autopercepción corporal y actividad física está modulada por elementos como la autoestima, el soporte social y la exposición a ideales corporales en redes sociales, que pueden potenciar conductas saludables o actitudes desfavorables hacia el cuerpo(54). Se recomienda implementar estrategias integrales, donde se combinen herramientas para aceptar la diversidad corporal y programas de actividad

física ajustados a las necesidades individuales, pues estos enfoques han demostrado reducir la ansiedad relacionada con la imagen y aumentar la satisfacción personal (55); donde es fundamental promover una visión positiva sobre nuestro propio cuerpo y acompañarla con información clara sobre los beneficios de mantenerse activo, ya que esto contribuye tanto al bienestar emocional como a la constancia en la práctica de ejercicio (56).

2.2.1.8 Impacto en el bienestar social

La forma en que cada persona percibe su propio cuerpo influye profundamente en su bienestar social, ya que afecta la manera en que se relaciona con los demás, el sentido de pertenencia a un grupo y la participación en la vida comunitaria. Estudios recientes señalan que sentirse a gusto con la propia imagen facilita la integración social, eleva la autoestima y favorece el desarrollo de vínculos sanos, así como la participación activa en actividades colectivas (57). Por el contrario, cuando existe insatisfacción con el aspecto físico, es común que surja aislamiento, dificultades para establecer relaciones y una mayor vulnerabilidad ante situaciones de discriminación o estigmatización en distintos entornos sociales (58).

Es fundamental darle un lugar central a la autopercepción corporal cuando buscamos fortalecer el bienestar social, sobre todo entre jóvenes y adultos que se ven expuestos a estándares corporales poco realistas en redes sociales (59). Unir la educación en aceptación del propio cuerpo con herramientas que ayuden a construir resiliencia social ha demostrado ser muy efectivo para disminuir el impacto negativo que puede tener la insatisfacción con la imagen corporal en la integración comunitaria y el equilibrio emocional (60). Las dinámicas grupales centradas en el soporte y la empatía favorecen la mejora de la percepción individual y colectiva, elevando la conformidad con la imagen propia y el bienestar social amplio

Por eso, resulta clave que profesionales de la salud, docentes y líderes comunitarios trabajen juntos para crear ambientes donde se valore la diversidad corporal y se fomente el respeto mutuo. (53).

2.2.1.9 Implicancias en la salud y calidad de vida

La autopercepción corporal actúa como un elemento clave en la salud física y psíquica, así como en la calidad de vida de los individuos. Múltiples estudios recientes han confirmado que una imagen corporal favorable se relaciona con reducidos niveles de ansiedad, depresión y estrés, al tiempo que impulsa la adopción de hábitos saludables y la constancia en la actividad física (56). En contraste, la insatisfacción somática puede elevar el riesgo de trastornos alimentarios, déficits en autoestima y retiro social, repercutiendo desfavorablemente en el equilibrio general (23).

En jóvenes y adultos sometidos a ideales corporales irreales en redes sociales, se registra una mayor incidencia de conductas compensatorias y obstáculos para sostener estilos de vida salubres (24). Las intervenciones centradas en la aceptación corporal y el fomento del autocuidado han probado mejorando la percepción individual y atenuar el efecto de las demandas sociales sobre la imagen corporal, favoreciendo una salud más completa (61). La colaboración interdisciplinaria entre clínicos, psicólogos y educadores se erige como crucial para elaborar tácticas que cultiven la resiliencia y la apreciación de la pluralidad corporal (58). La autopercepción corporal repercute directamente en el bienestar físico, afectivo y social, razón por la cual su tratamiento cobra prioridad en iniciativas de salud y elevación de la calidad de vida. Las medidas que promueven una imagen corporal positiva y el reconocimiento de la diversidad no solo previenen patologías, sino que también fortalecen la integración y el crecimiento personal.

2.2.2 Actividad Física

2.2.2.1 Definición de actividad física

La actividad física se concibe como cualquier movimiento generado por los músculos esqueléticos que elevan el gasto energético por encima del estado de reposo. Abarca actividades rutinarias como desplazarse a pie, ascender escaleras, efectuar trabajos hogareños y participar en deportes, todas las pertinentes en la etapa adulta. Según la Organización Mundial de la Salud, la práctica regular de actividad física resulta esencial para preservar la salud, prevenir patologías crónicas y potenciar la calidad de vida en adultos (1).

En adultos, la realización de actividad física ha probado ser efectiva para disminuir el riesgo de afecciones cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión y diversos cánceres. Asimismo, favorece la conservación de la masa muscular y ósea, contribuyendo a evitar la osteoporosis y las caídas en fases tardías de la existencia (62). La actividad física juega un papel crucial en la modulación de la salud mental, al reducir la ansiedad, la depresión y elevar el bienestar psíquico general (8,57); la necesidad de personalizar las pautas de actividad física según las particularidades individuales de los adultos, tomando en cuenta edad, condición sanitaria y contexto sociocultural; por lo que se aconseja que los adultos acumulen un mínimo de 150 minutos semanales de actividad moderada, distribuidas en sesiones de 30 minutos cinco días por semana, integrando ejercicios aeróbicos, de fuerza y flexibilidad (59).

El contexto social y la percepción subjetiva inciden decisivamente en la adherencia a la actividad física entre adultos. Intervenciones fundamentadas en soporte social, motivación y formación han evidenciado incrementar la implicación y permanencia en el ejercicio, particularmente

en grupos vulnerables al sedentarismo o dolencias ligadas al sobrepeso y obesidad (44,55).

2.2.2.2 Importancia de la actividad física en la salud

La actividad física representa un pilar esencial para preservar la salud global en adultos. Numerosos estudios recientes han confirmado que la práctica sistemática de ejercicio mitiga de manera notable el riesgo de patologías crónicas, tales como las cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión y diversos cánceres(63). Asimismo, apoya la conservación de la masa muscular y ósea, lo que incide en la profilaxis de osteoporosis y caídas durante etapas tardías de la vida(49). Con respecto a la salud mental, la evidencia científica contemporánea resalta la función de la actividad física en la modulación del equilibrio psíquico, al contribuir a rebajar los índices de ansiedad y depresión, y elevar la calidad de vida (64). Cabe destacar que la implementación de regímenes de ejercicio ajustados a particularidades individuales (como edad, condición sanitaria y contexto sociocultural) se erige como enfoque estratégico para maximizar ventajas y fomentar la permanencia en la actividad física(29,64).

Las directrices internacionales aconsejan que los adultos acumulen al menos 150 minutos semanales de actividad moderada, repartidos en sesiones que abarquen ejercicios aeróbicos, de fuerza y flexibilidad(65). Esta perspectiva multidisciplinaria no solo optimiza la aptitud física, sino que también enriquece la percepción favorable del cuerpo propio y robustece el bienestar afectivo y social; entonces consecuencia, el ambiente social y el respaldo comunitario actúan como elementos decisivos para la adhesión prolongada a la actividad física. Estrategias centradas en motivación, instrucción y soporte han demostrado eficacia en potenciar la continuidad

y mitigar el sedentarismo, particularmente en adultos propensos a sobrepeso y obesidad (66).

2.2.2.3 Factores que influyen en la práctica de actividad física

Diversos determinantes intervienen en la realización de la actividad física, los cuales pueden agruparse en factores individuales, sociales y ambientales. En el plano individual, la motivación intrínseca, la percepción de autoeficacia y la presencia de condiciones de salud configuran la disposición a sostener un estilo de vida activo. Investigaciones recientes subrayan que el conocimiento de los beneficios del ejercicio y una autopercepción corporal positiva aumentan la probabilidad de participar de manera regular en actividades físicas (20,66). En la esfera social, el respaldo de la familia, los pares y la comunidad resulta crucial para mantener la continuidad en la práctica deportiva. Las intervenciones en grupo y el acompañamiento profesional han demostrado eficacia para contrarrestar el sedentarismo y favorecer la adherencia, sobre todo en colectivos con mayor riesgo de inactividad, como los adultos con sobrepeso u obesidad. Del mismo modo, la influencia de las redes sociales puede operar tanto como obstáculo como facilitador, en función del tipo de mensajes y de los modelos corporales difundidos(61,66).

El medio físico y las características del entorno urbano también desempeñan un rol relevante. La existencia de espacios seguros y accesibles para la práctica de ejercicio, como parques, ciclovías e instalaciones deportivas, junto con políticas públicas que promueven estilos de vida activos, se han identificado como factores centrales para elevar los niveles de actividad en la población (6,57); en este sentido, los elementos socioculturales (normas de género, situación socioeconómica y costumbres

comunitarias) pueden favorecer o restringir la participación en actividades físicas, por lo que las estrategias de promoción deben ajustarse a las particularidades de cada grupo.

2.2.2.4 Relación entre actividad física y autopercepción corporal

Diversos estudios recientes han evidenciado que la relación entre la actividad física y la autopercepción corporal es bidireccional y compleja. La práctica regular de ejercicio físico se asocia con una mejora significativa en la imagen corporal y en la satisfacción personal con el propio cuerpo, independientemente de cambios objetivos en el peso o la composición corporal(67). Esta mejoría se explica tanto por los efectos fisiológicos del ejercicio como por su impacto favorable en la autoestima y el bienestar emocional. En este sentido, una autopercepción corporal positiva funciona como un facilitador para la adopción y la continuidad de estilos de vida activos (68). Las personas que alcanzan mayor aceptación y valoración de su cuerpo, incluso en situaciones de sobrepeso u obesidad, suelen participar con más frecuencia en actividades físicas recreativas o deportivas (35). Asimismo, se subraya que las intervenciones dirigidas a optimizar la imagen corporal, cuando se integran con programas de ejercicio, son más eficaces para aumentar la adherencia y disminuir el abandono que aquellas centradas únicamente en la práctica física (61,69); sin embargo, la acción de factores externos, como los cánones sociales de belleza y la influencia de los medios digitales, puede interferir negativamente en esta relación. La exposición a ideales corporales poco realistas en redes sociales favorece la aparición de insatisfacción corporal y reduce la motivación hacia la actividad física, en particular en mujeres jóvenes (59). De modo tal que, las acciones de promoción deben impulsar una concepción inclusiva y diversa del

cuerpo, poniendo en primer plano la salud y el bienestar integral por encima de la apariencia física.

2.2.2.5 Beneficios de la actividad física en el bienestar social

La actividad física ejerce un papel esencial en el bienestar social, al impulsar no solo la salud corporal sino también el refuerzo de las interacciones personales y la incorporación comunitaria. Investigaciones recientes han confirmado que la implicación en actividades físicas colectivas, como deportes colectivos, caminatas grupales y sesiones conjuntas, potencia el cultivo de competencias sociales, la colaboración y el sentimiento de pertenencia (64); además, la práctica regular de ejercicio se relaciona con una reducción en la sensación de aislamiento social y un mejoramiento en la calidad de vida, especialmente en adultos y personas de edad avanzada (64,70).

La actividad física favorece la formación de redes de soporte social, lo cual a su vez fortalece la resiliencia frente a circunstancias difíciles y atenúa el riesgo de afecciones mentales como depresión y ansiedad (68,71). De igual modo, programas enfocados en la inclusión, como iniciativas deportivas adaptadas y actividades lúdicas para individuos con discapacidad o en condiciones vulnerables, han evidenciado incrementos notables en el bienestar social y la autoestima de quienes participan (56). La promoción de entornos seguros y accesibles para el ejercicio resulta crucial para consolidar la cohesión social y cultivar una cultura de salud holística.

2.2.2.6 Barreras y facilitadores para la actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad

En adultos con sobrepeso y obesidad, la implicación en la actividad física está condicionada por diversos obstáculos y promotores detectados en estudios recientes. Entre los obstáculos predominantes figuran la escasa motivación, el estigma ligado al peso, la carencia de tiempo, las comorbilidades físicas (como dolor articular o problemas respiratorios), el temor al escrutinio en áreas públicas y la percepción de insuficiente habilidad física (72). Además, elementos ambientales como la ausencia de infraestructuras accesibles, las restricciones económicas y la inseguridad en espacios urbanos agravan aún más la participación sostenida en el ejercicio (73).

Por otro lado, los promotores abarcan el respaldo social de familiares, amigos o colectivos de pares, las indicaciones y el seguimiento por parte de profesionales sanitarios, programas ajustados a las capacidades personales, y la oferta de actividades recreativas o colectivas que impulsan la continuidad (66); por ejemplo, la participación en grupos de caminatas organizados por el centro de salud o el acompañamiento de un familiar durante las actividades físicas pueden ser determinantes para mantener la adherencia. La integración de tecnologías digitales, como apps móviles y redes sociales, se ha revelado igualmente eficaz para estimular y rastrear la actividad física en esta población (29,57). La elaboración de intervenciones que abordan tanto las barreras personales como situacionales resulta crucial para elevar la implicación y perpetuar la práctica física en adultos con sobrepeso y obesidad.

2.2.2.7 Estrategias para promover la actividad física en la atención primaria

En la atención primaria de salud, la promoción de la actividad física para adultos con sobrepeso y obesidad exige enfoques multifacéticos y ajustados a las particularidades individuales y contextuales de los pacientes. Múltiples investigaciones recientes han enfatizado la relevancia de intervenciones a medida, que incorporan la evaluación preliminar del nivel de actividad física, la detección de obstáculos y promotores específicos, y la definición de objetivos realistas y viables (72); una táctica eficaz radica en la prescripción de ejercicio personalizado, mediante la cual los profesionales sanitarios sugieren modalidades, periodicidad e intensidad de actividad física apropiadas para cada caso, atendiendo a sus condiciones clínicas y gustos (74). Asimismo, el seguimiento mediante consultas periódicas, ya sea presencial o vía telemedicina, se ha revelado esencial para sostener la motivación y la permanencia a largo plazo (75). La aplicación de recursos digitales, como apps móviles y wearables de seguimiento, simplifica la anotación y la retroalimentación inmediata sobre el avance del paciente, estimulando la autoeficacia y el involucramiento con el ejercicio (76). La incorporación de dinámicas grupales, como caminatas programadas o sesiones colectivas, impulsa el soporte social y mitiga la percepción de aislamiento, particularmente en individuos estigmatizados por su peso (75); la formación permanente de los profesionales de atención de primaria en métodos de entrevista motivacional y educación sanitaria resulta crucial para guiar, incentivar y respaldar empáticamente a sus pacientes en el trayecto de modificación conductual (77); la colaboración interdisciplinaria con nutricionistas, fisioterapeutas y psicólogos igualmente optimiza los logros de dichas intervenciones.

2.2.2.8 Medición y evaluación de la actividad física

La cuantificación y análisis de la actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad resulta esencial para guiar intervenciones efectivas en atención primaria, con la aplicación de enfoques objetivos y subjetivos con este fin; dispositivos de registro como acelerómetros y podómetros posibilitan medir la magnitud e intensidad del movimiento cotidiano, ofreciendo un seguimiento exacto y sostenido del patrón físico (78). De manera complementaria, instrumentos validados como el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) y el Cuestionario Global de Actividad Física (GPAQ) mantienen su uso extendido gracias a su simplicidad y habilidad para abarcar diversos ámbitos de la actividad física, tales como el tiempo invertido en trabajos laborales, ocio y desplazamientos (79–81). La incorporación de soluciones digitales, como aplicaciones móviles y plataformas en línea, ha transformado la valoración en tiempo real, habilitando retroalimentación inmediata y la adaptación individualizada de orientaciones. Estas herramientas, además de potenciar la adherencia, proporcionan datos precisos sobre periodicidad, extensión y naturaleza de la actividad ejecutada (82). También sugiere combinar métodos cuantitativos y cualitativos para lograr una perspectiva completa, incorporando entrevistas motivacionales que indaguen obstáculos y promotores personales para el ejercicio habitual (83). Con miras al monitoreo y cotejo de progresos, se aconsejan valoraciones regulares, preferentemente cada tres a seis meses, con los mismos métodos y criterios. Esta aproximación facilita detectar variaciones, refinar tácticas y estimular la motivación del paciente, favoreciendo el éxito de los planos de fomento de actividad física en atención primaria (56).

2.2.3 Conducta Alimentaria

La conducta alimentaria se concibe como el conjunto de conductas, cogniciones, afectos y elecciones que modulan la elección, obtención, elaboración y ingesta de alimentos. Este constructo engloba tanto los componentes fisiológicos como los psicológicos y sociales que configuran el patrón alimentario individual, a incluir modalidades de consumo, gustos, cronogramas y prácticas asociadas a la alimentación. Estudios recientes resaltan que la conducta alimentaria se ve moldeada por elementos individuales, culturales y ambientales, permitiendo un mejor entendimiento de los hábitos y riesgos dietéticos en adultos con sobrepeso y obesidad (41); asimismo, se subraya la relevancia de integrar el entorno social y emocional, junto con la autopercepción corporal, en la configuración y transformación de la conducta alimentaria (23).

2.2.3.1 Importancia de la conducta alimentaria en la salud

La conducta alimentaria ejerce un papel esencial en la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como obesidad, diabetes tipo 2 y afecciones cardiovasculares. Numerosas investigaciones recientes han confirmado que patrones dietéticos inadecuados, marcados por elevado consumo de ultraprocesados, azúcares agregados y grasas saturadas, se correlacionan con mayor riesgo de estas patologías en adultos con sobrepeso y obesidad (1); asimismo, prácticas alimentarias saludables, como la ingesta adecuada de frutas, vegetales, cereales completos y proteínas bajas en grasa, favorecen la pérdida de peso, optimizan el perfil metabólico y promueven el equilibrio general(84).

Resulta relevante su incidencia en la salud mental y emocional, al influir en el estado anímico, la ansiedad y la autoestima (42,84). En concreto, se ha detectado que el vínculo afectivo con los alimentos, junto con

conductas alimentarias desorganizadas, pueden impactar desfavorablemente en la calidad de vida y obstaculizar la permanencia en intervenciones para modificar hábitos (42); en consecuencia, impulsar una conducta alimentaria consciente y ajustada a las particularidades individuales se posiciona como eje estratégico en atención primaria para potenciar la salud integral en adultos con sobrepeso u obesidad(85).

2.2.3.2 Factores que influyen en la conducta alimentaria

Múltiples determinantes modulan la conducta alimentaria en adultos con sobrepeso y obesidad, y su entendimiento resulta crucial para elaborar intervenciones efectivas. Estos elementos se pueden clasificar en tres categorías principales: individuales, sociales y ambientales. En el ámbito individual, estos factores engloban aspectos biológicos, psicológicos y afectivos. Entre los más relevantes figuran la genética, el metabolismo, las vivencias previas relacionadas con la alimentación, la autopercepción corporal y el estado emocional (como estrés, ansiedad o depresión), que pueden precipitar modalidades de ingesta insalubres (11); además, la motivación, el saber nutricional y la habilidad de autorregulación inciden de manera notable en las elecciones alimentarias (1).

En el plano social, estos factores abarcan la influencia familiar, de amigos, colegas laborales y la presión grupal. El respaldo social favorable puede impulsar la asunción de prácticas saludables, en tanto que la inmersión en contextos donde prevalecen conductas alimentarias inadecuadas (como festejos habituales con ultraprocesados) eleva la probabilidad de perpetuar patrones perjudiciales(11).

Los factores ambientales abarcan la disponibilidad y accesibilidad de alimentos, la publicidad, el entorno urbano y la presencia de supermercados o mercados saludables en la comunidad. Subrayamos que vivir en zonas

con escaso acceso a alimentos frescos o saludables y una alta densidad de establecimientos de comida rápida se asocia con mayores tasas de sobrepeso y obesidad(11,49). Asimismo, las políticas públicas, el etiquetado nutricional y las campañas de educación alimentaria desempeñan un papel relevante en la modificación de la conducta alimentaria a nivel poblacional(23,70).

2.2.3.3 Relación entre conducta alimentaria y autopercepción corporal

La relación entre la conducta alimentaria y la autopercepción corporal en adultos con sobrepeso y obesidad ha sido objeto de creciente interés en la literatura científica reciente. la forma en que un individuo juzga y percibe su cuerpo— modula de manera notable los hábitos alimentarios y la asunción de prácticas saludables o perjudiciales (25,85). Una autopercepción desfavorable, definida por insatisfacción con el peso o silueta, se vincula combinada con alteraciones en la conducta alimentaria, como el consumo emocional, episodios de voracidad y limitación calórica extrema (4). Asimismo, una autopercepción corporal favorable opera como elemento protector, incentivando la disposición para instaurar modificaciones duraderas en el estilo de vida, como la selección de opciones alimenticias nutritivas y el ejercicio habitual (86). Estudios actuales resaltan que estrategias enfocadas en optimizar la imagen corporal (mediante instrucción, soporte psicológico y refuerzo de la autoestima) favorecen una autorregulación dietética superior y logros más positivos en el control ponderal (42); elementos sociales y culturales, como cánones estéticos, influencia mediática y dinámica familiar, pueden condicionar la autopercepción corporal y, por ende, la conducta alimentaria (4,23). Resulta imprescindible que las iniciativas de prevención y manejo del sobrepeso y obesidad incorporen enfoques que aborden tanto las dimensiones

nutricionales como las psicológicas ligadas a la imagen corporal, para garantizar intervenciones más eficaces y perdurables (49).

2.2.3.4 Impacto de la conducta alimentaria en el bienestar social

El bienestar social está condicionado por elementos como la presencia de opciones alimenticias saludables en el entorno, el respaldo de la familia y la posibilidad de contar con redes de apoyo emocional (87). Factores como la presión social y los estigmas relacionados con el peso pueden influir negativamente en la conducta alimentaria y en el bienestar social, generando sensaciones de aislamiento y disminución de la calidad de vida (37). Por esta razón, se sugiere que las intervenciones para adultos con sobrepeso y obesidad contemplen acciones que no solo mejoren los hábitos alimenticios, sino que también fortalezcan las relaciones sociales y el apoyo dentro de la comunidad (37,87). La manera en que una persona se alimenta influye de manera decisiva en su bienestar social, especialmente en adultos que presentan sobrepeso u obesidad. Los hábitos alimenticios impactan no solo en el estado físico, sino que repercuten también en el grado de integración social, en la calidad de los vínculos interpersonales y en el sentimiento de respaldo dentro de la comunidad. Mantener una alimentación equilibrada facilita la participación en eventos sociales, fortalece la autoestima y ayuda a evitar el aislamiento social, mientras que las conductas alimentarias inadecuadas pueden provocar estigmas, discriminación y problemas para relacionarse con otros (87).

2.2.3.5 Barreras para una alimentación saludable en adultos con sobrepeso y obesidad

Los obstáculos que dificultan una alimentación saludable en adultos con sobrepeso y obesidad tienen múltiples orígenes y comprenden factores personales, sociales y del entorno. Entre ellos podemos señalar a la limitada disponibilidad de alimentos frescos y sanos, los elevados precios de productos nutritivos, la presencia de entornos que favorecen el sobrepeso y la influencia constante de la publicidad y los medios que incentivan el consumo de alimentos ultraprocesados (88). A ello se suma la carencia de tiempo para organizar y preparar comidas balanceadas, así como el estrés y las emociones negativas, que pueden conducir a comportamientos alimentarios poco saludables, sobre todo en situaciones de presión social o laboral (35).

Entre los elementos que facilitan una alimentación saludable destacan el respaldo familiar y social, la existencia de redes comunitarias orientadas a promover hábitos de vida sanos, la educación nutricional fundamentada en evidencia científica y la posibilidad de acceder a herramientas tecnológicas, como aplicaciones móviles, que ayudan en la organización de las comidas y el seguimiento de los hábitos alimenticios (88,89). Por ello, las intervenciones dirigidas a adultos con sobrepeso y obesidad deben considerar estas barreras y potenciar los facilitadores, aplicando estrategias integrales que contemplen los aspectos nutricionales, psicológicos y sociales, con el objetivo de lograr cambios sostenibles y una mejor calidad de vida (31). Asimismo, factores como la motivación interna, una percepción corporal positiva y el apoyo psicológico resultan esenciales para mantener modificaciones en la conducta alimentaria a largo plazo (25).

2.2.3.6 Estrategias para promover hábitos alimentarios saludables en la atención primaria

En los últimos años, las acciones dirigidas a fomentar hábitos alimentarios saludables desde la atención primaria se han transformado, integrando perspectivas de trabajo en equipo entre diferentes disciplinas y aprovechando el avance de las tecnologías digitales. Asimismo, se promueve la utilización de recursos digitales, como apps para organizar las comidas y monitorear los hábitos alimentarios, pues estas herramientas han mostrado favorecer tanto la constancia como el logro de las metas nutricionales propuestas (25). Resulta clave personalizar la educación nutricional considerando las características y preferencias de cada paciente, lo que se posiciona como un elemento esencial para lograr resultados efectivos en adultos con sobrepeso y obesidad (89).

Un aspecto adicional de importancia es mantener la formación constante de los profesionales de la salud en el uso de la entrevista motivacional, lo cual facilita la modificación de conductas y potencia la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas sobre su alimentación (25). La colaboración interdisciplinaria entre médicos, nutriólogos y especialistas en psicología posibilita atender tanto las dimensiones biológicas como las emocionales vinculadas al acto de comer. De igual modo, crear entornos acogedores en los espacios de atención, a través de la provisión de recursos educativos y la realización de talleres grupales, ayuda a consolidar la participación comunitaria y a mantener los cambios saludables a largo plazo (89).

Es fundamental que las intervenciones tomen en cuenta las limitaciones sociales y económicas que enfrentan los pacientes, favoreciendo el acceso a alimentos nutritivos mediante colaboraciones con mercados de la zona y brindando educación sobre cómo realizar compras más eficientes. Además, se ha demostrado que el fortalecimiento de redes

de apoyo familiar y comunitario incrementa la efectividad de las acciones en atención primaria, facilitando la consolidación de hábitos de alimentación saludable de manera sostenida en el tiempo (84).

2.2.4 Bienestar Social

El bienestar social se describe como un estado global en el que las personas disfrutan de relaciones satisfactorias, participan activamente en su entorno comunitario y tienen acceso justo a recursos y oportunidades que elevan su calidad de vida. Este concepto engloba diversas áreas, como la percepción de apoyo social, la inclusión, la sensación de seguridad y la cohesión entre miembros de la comunidad, todas ellas influyendo de manera directa en la salud física y mental de cada individuo (84). El bienestar social debe ser considerado un pilar esencial en la salud pública, ya que su fortalecimiento ayuda tanto a prevenir enfermedades crónicas como a incrementar la capacidad de las personas para enfrentar situaciones difíciles (84). Va más allá de la simple ausencia de dificultades sociales; implica la existencia de elementos que impulsan el crecimiento personal y colectivo, la integración con el entorno social y el fortalecimiento del sentido de pertenencia en la sociedad (85). La comprensión de este concepto se ha ampliado gracias a la integración de enfoques psicológicos, sociológicos y comunitarios, lo que permite reconocer la relación dinámica y constante entre las personas y su contexto social (85,89).

2.2.4.1 Importancia del bienestar social en la salud

El bienestar social resulta fundamental para impulsar y preservar tanto la salud física como mental de las personas. Investigaciones recientes destacan que contar con redes de apoyo, participar activamente en la comunidad y experimentar un sentido de pertenencia promueven la

adquisición de conductas saludables, reducen la probabilidad de padecer enfermedades crónicas y fortalecen la capacidad para afrontar situaciones difíciles (85). Asimismo, la inclusión y el acceso igualitario a diversos recursos favorecen una mayor resiliencia y estabilidad emocional, lo que se traduce en una mejora significativa del bienestar integral (88). El fortalecimiento del bienestar social en diferentes sectores de la población contribuye no solo a disminuir la incidencia de trastornos psicológicos, sino también a mejorar parámetros clave de salud pública, como la calidad de vida y la percepción personal de salud (25); por esta razón, el bienestar social es considerado hoy en día un factor determinante para la salud integral, lo que implica que su fomento debe ocupar un lugar central en las políticas sanitarias y en los programas de intervención comunitaria (89).

2.2.4.2 Factores que influyen en el bienestar social

El bienestar social es un constructo multifactorial influenciado por diversos elementos interrelacionados que han sido ampliamente estudiados en la literatura científica reciente. Entre los factores más relevantes identificados desde 2023 en bases de datos científicas destacan el apoyo social, la participación comunitaria, la inclusión social, la seguridad percibida y el acceso equitativo a recursos y servicios. El apoyo social, entendido como la red de relaciones interpersonales que proporcionan respaldo emocional, instrumental e informativo, se ha asociado consistentemente con una mayor percepción de bienestar y una mejor salud mental(41). De igual manera, la percepción de un entorno seguro y la confianza depositada en las instituciones repercuten de forma directa en el bienestar y la satisfacción vital de las personas (48). A su vez, involucrarse en actividades dentro de la comunidad fortalece el sentido de integración y pertenencia, contribuyendo a una mayor cohesión social y disminuyendo la sensación de aislamiento. Investigaciones recientes destacan el valor de la

inclusión social, la cual se refiere a la posibilidad de participar activamente en los ámbitos social, económico y cultural, siendo especialmente relevante para los grupos en situación de vulnerabilidad (24).

De este modo, garantizar igualdad de acceso a servicios como salud, educación, empleo y espacios públicos se reconoce como un elemento fundamental para el bienestar social, ya que facilita la eliminación de barreras estructurales y promueve oportunidades tanto para el crecimiento individual como colectivo. La sinergia positiva entre estos componentes refuerza la capacidad de adaptación y recuperación de las personas y las comunidades, creando un ambiente más justo y saludable para todos los integrantes de la sociedad (11).

2.2.4.3 Relación entre bienestar social y autopercepción corporal

El vínculo entre el bienestar social y la autopercepción corporal, mostrando que contar con un entorno social favorable tiene un impacto positivo en la manera en que las personas interpretan y valoran su propio cuerpo. El respaldo social, la integración y la implicación en actividades comunitarias no solo favorecen una mayor satisfacción respecto a la imagen corporal, sino que también contribuyen a reducir la aparición de conductas de riesgo asociadas a la insatisfacción con el propio cuerpo (24). Específicamente, sentirse aceptado y respetado dentro del círculo social refuerza la autoestima y fomenta una percepción corporal más saludable, mientras que vivir situaciones de exclusión o discriminación social incrementa la probabilidad de experimentar una autopercepción negativa y la presencia de trastornos alimentarios (47). El bienestar social, como las iniciativas para valorar la diversidad corporal y la creación de redes de apoyo en la comunidad, han evidenciado avances significativos en el

fortalecimiento de la autopercepción corporal tanto en jóvenes como en adultos (90). Estas medidas resultan especialmente impactantes en ambientes donde los modelos de belleza impuestos por la sociedad generan presión y perjudican el equilibrio emocional. De este modo, el bienestar social actúa como un agente protector fundamental frente a las consecuencias negativas de la insatisfacción con la imagen corporal, favoreciendo una percepción propia más realista y positiva (85).

2.2.4.4 Impacto del bienestar social en la conducta alimentaria y la actividad física

El respaldo social y la participación en la comunidad influyen tanto en las decisiones alimentarias como en el incentivo para mantener una rutina constante de actividad física. Así, integrarse en equipos deportivos, tomar parte en caminatas organizadas o unirse a programas de ejercicio colectivo facilita el incremento de la actividad física en personas adultas y jóvenes (90). De igual manera, sentirse aceptado y formar parte de un grupo social refuerza el compromiso con el ejercicio, mientras que la soledad o la falta de integración social pueden reducir la motivación y favorecer estilos de vida sedentarios.(50)

Contar con un entorno social positivo, donde existan relaciones interpersonales constructivas, apoyo de grupo y participación en la comunidad, se vincula con una mayor constancia en seguir una alimentación balanceada y con una disminución de comportamientos alimentarios perjudiciales, como el consumo elevado de productos ultraprocesados o la realización de ayunos prolongados. (79) El bienestar social desempeña un papel fundamental para impulsar hábitos alimentarios saludables y favorecer la práctica de actividad física.

Las acciones orientadas a potenciar el bienestar social, como las iniciativas para valorar la diversidad corporal y la creación de redes de apoyo, han mostrado resultados positivos tanto en la mejora de los hábitos alimentarios como en el aumento de la práctica de actividad física. De este modo, se evidencia que el bienestar social funciona como un elemento protector frente a la influencia negativa de los ideales de belleza y la presión social, favoreciendo la adopción de pautas saludables y sostenibles a largo plazo. (42)

2.2.4.5 Barreras y facilitadores para el bienestar social en adultos con sobrepeso y obesidad

Son diversos obstáculos y promotores que impactan el bienestar social en adultos con sobrepeso y obesidad. Entre los obstáculos más frecuentes destacan la estigmatización social, la discriminación y la marginación en contextos comunitarios, laborales y sanitarios, elementos que restringen la participación social y merman la autoestima (91); De igual modo, la ausencia de redes de soporte, los sesgos sobre el peso corporal y la inseguridad en áreas públicas obstaculizan la formación de vínculos interpersonales constructivos y la incorporación a dinámicas colectivas.(10)

Las intervenciones que confrontan tanto las barreras estructurales como las personales se erigen como cruciales para cultivar entornos más equitativos y saludables; por su parte, los promotores más significativos comprenden el acceso a grupos de soporte, la valoración de la pluralidad corporal y la ejecución de programas comunitarios inclusivos que impulsan la aceptación y el sentimiento de pertenencia (91). El soporte psicológico, la implicación en actividades físicas adaptadas y el refuerzo de redes sociales han probado elevar de manera notable la percepción de bienestar social y la calidad de vida en esta población (92)

2.2.4.6 Estrategias para promover el bienestar social en la atención primaria

En el contexto de la atención primaria, la promoción del bienestar social en adultos con sobrepeso y obesidad exige enfoques integrales que combinen intervenciones individuales y colectivas. Resulta esencial formar al personal de salud en la detección y gestión del estigma asociado al peso, cultivando entornos de consulta empática (29). Se aconseja establecer grupos de apoyo psicosocial, en los que los participantes intercambien vivencias, refuercen su autoestima y adquieran competencias para la inserción social (10). Además, la colaboración intersectorial posibilita elaborar programas comunitarios inclusivos que valoren la pluralidad corporal y garanticen el acceso a ejercicios adaptados, incentivando la participación universal sin importar la condición física (84). La integración de recursos digitales, como apps móviles y entornos virtuales, ha probado potenciar la adherencia a las intervenciones y la comunicación entre profesionales y usuarios (57). Asimismo, la formación permanente en hábitos saludables y el impulso de redes de apoyo entre pacientes y allegados constituyen pilares para consolidar el sentimiento de pertenencia y la resiliencia social. Las tácticas deben incorporar la visión sociocultural de cada colectivo, asegurando una atención personalizada y respetuosa de la diversidad (86). Por último, el seguimiento y valoración de resultados con herramientas validadas permiten refinar y optimizar las intervenciones en atención primaria, asegurando su viabilidad y efectividad.(93)

2.2.5 Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso y la obesidad constituyen condiciones definidas por una acumulación desmesurada de grasa corporal que puede comprometer

adversamente la salud; de acuerdo con la OMS, el sobrepeso se establece mediante un IMC igual o superior a 25, en tanto que la obesidad se corresponde con un IMC igual o superior a 30. (1). El sobrepeso y la obesidad no sólo se consideran problemas médicos, sino también sociales y culturales, debido a su impacto multifactorial en la calidad de vida y el bienestar de las personas(93). La obesidad es reconocida como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, implicando factores genéticos, ambientales, conductuales y metabólicos que contribuyen a su desarrollo y persistencia(87).

2.2.5.1 Clasificación según el índice de masa corporal (IMC)

La categorización del sobrepeso y la obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC) se basa en umbrales numéricos definidos por entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS)(1). El IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la estatura en metros (kg/m^2). Según directrices actualizadas en publicaciones científicas recientes, el sobrepeso abarca un IMC de 25,0 a 29,9; obesidad grado I, de 30,0 a 34,9; obesidad grado II, entre 35,0 y 39,9; y obesidad grado III (o mórbida), igual o superior a 40,0. Estas categorías facilitan detectar riesgos metabólicos y cardiovasculares, así como dirigir estrategias clínicas y preventivas (1,65). Se resalta la utilidad del IMC como instrumento evaluativo en adultos, pese a sus restricciones para distinguir grasa de masa muscular. Por fin, se propone asociarlo con complementarias, como circunferencia de cintura y relación cintura-cadera, particularmente en entornos de medidas clínicas y epidemiológicas. Esta visión se ha incorporado en revisiones sistemáticas y guías clínicas recientes, que abogan por una evaluación integral para una estratificación

más exacta y adaptada de los riesgos inherentes al sobrepeso y obesidad (94).

Entre esos factores se han considerado etnia, edad y sexo, que modulan la interpretación de resultados y sus efectos sanitarios. los aspectos culturales y socioeconómicos específicos exigen atención al emplear estos criterios, optimizando la detección de colectivos en riesgo y el diseño de intervenciones. Así, la clasificación por IMC persiste como patrón global, aunque su implementación exige un enfoque contextual y multifacético.(95)

2.2.5.2 Factores de riesgo asociados al desarrollo de sobrepeso y obesidad

Son diversos los factores de riesgo que se han identificado como determinantes clave en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en adultos. Entre los principales destacan los hábitos alimentarios poco saludables, caracterizados por un alto consumo de alimentos ultraprocesados, azúcares y grasas saturadas, así como la ingesta insuficiente de frutas, verduras y fibra. Estos patrones dietéticos se ven frecuentemente asociados a un entorno obesogénico, donde la disponibilidad y accesibilidad de opciones saludables es limitada(96).

La inactividad física continúa siendo uno de los factores más relevantes, la disminución de actividad física regular se relaciona con el aumento del riesgo de sobrepeso y obesidad. El sedentarismo, impulsado por el empleo prolongado de dispositivos electrónicos y patrones urbanos, incide de manera notable en la acumulación de grasa corporal (97).

Los factores genéticos y biológicos revisten importancia clave; Investigaciones recientes han confirmado que la predisposición hereditaria

puede alterar la respuesta metabólica y el depósito lipídico, si bien la interacción ambiental resulta determinante para manifestar tales riesgos. Asimismo, el estrés prolongado y las alteraciones del sueño se han identificado como elementos emergentes, al modificar los procesos hormonales vinculados al apetito y el metabolismo energético (91).

Los condicionantes sociales y culturales repercuten igualmente en la emergencia del sobrepeso y la obesidad. Estudios recientes en América Latina han subrayado el peso de la inequidad socioeconómica, el escaso nivel educativo y la marginación social en los estilos de vida y la aptitud para incorporar hábitos saludables; de igual modo, el estigma asociado al peso y la atención de soporte psicosocial pueden obstaculizar la permanencia en intervenciones preventivas y terapéuticas (9,11,97). Ciertamente, el surgimiento de sobrepeso y obesidad deriva de la interacción intrincada entre factores individuales, ambientales, sociales y culturales. Se aconseja, por tanto, un planteamiento multidimensional para detectar y manejar estos riesgos, orientado a formular estrategias preventivas y de control más eficaces y adaptadas al contexto.

2.2.5.3 Consecuencias para la salud física y mental

Desde la perspectiva de la salud física, el sobrepeso y la obesidad se asocian a un incremento significativo en el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, alteraciones en los lípidos y trastornos cardiovasculares; el exceso de grasa corporal favorece la aparición de procesos inflamatorios y resistencia a la insulina, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar complicaciones metabólicas y cardiovasculares graves (85). Ambos cuadros generan repercusiones notables tanto en el bienestar corporal como

mental, lo que ha sido ampliamente documentado en investigaciones científicas recientes(98)

Respecto a la salud mental, el sobrepeso y la obesidad se asocian con mayor frecuencia de trastornos psicológicos, particularmente depresión, ansiedad y baja autoestima; de igual modo, la percepción desfavorable de la imagen corporal y el malestar psíquico pueden mantener conductas alimentarias insalubres y mermar la disposición para el ejercicio, configurando un ciclo perjudicial que exacerba el cuadro clínico (3). El estigma social y la discriminación por peso fomentan el aislamiento social y el menoscabo del equilibrio emocional, obstaculizando la adherencia terapéutica y la recuperación sanitaria (10)

2.2.5.4 Prevalencia y tendencias epidemiológicas en adultos

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en adultos ha experimentado un incremento sostenido a nivel global durante las últimas décadas, constituyendo uno de los principales desafíos de salud pública en el siglo XXI. Según datos recientes, aproximadamente el 60% de los adultos en América Latina y el Caribe presentan exceso de peso, con tendencias similares observadas en Europa y Asia(99). El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2024 resalta que el crecimiento de la obesidad responde tanto a cambios en los estilos de vida como a factores socioculturales y económicos, evidenciando una mayor incidencia en zonas urbanas y en grupos de menor nivel socioeconómico(1). La prevalencia de obesidad en adultos tiende a incrementarse con la edad, alcanzando su máximo entre los 45 y 65 años³. Por ejemplo, una investigación multicéntrica en México, Brasil y Argentina reportó que la obesidad afecta a más del 25% de la población adulta, con diferencias significativas según género y

región(100). Además, el sobrepeso y la obesidad muestran una asociación directa con el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que ha impulsado la recomendación de implementar políticas públicas de prevención y promoción de estilos de vida saludables. Con respecto a las tendencias epidemiológicas, se observa una transición nutricional caracterizada por el aumento en el consumo de alimentos ultraprocesados, la disminución de la actividad física y el sedentarismo, factores que han contribuido al alza en los índices de obesidad(98). Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de México en 2024 evidencian que el sobrepeso y la obesidad continúan incrementándose, especialmente en mujeres adultas y en áreas urbanas(101). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de monitoreo continuo y acciones integrales para revertir la tendencia creciente y sus consecuencias en la salud pública.

2.2.5.5 Determinantes sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad

Los determinantes sociales y culturales desempeñan un papel fundamental en la prevalencia y distribución del sobrepeso y la obesidad, especialmente en América Latina. Diversos estudios recientes identifican que factores como el nivel socioeconómico, el grado de urbanización, la educación y el acceso a servicios de salud influyen significativamente en los patrones de alimentación y actividad física de la población(5). Por ejemplo, la urbanización acelerada ha promovido estilos de vida más sedentarios y el consumo frecuente de alimentos ultraprocesados, mientras que el menor nivel educativo se asocia con menor conocimiento sobre hábitos saludables y mayor exposición a publicidad de productos no nutritivos(101).

En el plano cultural, las normas sociales y las concepciones sobre el cuerpo moldean igualmente la percepción del peso y las elecciones

alimentarias. En diversas comunidades, una morfología corporal corpulenta puede percibirse como indicio de prosperidad, obstaculizando la asunción de prácticas preventivas contra el sobrepeso. Asimismo, las costumbres gastronómicas y la convivencia alrededor de la comida consolidan hábitos alimentarios que promueven el ingerir azúcares y grasas saturadas, favoreciendo la alza de obesidad en colectivos vulnerables (37). En consecuencia, las acciones de salud pública han de integrar tanto los determinantes estructurales como los referentes culturales para lograr eficacia y perdurabilidad. La interrelación entre sobrepeso, obesidad, conducta alimentaria y actividad física ha sido extensamente consignada en estudios recientes. La ingesta de alimentos ultraprocesados, ricos en azúcares y grasas saturadas, está directamente vinculada con el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos y adolescentes¹. Por otro lado, la baja frecuencia de actividad física y el incremento de comportamientos sedentarios constituyen factores determinantes que agravan esta problemática, especialmente en contextos urbanos donde el acceso a espacios recreativos es limitado(91).

Las personas con sobrepeso y obesidad presentan patrones de conducta alimentaria caracterizados por el consumo excesivo de calorías, la preferencia por comidas rápidas y el escaso consumo de frutas y verduras(25). Asimismo, se ha observado que una menor percepción de bienestar corporal puede asociarse a una disminución en la motivación para realizar actividad física, perpetuando el ciclo de ganancia de peso(88). Estas evidencias subrayan la importancia de abordar simultáneamente la modificación de hábitos alimentarios y el fomento de la actividad física en las estrategias de prevención y control del sobrepeso y la obesidad.

2.2.5.6 Medición y evaluación del sobrepeso y la obesidad

La medición y evaluación del sobrepeso y la obesidad en adultos, tanto varones como mujeres, requiere la utilización de criterios antropométricos, bioquímicos y clínicos reconocidos internacionalmente. El índice de masa corporal (IMC) sigue siendo el parámetro más empleado en la práctica clínica para categorizar el estado nutricional, considerando sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 kg/m² y obesidad cuando supera los 30 kg/m². No obstante, estudios recientes han enfatizado la relevancia de combinar el IMC con la medición de la circunferencia de cintura y el índice cintura-cadera, puesto que estos parámetros detectan la acumulación de grasa central, asociada a elevado riesgo metabólico y cardiovascular en ambos géneros (102); la obesidad abdominal muestra una prevalencia especialmente alta en mujeres adultas, en contraste con la obesidad global que predomina en varones, lo que resalta la necesidad de ajustar los criterios diagnósticos y las intervenciones conforme al sexo (67); además, la valoración debe incorporar indicadores bioquímicos como glucosa, perfil lipídico y marcadores inflamatorios, que facilitan detectar complicaciones relacionadas y guiar el abordaje integral del paciente.

En la actualidad, se recomienda el uso de herramientas digitales y escalas validadas para el monitoreo del peso, la composición corporal (por ejemplo, bioimpedancia eléctrica) y la autopercepción de la imagen corporal, facilitando el seguimiento a largo plazo y la detección temprana de cambios adversos(11). La integración de la valoración psicológica y social contribuye a una visión más completa del impacto del sobrepeso y la obesidad en la calidad de vida de adultos varones y mujeres, permitiendo la personalización de los planes de intervención.

CAPÍTULO III

3 HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis de Investigación

Hipótesis principal: Existe una relación significativa entre la autopercepción corporal y la actividad física, conducta alimentaria y bienestar social en pacientes con sobrepeso y obesidad.

3.2 Variables

Autopercepción corporal: Alude al nivel en que un individuo reconoce, juzga y aprecia su cuerpo propio, particularmente respecto al peso, la silueta y la imagen corporal. En términos operacionales, se evalúa mediante escalas validadas de autopercepción, como instrumentos de imagen corporal, en los que los participantes puntúan su conformidad o disconformidad con diversas zonas corporales y su aspecto global.

Actividad física: Se conceptualiza como la magnitud y naturaleza del movimiento corporal ejecutado por una persona en su rutina diaria, a incluir rutinas estructuradas de ejercicio y ocupaciones habituales. Operacionalmente, se cuantifica con herramientas como el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), capturando la periodicidad (días semanales), extensión (minutos por sesión) y vigorosidad (baja, media, alta) de las actividades realizadas a cabo.

Conducta alimentaria: Corresponde a los patrones y hábitos relacionados con la selección, consumo y cantidad de alimentos ingeridos. Operacionalmente, se evalúa mediante cuestionarios sobre frecuencia de consumo de grupos alimenticios, preferencias alimentarias y comportamientos como el consumo de comidas rápidas, snacks y bebidas azucaradas.

Bienestar social: Hace referencia al grado de integración, satisfacción y apoyo percibido en las relaciones sociales y el entorno comunitario. Se mide a través de escalas de bienestar social que incluyen preguntas sobre la percepción de apoyo, participación en actividades sociales, relaciones familiares y satisfacción con el entorno..

Sobrepeso y obesidad: Se operacionalizan mediante criterios antropométricos reconocidos internacionalmente, principalmente el índice de masa corporal (IMC). El sobrepeso se define como un IMC igual o superior a 25 kg/m² y la obesidad como un IMC superior a 30 kg/m².

3.2.1 Operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Categorías	Escala de medición
Edad	Años cumplidos	18 - 19 años 20 - 29 30 - 39 40 - 49 50 - 59 60 a más años	Razón
Sexo	Género	Femenino Masculino	Nominal
Nivel educativo	Último grado de instrucción alcanzado	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Nominal
Estado civil	Estado de convivencia	Soltero Casado	Nominal

	familiar en mismo techo	Conviviente Viudo Divorciado/separado	
Ocupación	Actividad laboral principal al momento del estudio	Dependiente Independiente Su casa Estudiante Jubilado Sin ocupación	Nominal
Antecedentes familiares con sobrepeso u obesidad	Familiares que viven bajo el mismo techo con el antecedente de sobrepeso u obesidad	Si No	Nominal
Autopercepción Corporal	Cuestionario de autopercepción corporal (BSQ, Body Shape Questionnaire, validado en español).	13-30: Autopercepción Baja 31-47: Autopercepción Moderada 48-65: Autopercepción Alta	Nominal
Actividad física	Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).	La variable se mira en escala continua	Razón
Conducta alimentaria	Encuesta de conducta alimentaria (EAT-26).	La variable se mira en escala continua	Razón
Bienestar social	Escala de bienestar social: Test de Autoestima de Rosenberg- SES	La variable se mira en escala continua	Razón
Sobrepeso y obesidad	Nivel nutricional determinado por índice de masa corporal determinado por OMS con diagnóstico	• < 18.5: Bajo peso (Desnutrición). • 18.5–24.9: Peso Saludable (Normal). • 25.0 – 29.9: Sobrepeso. • 30.0 – 34.9: Obesidad Grado I (Leve).	Nominal

	registrado en historia clínica	• 35.0 – 39.9: Obesidad Grado II (Moderada). • > 40.0: Obesidad Grado III (Mórbida/Severa).	
--	--------------------------------	---	--

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Planteamiento del problema

4.1.1 Diseño del estudio

El diseño de la presente investigación será de tipo correlacional y transversal. Se buscará analizar la relación entre variables como autopercepción corporal, actividad física, conducta alimentaria y bienestar social con el sobrepeso y la obesidad en pacientes adultos. Los datos se recolectarán en un solo momento, permitiendo identificar asociaciones entre los factores estudiados y el estado nutricional de los participantes.

4.1.2 Tipo de investigación

La presente investigación se configura como un estudio cuantitativo, correlacional y transversal. El enfoque cuantitativo habilita la medición y el examen objetivo de la relación entre las variables elegidas, en tanto que el diseño correlacional pretende detectar la vinculación presente entre elementos como la autopercepción corporal, la actividad física, la conducta alimentaria y el bienestar social respecto al sobrepeso y la obesidad. Dado su carácter transversal, la recolección de datos se efectuará en un solo instante temporal, lo que simplifica el escrutinio de las variables en un momento puntual.

4.2 Ámbito de estudio

El escenario de investigación de este estudio se localiza en el Centro de Salud Metropolitano, integrado a la Red de Salud de Tacna, donde se abordarán pacientes adultos con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. La pesquisa se llevará a cabo en un entorno clínico, tomando en cuenta las particularidades sociodemográficas de los participantes y el contexto sanitario regional. Este lugar proporciona acceso inmediato a la población de interés y agiliza la obtención de datos pertinentes para examinar la vinculación entre autopercepción corporal, actividad física, conducta alimentaria y bienestar social en dichos pacientes.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

Pacientes adultos (≥ 18 años) diagnosticados con sobrepeso y obesidad, atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna, y registrados entre enero y diciembre de 2025. Su tamaño estimado alcanza aproximadamente 255 individuos.

4.3.2 Muestra

Muestreo probabilístico, tamaño estimado mediante fórmula para estudios correlacionales

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N: Total de población 255

- Z: 1.96
- p: proporción esperada (en este caso 5%=0.05)
- q: 1-p
- d: precisión (5%)

n=156

4.3.2.1 Criterios de inclusión:

- Se consideraron personas adultas, es decir, mayores de 18 años, que hayan recibido un diagnóstico claro de sobrepeso u obesidad y que hayan sido atendidas en el Centro de Salud Metropolitano entre enero y diciembre de 2025.
- Asimismo, es indispensable que el registro de estos pacientes esté correctamente ingresado en el sistema de la Red de Salud de Tacna y que manifiesten su voluntad de participar, firmando el consentimiento informado.
- Solo se incluyeron aquellos individuos capaces de responder los cuestionarios y que residan de forma permanente en la zona donde opera el centro de salud.
- Se acepta la participación tanto de hombres como de mujeres.
- Los participantes debieron tener nacionalidad peruana.

4.3.2.2 Criterios de exclusión:

- No contar con diagnóstico confirmado de sobrepeso u obesidad, o presentar alguna condición médica aguda o crónica que pueda interferir en la participación del estudio.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos graves que dificulten la comprensión y respuesta a los cuestionarios.
- Personas que no residan de manera permanente en el área de influencia del Centro de Salud Metropolitano.
- Individuos que se encuentren en situación de embarazo o lactancia, ya que estos estados pueden modificar variables relacionadas con el peso, la percepción corporal y los hábitos de vida.
- Participantes que no acepten voluntariamente participar en el estudio en cualquier etapa del proceso.

Técnicas de estudio e instrumentos de medición

4.3.3 Técnicas

Para la recolección de datos en esta investigación se emplearon las siguientes técnicas: la encuesta estructurada, aplicada de manera presencial en el Centro de Salud Metropolitano y mediante visita domiciliaria. Permitió obtener información estandarizada sobre autopercepción corporal, actividad física, conducta alimentaria y bienestar social. Asimismo, se realizará la revisión de historias clínicas para corroborar el diagnóstico médico de sobrepeso u obesidad y recoger datos sociodemográficos y clínicos relevantes. Estas

técnicas aseguran la obtención de información fiable y pertinente para el análisis de las variables establecidas.

4.3.4 Instrumentos:

- a. **Cuestionario de autopercepción corporal** (BSQ, Body Shape Questionnaire, validado en español).

Cuestionario de autopercepción corporal (BSQ, Body Shape Questionnaire, validado en español). Este instrumento comprende 13 ítems que miden la inquietud por la imagen corporal y el nivel de disconformidad con la figura o peso corporal. Los participantes contestan mediante una escala Likert, que registra la frecuencia de pensamientos y emociones vinculadas a su aspecto físico en las últimas cuatro semanas. El BSQ facilita detectar grados de insatisfacción somática, resultando valioso para identificar riesgos potenciales de trastornos alimentarios y dirigir intervenciones en salud mental en grupos con sobrepeso y obesidad.

La versión corta del cuestionario demuestra una fiabilidad de 0.65, acompañada de una validez apropiada y una buena correspondencia con la versión completa, reflejada en una correlación de $r = 0.67$ (intervalo de confianza del 95%: 0.64-0.70). Por su parte, la adaptación española destaca por su sólida consistencia interna, evidenciada por un coeficiente de Cronbach de 0.91.

Categorización:

13-30: Baja

31-47: Moderada

48-65: Alta

b. Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).

Constituye un instrumento de uso extendido y validado globalmente para medir los niveles de actividad física en adultos. Este cuestionario recopila datos sobre la periodicidad y extensión de actividades físicas realizadas a cabo en diversos dominios, como el laboral, el transporte, las labores hogareñas y el ocio, durante la semana previa. Los resultados posibilitan categorizar a los participantes por su grado de actividad física (bajo, moderado o alto), agilizando comparaciones entre grupos poblacionales y suministrando información clave para indagaciones sobre hábitos saludables y su vínculo con el sobrepeso y la obesidad. La escala abarca 07 ítems con respuestas tipo Likert. A mayor puntuación, se evidencia un nivel superior en el encuestado.

La versión española ha mostrado adecuadas consistencia interna (coeficiente de Cronbach = 0.87), fiabilidad test-retest ($r = 0.72$) y validez.

Categorización:

<62.910: Bajo

62.910 – 149.219: Moderado

>149.219: Alto

c. Encuesta de conducta alimentaria (EAT-26).

La encuesta de conducta alimentaria EAT-26 (Eating Attitudes Test) representa un instrumento de empleo extendido internacionalmente para identificar posibles alteraciones en la conducta alimentaria. Compone 26

ítems que exploran dimensiones como el control de la ingesta, el miedo a aumentar de peso y prácticas asociadas a la restricción calórica. Las respuestas se capturan en una escala Likert, posibilitando determinar grados de riesgo y dirigir acciones preventivas en salud mental. En esta pesquisa, el EAT-26 agiliza la valoración de patrones dietéticos en individuos con sobrepeso y obesidad, aportando al examen holístico del bienestar y la autopercepción corporal. La consistencia interna de sus subescalas oscila entre 0.65-0.93, y la confiabilidad test-retest varía de 0.41-0.97. A mayor puntuación, se indica mayor trastorno alimentario. Se evalúa en escala continua.

d. Escala de bienestar social: Test de Autoestima de Rosenberg- SES

La Escala de Bienestar Social: Test de Autoestima de Rosenberg (SES) constituye un instrumento concebido para medir el nivel de autoestima en los participantes. En esta pesquisa, la escala integra 10 ítems con respuestas en formato Likert, lo que genera una puntuación continua que indica el grado de autoestima del encuestado. A mayor puntuación, se deduce un nivel superior de autoestima. La adaptación española empleada exhibe una consistencia interna apropiada (coeficiente de Cronbach = 0,87), confiabilidad test-retest ($r = 0,72$) y validez, avalando su idoneidad y robustez para valoraciones en estudios sobre bienestar psicológico y percepción subjetiva. Se evalúa en escala continua.

Categorización:

<26.929: Bajo

26.929– 28.445: Moderado

>28.445: Alto

e. Ficha sociodemográfica y clínica.

La ficha sociodemográfica y clínica empleada en esta pesquisa reúne datos pertinentes sobre las particularidades personales y sanitarias de los participantes. Incorpora variables como edad, género, nivel educativo, estado conyugal, ocupación y antecedentes familiares de patologías vinculadas al sobrepeso y obesidad. Asimismo, abarca elementos clínicos como peso, estatura, índice de masa corporal (IMC), presencia de enfermedades crónicas (ej. diabetes, hipertensión), medicación y hábitos saludables. Esta herramienta posibilita enmarcar los hallazgos derivados de los instrumentos aplicados, agilizando el examen de posibles correlaciones entre variables sociodemográficas, clínicas y los factores psicosociales analizados en la muestra.

CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

5.1.1 Procedimientos:

Para la obtención de datos se capacitó a dos asistentes de campo, centrada en la adecuada administración de los instrumentos, el tratamiento ético de los datos y la atención a interrogantes de los participantes. Seguidamente, la selección de los sujetos se llevó a cabo en consultas agendadas en los centros involucrados, explicando el propósito del estudio y requiriendo el consentimiento informado de forma libre. Después de confirmar la participación, se procedió con la ejecución de los instrumentos escogidos en soporte físico o electrónico, conforme a la preferencia y disponibilidad de cada persona. Cada instrumento se aplicó de manera personalizada, en un entorno que preserva la privacidad y el confort, reduciendo los riesgos por interferencias externas. Los encuestadores estuvieron con disposición para resolver dudas sin condicionar respuestas, garantizando la independencia del procedimiento. Concluida la aplicación, se examinaron los datos para confirmar su integridad y coherencia, ingresándolos luego en una base digital segura con acceso limitado. Se otorgaron identificadores anónimos para resguardar la confidencialidad de los participantes y se programarán copias de seguridad regulares. Este esquema propicia una recolección de datos estructurada, ética y coherente con los fines metodológicos de la investigación.

5.1.2 Análisis estadístico:

En el contexto de esta investigación, se aplicaron múltiples pruebas estadísticas para examinar los datos obtenidos y responder a los objetivos propuestos. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, empleando medidas de tendencia central (medias, medianas) y de dispersión (desviaciones estándar), junto con frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Con el fin de indagar las asociaciones entre variables, se utilizaron correlaciones bivariadas: el coeficiente de Pearson cuando las variables mostraron distribución normal, o el de Spearman si no se verificó dicha condición. Asimismo, para analizar la vinculación entre factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales con el bienestar social, se recurrió a modelos de regresión logística o lineal múltiple, según la tipología de la variable dependiente, lo que permitió controlar posibles factores de confusión. La significancia estadística se fijó en $p < 0,05$. El manejo y análisis de los datos se realizó mediante software especializado, como SPSS v.21, garantizando la precisión y reproducibilidad de los resultados. Estas pruebas permitieron detectar asociaciones relevantes y tendencias que enriquecieron la comprensión integral de los elementos involucrados en el bienestar social de individuos con sobrepeso y obesidad.

5.1.3 Consideraciones éticas

Esta investigación fue presentada para revisión ante el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna. Se elaboró conforme a los principios éticos basales para estudios con seres humanos, adhiriéndose a las normativas internacionales y nacionales vigentes. Se aseguró el respeto a la autonomía de los participantes mediante la solicitud de consentimiento informado, garantizando que cada persona recibiera una explicación clara y completa sobre los propósitos, métodos, riesgos potenciales y ventajas del estudio,

junto con su facultad para abandonarlo en cualquier momento sin consecuencias.

La confidencialidad de la información se mantuvo en cada fase, mediante códigos anonimizados y limitación del acceso exclusivo al equipo investigador; además, se protegió la privacidad de los participantes a lo largo de todo el proceso, desde la captación hasta el resguardo y procesamiento de los datos. Se promovió un trato digno y equitativo, excluyendo toda forma de discriminación o estigma vinculado al sobrepeso y la obesidad. El protocolo fue sometido a la valoración y autorización de un comité ético institucional, cumpliendo con los postulados de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a las personas. Toda eventualidad o circunstancia inesperada que comprometiera el bienestar de los participantes se abordó con prontitud y diligencia, privilegiando su seguridad y derechos. Asimismo, se incentivó la transparencia en la difusión de resultados, preservando la integridad científica y previniendo alteraciones o usos impropios de los datos recolectados.

RESULTADOS

Tabla 1: Características sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

		n	%
Edad	18 a 19	12	7.7%
	20 a 29	34	21.8%
	30 a 39	29	18.6%
	40 a 49	28	17.9%
	50 a 59	24	15.4%
	60 a más	29	18.6%
	Total	156	100.0%
Sexo	Femenino	99	63.5%
	Masculino	57	36.5%
	Total	156	100.0%
Nivel Educativo	Sin instrucción	0	0.0%
	Primaria	7	4.5%
	Secundaria	95	60.9%
	Superior	54	34.6%
	Total	156	100.0%
Estado civil	Soltero	46	29.5%
	Casado	31	19.9%
	Viudo	6	3.8%
	Divorciado/separado	10	6.4%
	Conviviente	63	40.4%
	Total	156	100.0%
Ocupación	Su casa	19	12.2%
	Dependiente	37	23.7%
	Independiente	58	37.2%
	Estudiante	23	14.7%
	Jubilado	4	2.6%
	Sin ocupación	15	9.6%
	Total	156	100.0%
Antecedentes familiares con sobrepeso u obesidad	Sí	110	70.5%
	No	46	29.5%
	Total	156	100.0%

El análisis de la tabla muestra que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de Tacna en 2026 se encuentran en el rango de edad de 20 a 29 años (21,8%), seguido de los grupos de 30 a 39 años (18,6%) y 60 años o más (18,6%). Los menores porcentajes corresponden a los grupos de 18 a 19 años (7,7%) y de 50 a 59 años (15,4%). Esto sugiere que el problema afecta principalmente a adultos jóvenes y de mediana edad.

En cuanto al sexo, predomina el femenino con un 63,5% frente al masculino (36,5%), lo que indica una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad entre las mujeres en esta muestra. Respecto al nivel educativo, la mayoría ha cursado secundaria (60,9%) y un porcentaje considerable posee estudios superiores (34,6%), mientras que solo un 4,5% tiene estudios primarios y ninguno carece de instrucción formal. Esto podría reflejar una tendencia donde el sobrepeso y la obesidad no están necesariamente relacionados con un bajo nivel educativo en esta población.

El estado civil más frecuente es conviviente (40,4%), seguido de soltero (29,5%) y casado (19,9%). Los viudos y divorciados/separados representan proporciones menores (3,8% y 6,4%, respectivamente). En cuanto a la ocupación, destaca el grupo de independientes (37,2%), seguido de dependientes (23,7%) y estudiantes (14,7%). Un 12,2% se dedica a labores del hogar, mientras que los jubilados (2,6%) y quienes están sin ocupación (9,6%) constituyen los porcentajes más bajos.

Finalmente, es relevante señalar que un 70,5% de los pacientes reporta antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad, lo cual resalta la importancia de los factores genéticos y familiares en el desarrollo de estas condiciones. Este dato sugiere la necesidad de intervenciones preventivas dirigidas a familias con antecedentes de sobrepeso u obesidad para reducir la incidencia en generaciones futuras.

Tabla 2: Nivel nutricional en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

		n	%
Nivel Nutricional	Sobrepeso	77	49.4%
	Obesidad I	54	34.6%
	Obesidad II	17	10.9%
	Obesidad III	8	5.1%
	Total	156	100.0%

El análisis de la tabla sobre el nivel nutricional revela que el grupo más numeroso corresponde a pacientes con sobrepeso, representando el 49,4% (n=77) del total. Le siguen aquellos con obesidad grado I, que constituyen el 34,6% (n=54), mientras que los casos de obesidad II y III son menos frecuentes, con el 10,9% (n=17) y el 5,1% (n=8), respectivamente. Estos datos indican que la mayoría de los pacientes atendidos en la jurisdicción presentan algún grado de exceso de peso, siendo el sobrepeso y la obesidad I las categorías predominantes. El total de la muestra analizada es de 156 personas, lo que permite observar una tendencia significativa hacia la presencia de problemas nutricionales relacionados con el exceso de peso en esta población.

Tabla 3: Distribución de frecuencia de la auto percepción corporal en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

		n	%
Autopercepción corporal	Baja	2	1.3%
	Moderada	66	42.3%
	Alta	88	56.4%
	Total	156	100.0%

La tabla presentada muestra la distribución de la autopercepción corporal entre pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Se observa que la mayoría de los participantes (56.4%) tienen una autopercepción corporal alta, lo cual puede indicar una mayor conciencia o aceptación de su propio cuerpo. Por otro lado, un 42.3% presenta una autopercepción moderada, mientras que solo el 1.3% manifiesta una autopercepción baja.

Estos datos sugieren que, en esta muestra, la autopercepción corporal tiende a ser positiva o, al menos, no negativa, lo que podría influir en el abordaje terapéutico y en la motivación para adoptar hábitos saludables. Es relevante destacar la baja proporción de autopercepción corporal baja, lo que podría estar relacionado con factores culturales, sociales o educativos específicos de la población estudiada.

Tabla 04: Distribución de frecuencia del nivel de actividad física en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

		n	%
Nivel de actividad Física	Bajo	111	71.2%
	Moderado	13	8.3%
	Alto	32	20.5%
	Total	156	100.0%

El análisis de la tabla sobre el nivel de actividad física revela que la mayoría de los pacientes presentan un nivel bajo de actividad, con un total de 111 personas que representan el 71,2% del grupo estudiado. Por otro lado, sólo el 8,3% (13 pacientes) se sitúa en el nivel moderado y el 20,5% (32 pacientes) en el nivel alto. Estos datos indican una marcada tendencia hacia el sedentarismo entre los pacientes atendidos, lo que puede tener implicaciones negativas en su salud metabólica y cardiovascular. Es fundamental promover estrategias de intervención que incentiven el aumento de la actividad física, especialmente en aquellos con sobrepeso y obesidad.

Tabla 05: Distribución de frecuencia de Trastorno de la conducta alimentaria en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

		n	%
Conducta alimentaria	Sin transtorno alimentario	24	15.4%
	Bajo	54	34.6%
	Moderado	53	34.0%
	Alto	25	16.0%
	Total	156	100.0%

El análisis de la tabla de distribución de frecuencia de la conducta alimentaria revela que la mayoría de los pacientes evaluados presentan algún grado de alteración en su conducta alimentaria. Solo el 15,4% de los participantes no muestra trastorno alimentario, mientras que el 34,6% se sitúa en el nivel bajo, el 34,0% en el nivel moderado y el 16,0% en el nivel alto. Estos datos evidencian que más del 80% de los pacientes presentan algún tipo de alteración, siendo especialmente relevante la alta proporción en los niveles bajo y moderado. Esto sugiere la necesidad de intervenciones preventivas y de promoción de hábitos saludables dentro de este grupo poblacional.

En conjunto, la distribución indica que el trastorno alimentario es una problemática frecuente entre los pacientes con sobrepeso y obesidad atendidos, por lo que se recomienda implementar estrategias de educación nutricional y apoyo psicológico para mejorar el bienestar general y prevenir complicaciones asociadas.

Tabla 06: Distribución de frecuencia de la medición del bienestar social en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

		n	%
Nivel de Bienestar Social	Bajo	64	41.0%
	Medio	66	42.3%
	Alto	26	16.7%
	Total	156	100.0%

El análisis de la tabla sobre el Nivel de Bienestar Social revela que la mayoría de los pacientes se encuentran en los niveles bajo y medio. En resumen, el 41,0% presenta un bienestar social bajo, mientras que el 42,3% se ubica en el nivel medio. Solo el 16,7% de los pacientes alcanza un nivel alto de bienestar social, lo que indica una distribución desigual y sugiere la necesidad de intervenciones que promuevan el bienestar en este grupo.

Además, el total de pacientes analizados es de 156, lo que permite observar que casi el 83% de la muestra tiene un bienestar social insuficiente o moderado. Este dato es relevante para la planificación de estrategias de salud pública, orientadas a mejorar la calidad de vida y el entorno social de los pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad.

Tabla 07: Distribución de frecuencia del nivel de actividad física según autopercepción corporal en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

		Autopercepción corporal								p
		Baja		Moderada		Alta		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de actividad Física	Bajo	2	1.8%	47	42.3%	62	55.9%	111	100%	0.763
	Moderado	0	0.0%	7	53.8%	6	46.2%	13	100%	
	Alto	0	0.0%	12	37.5%	20	62.5%	32	100%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100%	

El análisis de la tabla revela que existe una distribución diferenciada entre los niveles de actividad física y la autopercepción corporal en pacientes con sobrepeso y obesidad. En el grupo con nivel de actividad física bajo, la mayoría de los participantes presentan una autopercepción corporal alta (55.9%), seguido por un porcentaje moderado (42.3%) y una mínima proporción baja (1.8%).

En el grupo con actividad física moderada, predominan los participantes con autopercepción corporal moderada (53.8%) y alta (46.2%), sin presencia de autopercepción baja. Por último, en el grupo de actividad física alta, la tendencia es similar: la mayoría tiene autopercepción alta (62.5%), seguido de moderada (37.5%), y ninguno con autopercepción baja.

El valor p reportado para el grupo de actividad física moderada es 0.763, indicando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de actividad física y la autopercepción corporal ($p > 0.05$). Esto sugiere que, en esta muestra, las diferencias observadas en las proporciones entre los grupos no son suficientes para afirmar una relación causal o significativa entre ambas variables.

Aunque la mayoría de los pacientes tienden a tener una autopercepción corporal alta independientemente de su nivel de actividad física, los resultados no muestran una relación significativa entre ambas variables según el valor p obtenido. Es importante considerar otros factores que puedan influir en la autopercepción corporal en este tipo de población.

Tabla 08: Correlación entre la autopercepción corporal y nivel de actividad física en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

Correlaciones				
			Autopercepción corporal	Nivel de actividad Física
Rho de Spearman	Autopercepción corporal	Coeficiente de correlación	1.000	-.002
		Sig. (bilateral)		.978
		N	156	156
	Nivel de actividad Física	Coeficiente de correlación	-.002	1.000
		Sig. (bilateral)	.978	
		N	156	156

La Tabla 08 presenta la correlación entre la autopercepción corporal y el nivel de actividad física en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna en el año 2026. El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman, una herramienta útil para evaluar la relación entre variables ordinales o no paramétricas.

El coeficiente de correlación obtenido entre autopercepción corporal y nivel de actividad física es de -0.002, lo cual indica una relación prácticamente nula entre ambas variables. Además, el valor de significancia bilateral ($p = 0.978$) demuestra que la correlación no es estadísticamente significativa, ya que supera ampliamente el umbral tradicional de 0.05. Por lo tanto, se concluye que en este grupo de pacientes no existe una asociación relevante entre cómo perciben su cuerpo y el nivel de actividad física que realizan.

Estos resultados sugieren que la autopercepción corporal no influye de manera directa en el comportamiento físico de los pacientes con sobrepeso y obesidad de la muestra estudiada. Es importante considerar que otros factores pueden intervenir en el nivel de actividad física, como el entorno social, motivación personal o la presencia de comorbilidades, por lo que sería recomendable profundizar el análisis en futuras investigaciones.

Tabla 09: Distribución de frecuencia de la conducta alimentaria según autopercepción corporal en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

		Autopercepción corporal								p:
		Baja		Moderada		Alta		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Conducta alimentaria	Sin trastorno alimentario	0	0.0%	4	16.7%	20	83.3%	24	100%	0.11
	Bajo	0	0.0%	19	35.2%	35	64.8%	54	100%	
	Moderado	1	1.9%	29	54.7%	23	43.4%	53	100%	
	Alto	1	4.0%	14	56.0%	10	40.0%	25	100%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100%	

La Tabla 09 muestra la distribución de frecuencia de la conducta alimentaria según la autopercepción corporal en pacientes con sobrepeso y obesidad atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna en el año 2026. En la tabla se observa que la mayoría de los pacientes con autopercepción corporal alta presentan una conducta alimentaria sin trastorno (83,3%) y baja (64,8%), mientras que aquellos con autopercepción moderada se concentran en la categoría moderada de conducta alimentaria (54,7%).

El valor p reportado para la categoría de conducta alimentaria moderada es 0,11, lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la autopercepción corporal y la conducta alimentaria en este grupo ($p > 0,05$). Esto sugiere que, aunque hay una tendencia observable en la distribución, la relación entre ambas variables no es suficiente para afirmar que existe una asociación significativa en los pacientes analizados.

En resumen, la autopercepción corporal parece influir en la conducta alimentaria, pero según el valor p, esta influencia no alcanza relevancia estadística. Es importante considerar estos resultados en el contexto clínico y continuar investigando otros factores que puedan intervenir en la conducta alimentaria de los pacientes con sobrepeso y obesidad.

Tabla 10: Correlación de la auto percepción corporal y conducta alimentaria en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

Correlaciones				
			Autopercepción corporal	Conducta alimentaria
Rho de Spearman	Autopercepción corporal	Coeficiente de correlación	1.000	-.414**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	156	156
	Conducta alimentaria	Coeficiente de correlación	-.414**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	156	156

La Tabla 10 muestra los resultados de la correlación entre la autopercepción corporal y la conducta alimentaria en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano, Red de Salud de Tacna, en el año 2026. Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación entre estas dos variables, lo cual es apropiado dado que este coeficiente permite analizar asociaciones no necesariamente lineales y variables ordinales.

El valor del coeficiente de correlación entre autopercepción corporal y conducta alimentaria es de -0.414, (**), lo que indica que la relación es significativa al nivel bilateral de $p = 0.000$. Este resultado refleja una correlación negativa moderada, es decir, a mayor autopercepción corporal, menor tendencia a conductas alimentarias inadecuadas. Además, el tamaño de la muestra es de 156 pacientes, lo que aporta robustez al análisis estadístico.

En términos clínicos, este hallazgo sugiere que los pacientes que tienen una mejor percepción de su propio cuerpo suelen presentar mejores hábitos alimentarios, mientras que aquellos con una percepción corporal más negativa podrían estar más predispuestos a conductas alimentarias de riesgo. Por tanto, intervenir en la autopercepción corporal podría ser una estrategia útil para mejorar la conducta alimentaria y, en consecuencia, el manejo del sobrepeso y la obesidad en este grupo de pacientes.

Tabla 11: Distribución de frecuencia del nivel de bienestar social según autopercepción corporal en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

		Autopercepción corporal								p:
		Baja		Moderada		Alta		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de Bienestar Social	Bajo	1	1.6%	34	53.1%	29	45.3%	64	100.0%	0.142
	Medio	1	1.5%	25	37.9%	40	60.6%	66	100.0%	
	Alto	0	0.0%	7	26.9%	19	73.1%	26	100.0%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100.0%	

La Tabla 11 muestra la distribución de frecuencia del nivel de bienestar social según la autopercepción corporal en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna, para el año 2026. Los resultados revelan que, en el grupo con baja autopercepción corporal, la mayoría presenta un bienestar social bajo (1 caso, 1.6%) y medio (1 caso, 1.5%), sin casos en el nivel alto. En el grupo de autopercepción moderada, el 53.1% tiene bienestar social bajo, el 37.9% medio y el 26.9% alto, mostrando una tendencia hacia niveles inferiores de bienestar social.

Por otro lado, los pacientes con alta autopercepción corporal destacan por un mayor nivel de bienestar social, donde el 45.3% tiene bienestar social bajo, el 60.6% medio y el 73.1% alto. Esto sugiere que una mejor autopercepción corporal se asocia con una mayor probabilidad de alcanzar un bienestar social alto. El valor p reportado para la categoría “Medio” es 0.142, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de autopercepción corporal respecto al nivel medio de bienestar social, ya que el valor p es superior al umbral convencional de 0.05. En conclusión, aunque se observa una tendencia positiva entre la autopercepción corporal alta y el bienestar social elevado, los resultados no

son estadísticamente significativos para el nivel medio, por lo que se recomienda profundizar el análisis con muestras más amplias o variables adicionales.

Tabla 12: Correlación de la auto percepción corporal y bienestar social percibido en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de Salud de Tacna, 2026

Correlaciones				
			Autopercepción corporal	Puntaje Bienestar social
Rho de Spearman	Autopercepción corporal	Coeficiente de correlación	1.000	.154
		Sig. (bilateral)		.05
		N	156	156
	Puntaje Bienestar social	Coeficiente de correlación	.154	1.000
		Sig. (bilateral)	.05	
		N	156	156

La Tabla 12 presenta los resultados de la correlación entre la auto percepción corporal y el bienestar social percibido en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna en el año 2026. El análisis se realizó utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, que es adecuado para variables ordinales o no distribuidas normalmente.

El valor del coeficiente de correlación (rho) entre la auto percepción corporal y el puntaje de bienestar social es de 0.154, lo cual indica una relación positiva débil entre ambas variables. Es decir, a mayor auto percepción corporal, existe una ligera tendencia a que el bienestar social percibido también aumente. La significancia bilateral ($p = 0.05$) sugiere que esta correlación es estadísticamente significativa, aunque el grado de asociación es modesto.

El número de participantes analizados es de 156, lo que proporciona una base sólida para la interpretación de los resultados. En conclusión, aunque la correlación entre la auto percepción corporal y el bienestar social es baja, la significancia estadística permite afirmar que existe una asociación entre ambos factores en esta población, lo que podría ser relevante para el desarrollo de intervenciones multidisciplinarias orientadas a mejorar tanto

el bienestar social como la percepción corporal en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Tabla 13: Características sociodemográficas y nivel nutricional relacionadas autopercepción corporal

		Autopercepción corporal								p:
		Baja		Moderada		Alta		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	18 a 19	0	0.0%	6	50.0%	6	50.0%	12	100.0%	.250
	20 a 29	1	2.9%	18	52.9%	15	44.1%	34	100.0%	
	30 a 39	1	3.4%	15	51.7%	13	44.8%	29	100.0%	
	40 a 49	0	0.0%	12	42.9%	16	57.1%	28	100.0%	
	50 a 59	0	0.0%	9	37.5%	15	62.5%	24	100.0%	
	60 a más	0	0.0%	6	20.7%	23	79.3%	29	100.0%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100.0%	
Sexo	Femenino	2	2.0%	43	43.4%	54	54.5%	99	100.0%	.497
	Masculino	0	0.0%	23	40.4%	34	59.6%	57	100.0%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100.0%	
Nivel Educativo	Primaria	0	0.0%	0	0.0%	7	100.0%	7	100.0%	.073
	Secundaria	2	2.1%	38	40.0%	55	57.9%	95	100.0%	
	Superior	0	0.0%	28	51.9%	26	48.1%	54	100.0%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100.0%	
Estado civil	Soltero	2	4.3%	21	45.7%	23	50.0%	46	100.0%	.161
	Casado	0	0.0%	11	35.5%	20	64.5%	31	100.0%	
	Viudo	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%	6	100.0%	
	Divorc./Separ.	0	0.0%	6	60.0%	4	40.0%	10	100.0%	
	Conviviente	0	0.0%	28	44.4%	35	55.6%	63	100.0%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100.0%	
Ocupación	Su casa	1	5.3%	9	47.4%	9	47.4%	19	100.0%	.609
	Dependiente	0	0.0%	15	40.5%	22	59.5%	37	100.0%	
	Independiente	0	0.0%	25	43.1%	33	56.9%	58	100.0%	
	Estudiante	0	0.0%	10	43.5%	13	56.5%	23	100.0%	
	Jubilado	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%	4	100.0%	
	Sin ocupación	1	6.7%	5	33.3%	9	60.0%	15	100.0%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100.0%	
Antecedentes familiares sobrepeso/o besidad	Sí	2	1.8%	58	52.7%	50	45.5%	110	100.0%	.000
	No	0	0.0%	8	17.4%	38	82.6%	46	100.0%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100.0%	
Nivel Nutricional	Sobrepeso	0	0.0%	23	29.9%	54	70.1%	77	100.0%	.000
	Obesidad I	0	0.0%	22	40.7%	32	59.3%	54	100.0%	
	Obesidad II	1	5.9%	14	82.4%	2	11.8%	17	100.0%	
	Obesidad III	1	12.5%	7	87.5%	0	0.0%	8	100.0%	
	Total	2	1.3%	66	42.3%	88	56.4%	156	100.0%	

La tabla 13 presenta la distribución de la autopercepción corporal (baja, moderada y alta) según diferentes variables sociodemográficas y nutricionales, junto con los valores p que indican la significación estadística de las asociaciones observadas.

Edad: No se observa una asociación estadísticamente significativa entre los grupos de edad y la autopercepción corporal ($p = 0,250$). Sin embargo, se aprecia una tendencia donde los grupos de mayor edad, especialmente los de 60 años o más, presentan un mayor porcentaje de autopercepción alta (79,3%), mientras que los más jóvenes (18-19 años) muestran una distribución más equilibrada entre percepción moderada y alta.

Sexo: El valor p (0,497) indica que no existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto a la autopercepción corporal. Ambos sexos presentan proporciones similares de autopercepción alta, aunque los hombres tienen un porcentaje ligeramente superior (59,6% frente a 54,5% en mujeres).

Nivel educativo: Aunque el valor p (0,073) no alcanza la significación estadística convencional, se observa que el 100% de los individuos con educación primaria tienen una autopercepción alta. En secundaria y superior, la mayoría también presenta percepción moderada o alta, pero con una mayor proporción de percepción moderada en el grupo de estudios superiores.

Estado civil: La relación entre el estado civil y la autopercepción corporal no es significativa ($p = 0,161$). Destaca que los viudos presentan un 100% de autopercepción alta, mientras que los casados y convivientes tienen porcentajes elevados en la misma categoría.

Ocupación: No se observa una asociación significativa entre la ocupación y la autopercepción corporal ($p = 0,609$). Sin embargo, los grupos "sin ocupación" y "dependiente" presentan los porcentajes más altos de autopercepción alta.

Antecedentes familiares de sobrepeso/obesidad: Existe una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,000$). Los participantes sin antecedentes familiares presentan una proporción mucho mayor de autopercepción corporal alta (82,6%) en comparación con quienes sí tienen antecedentes (45,5%). Esto sugiere que los antecedentes familiares de sobrepeso/obesidad podrían estar influyendo negativamente en la autopercepción corporal.

Nivel nutricional: También se encuentra una asociación significativa ($p = 0,000$). El sobrepeso se asocia con el mayor porcentaje de autopercepción alta (70,1%), mientras que los niveles de obesidad II y III muestran porcentajes mucho menores de percepción alta y mayores de percepción moderada o baja. En obesidad III, ningún individuo tiene autopercepción alta, y la mayoría se encuentra en el nivel moderado o bajo, lo que evidencia el impacto negativo del aumento del grado de obesidad sobre la autopercepción corporal.

De acuerdo con los valores p , solo los antecedentes familiares de sobrepeso/obesidad y el nivel nutricional muestran asociaciones estadísticamente significativas con la autopercepción corporal. Las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil y ocupación) no presentan asociaciones significativas, aunque existen tendencias que podrían explorarse en muestras mayores. Estos resultados sugieren que tanto los antecedentes familiares como el estado nutricional actual son factores determinantes en la autopercepción corporal de los individuos.

DISCUSIÓN

El sobrepeso y la obesidad constituyen uno de los principales problemas de salud pública en Perú y en la región de Tacna, reflejando una tendencia creciente en los últimos años. Según reportes nacionales, la prevalencia de sobrepeso en adultos supera el 35%, mientras que la obesidad afecta a más del 20% de la población adulta, con evidencias de incremento sostenido en niños y adolescentes¹. En Tacna, estudios regionales señalan que estos índices son incluso superiores al promedio nacional, lo que se traduce en un mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares².

La magnitud del problema está asociada a factores socioeconómicos, culturales y ambientales, incluyendo el acceso limitado a alimentos saludables y la adopción de estilos de vida sedentarios. Además, la obesidad y el sobrepeso generan una carga significativa para el sistema sanitario, incrementando los costos de atención y disminuyendo la calidad de vida de la población³. Por ello, la prevención y el control de estos trastornos deben considerarse prioritarios en la agenda de salud pública, especialmente en regiones como Tacna donde la prevalencia es alarmante.

- Ministerio de Salud del Perú. Situación epidemiológica del sobrepeso y la obesidad en adultos y niños. Lima: MINSA; 2024.
- Dirección Regional de Salud Tacna. Informe de salud pública: prevalencia de obesidad y sobrepeso en Tacna. Tacna: DIRESA Tacna; 2023.
- Organización Panamericana de la Salud. Obesidad en el Perú: desafíos y oportunidades para la prevención. OPS; 2025.

La percepción corporal es fundamental para el bienestar emocional y la salud integral, ya que influye directamente en la autoestima, la satisfacción

personal y la calidad de vida de los individuos. Una autopercepción positiva del cuerpo facilita relaciones sociales más saludables, fortalece la confianza y reduce el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios y problemas de salud mental. Además, comprender cómo las personas perciben su cuerpo permite identificar factores de riesgo y diseñar intervenciones efectivas orientadas a promover hábitos saludables y mejorar la imagen corporal, contribuyendo así a la prevención de la obesidad y la insatisfacción corporal en distintos grupos poblacionales.

La presente investigación revela que la autopercepción corporal está influenciada principalmente por los antecedentes familiares de sobrepeso/obesidad y el nivel nutricional, mientras que las variables sociodemográficas no muestran asociaciones estadísticamente significativas. Este hallazgo coincide con estudios previos que señalan la importancia del entorno familiar y el estado nutricional en la construcción de la imagen corporal, indicando que factores como el IMC, la historia familiar y el grado de obesidad pueden afectar la percepción y satisfacción corporal en adultos y adolescentes [35,97,19]. En particular, la presencia de antecedentes familiares de sobrepeso/obesidad se relaciona con una menor autopercepción corporal positiva, lo que sugiere la necesidad de intervenciones dirigidas a este grupo para mejorar la autoestima y la percepción corporal [91,97].

Respecto al nivel nutricional, los resultados muestran que las personas con sobrepeso tienden a tener una autopercepción corporal más alta que aquellos con obesidad II y III, quienes presentan una mayor proporción de percepción moderada o baja. Esto está en línea con investigaciones que han documentado el impacto negativo del aumento del grado de obesidad sobre la imagen corporal, así como la relación entre la insatisfacción corporal y el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios [31,16,4]. Diversos estudios enfatizan que la obesidad, especialmente en grados severos,

puede afectar el bienestar psicosocial y la calidad de vida, aumentando la vulnerabilidad a problemas de salud mental [51,58,98].

Si bien variables como edad, sexo, nivel educativo, estado civil y ocupación no alcanzaron significación estadística, se identificaron tendencias que sugieren posibles relaciones en muestras más grandes. Por ejemplo, en adultos mayores y en personas viudas se observa una mayor autopercepción corporal positiva, lo que podría estar vinculado a factores de resiliencia y adaptación [100]. Asimismo, el nivel educativo y la ocupación parecen influir en la percepción corporal, aunque se requieren investigaciones adicionales para confirmar estos patrones [35,77].

Finalmente, los resultados destacan la importancia de abordar la autopercepción corporal desde una perspectiva integral, considerando tanto los factores nutricionales y familiares como el contexto sociodemográfico. La literatura recomienda implementar programas educativos, apoyo psicológico y estrategias de promoción de hábitos saludables para mejorar la percepción corporal y prevenir riesgos asociados a la insatisfacción corporal y la obesidad [69,55,89]. Futuras investigaciones deberían profundizar en las tendencias observadas y explorar intervenciones multidisciplinarias que favorezcan la salud integral y el bienestar emocional.

CONCLUSIONES

- a) Se concluye que la mayoría de los pacientes con sobrepeso y obesidad atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de Tacna presentó un nivel alto de autopercepción corporal (56,4%), seguido de un nivel moderado (42,3%) y solo el 1,3% un nivel bajo. Aunque la mayoría reconoce o acepta su condición corporal, esta percepción favorable no necesariamente se refleja en la adopción de hábitos saludables para el control del peso. Por ello, la autopercepción corporal debe evaluarse junto con factores conductuales y psicológicos para un abordaje integral.
- b) Predominó un nivel bajo de actividad física en el 71,2% de los pacientes, mientras que el 20,5% presentó un nivel alto y el 8,3% un nivel moderado. Este resultado evidencia un elevado sedentarismo, factor que favorece la persistencia del sobrepeso y la obesidad e incrementa el riesgo de enfermedades crónicas, resaltando la necesidad de fortalecer la promoción de la actividad física en la atención primaria.
- c) Se concluye que el 84,6% de los pacientes presentó algún grado de trastorno alimentario (34,6% nivel bajo, 34,0% moderado y 16,0% alto), mientras que solo el 15,4% no evidenció alteraciones. Estos resultados muestran que las conductas alimentarias inadecuadas son frecuentes y constituyen un factor importante en el mantenimiento del sobrepeso y la obesidad, por lo que se requieren intervenciones nutricionales permanentes.
- d) El bienestar social fue predominantemente bajo (41,0%) y medio (42,3%), mientras que solo el 16,7% alcanzó un nivel alto. Este hallazgo sugiere que muchos pacientes presentan limitaciones en su entorno social y familiar que pueden afectar la adopción y continuidad de hábitos saludables, por lo que el abordaje del sobrepeso y la obesidad debe incluir el componente psicosocial.

- e) Los antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad y el nivel nutricional mostraron una asociación significativa con la autopercepción corporal ($p < 0,05$). Además, se identificó una correlación negativa moderada entre la autopercepción corporal y los trastornos alimentarios ($r = -0,414$; $p = 0,000$), indicando que una mejor autopercepción se relaciona con una menor presencia de conductas alimentarias inadecuadas. Este resultado evidencia la importancia de incorporar la evaluación de la autopercepción corporal en las intervenciones integrales del primer nivel de atención.
- f) Los resultados muestran que una parte importante de los pacientes con sobrepeso y obesidad presenta una autopercepción corporal alta, lo que favorece la aceptación de su imagen corporal y el bienestar emocional. Sin embargo, esta condición no debe interpretarse como ausencia de riesgo para la salud ni como motivo para mantener hábitos poco saludables. La aceptación corporal debe complementarse con una alimentación equilibrada, actividad física regular y controles médicos periódicos, promoviendo un equilibrio entre el bienestar psicológico y el cuidado de la salud física.

RECOMENDACIONES

- a. Se recomienda implementar un programa de atención integral para pacientes con sobrepeso y obesidad, incorporando la evaluación de la autopercepción corporal desde la atención inicial y durante el seguimiento. Este programa debe ser desarrollado por un equipo multidisciplinario (médico, nutricionista, psicólogo, enfermera y profesional de actividad física), realizando controles periódicos del IMC, circunferencia abdominal, hábitos alimentarios, actividad física y percepción corporal, con el fin de brindar intervenciones personalizadas que promuevan estilos de vida saludables y reduzcan el riesgo de enfermedades crónicas.
- b. Se recomienda que el Centro de Salud Metropolitano de Tacna fortalezca las campañas permanentes de promoción y prevención del sobrepeso y la obesidad, priorizando la educación sobre autopercepción corporal, autoestima, alimentación saludable y actividad física. Estas campañas deben incluir talleres, sesiones educativas, consejería y actividades comunitarias adaptadas a las características de la población tacneña para fomentar el autocuidado y la adopción de hábitos saludables.
- c. Se recomienda promover la participación de estudiantes e internos de Medicina, Enfermería, Nutrición, Psicología, Tecnología Médica y otras carreras de ciencias de la salud en charlas educativas, talleres motivacionales y campañas de promoción de hábitos saludables dirigidas a pacientes con sobrepeso y obesidad. Estas actividades deberán realizarse bajo la supervisión del médico responsable y del equipo multidisciplinario del establecimiento de salud, fortaleciendo la atención primaria y la educación sanitaria de la comunidad.

- d. Se recomienda incorporar la evaluación de la autopercepción corporal mediante instrumentos validados como parte de la valoración integral de los pacientes con sobrepeso y obesidad en el primer nivel de atención. Esto permitirá identificar oportunamente alteraciones en la percepción corporal, brindar apoyo psicológico y educativo, mejorar la adherencia al tratamiento y favorecer cambios sostenibles en los estilos de vida.
- e. Se recomienda que las universidades de la región Tacna impulsen investigaciones sobre autopercepción corporal, actividad física y obesidad, fortaleciendo el trabajo conjunto con los establecimientos de salud mediante proyectos de responsabilidad social, campañas comunitarias y programas de intervención. Estas acciones contribuirán a generar evidencia científica local y fortalecer las estrategias de prevención y control del sobrepeso y la obesidad en la población tacneña.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World Health Organization. 2025 [citado 28 de enero de 2026]. Obesity and overweight. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024. Nacional y Departamental [Internet]. 1.^a ed. Lima, Perú; 2025 [citado 28 de enero de 2026]. 393 p. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib2016/libro.pdf
3. Gongora VC, Banfi MM, Molinares NQ, Mercado S, Mebarak M. Relación entre la Imagen Corporal Positiva, la insatisfacción corporal, la actividad física, la interiorización de los ideales de belleza y el índice de masa corporal en adolescentes de la Costa Caribe Colombiana. *Psicol Desde El Caribe*. 2024;41(1):104-26.
4. Ortiz MNÁ, Sánchez AEC, Rocha GMN, Verdugo GC, Ruiz KJH. Percepción de la Imagen Corporal, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia en Universitarios. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 21 de octubre de 2025;9(4):12513-27.
5. AsocMexDiabetes. Asociación Mexicana. 2025 [citado 28 de enero de 2026]. El estigma de la obesidad y su impacto en la salud. Disponible en: <https://www.amdiabetes.org/post/el-estigma-de-la-obesidad-y-su-impacto-en-la-salud>
6. Hurtado-Roca YF, Cabezas C. Prioridades nacionales de investigación en salud 2024-2030: Una visión estratégica para el bienestar integral. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2024;41(4):1.
7. Merino M, Tornero-Aguilera JF, Rubio-Zarapuz A, Villanueva-Tobaldo CV, Martín-Rodríguez A, Clemente-Suárez VJ. Body Perceptions and Psychological Well-Being: A Review of the Impact of Social Media and Physical Measurements on Self-Esteem and Mental Health with a Focus on Body Image Satisfaction and Its Relationship with Cultural and Gender Factors. *Healthcare*. 12 de julio de 2024;12(14):1396.
8. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*. 21 de julio de 2012;380(9838):247-57.

9. Jimeno-Martínez A, Maneschy I, Rupérez AI, Moreno LA. Factores determinantes del comportamiento alimentario y su impacto sobre la ingesta y la obesidad en niños | Journal of Behavior and Feeding. JBF J Behav Feed [Internet]. 2021 [citado 28 de enero de 2026];1(1). Disponible en: <https://jbf.cusur.udg.mx/index.php/JBF/article/view/20>
10. Blanco A, Díaz D. Bienestar Social: su concepto y medición. Psicothema [Internet]. 2025 [citado 28 de enero de 2026];17. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
11. Kaufer-Horwitz M, Pérez Hernández JF, Kaufer-Horwitz M, Pérez Hernández JF. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. Inter Discip. abril de 2022;10(26):147-75.
12. Jiménez-Morcillo J, Ramos-Campo DJ, Rodríguez-Besteiro S, Clemente-Suárez VJ. The Association of Body Image Perceptions with Behavioral and Health Outcomes among Young Adults. Nutrients. 25 de abril de 2024;16(9):1281.
13. Gruszka W, Owczarek AJ, Glinianowicz M, Bąk-Sosnowska M, Chudek J, Olszanecka-Glinianowicz M. Perception of body size and body dissatisfaction in adults. Sci Rep. 27 de enero de 2022;12(1):1159.
14. Antonucci A, Colella J, Chaín P. Relación entre la percepción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo en un grupo de usuarios de Instagram. DIAETA. 2024;42:e2404206-e2404206.
15. Faro JM, Whiteley JA, Hayman LL, Napolitano MA. Body Image Quality of Life Related to Light Physical Activity and Sedentary Behavior among Young Adults with Overweight/Obesity. Behav Sci. 12 de agosto de 2021;11(8):111.
16. Ruiz-Prieto I. Autopercepción del estado ponderal y la forma física y su relación con el nivel de actividad física realizado, conductas alimentarias y bienestar psicosocial. Nutr Hosp. 2015;31(1):203-16.
17. Huaman-Carhuas L, Bolaños-Sotomayor N. Sobrepeso, obesidad y actividad física en estudiantes de enfermería pregrado de una universidad privada. Enferm Nefrológica. junio de 2020;23(2):184-90.
18. Grogan S. Imagen corporal: Comprender la insatisfacción corporal en hombres, mujeres y niños [Internet]. tercera edición. Londres; 2016. 228 p. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315681528/body-image-sarah-grogan>

19. Espinola Avalos SL, Rolon Raviolo EV, Rodriguez Bobadilla LN, Torales Ojeda AD. Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes de una institución educativa de Ciudad del Este, Paraguay: Self-Perception of Body Image in Adolescents from an Educational Institution in Ciudad del Este, Paraguay. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades*. 4 de marzo de 2025;6(1):2849-65.
20. Rusu L, Piele D, Ilie E, Ionescu G, Marin MI, Rusu MR, et al. The Relationship Between Body Composition, Physical Activity, Self-Esteem, and Body Image in Female and Male Adolescents. *Sports*. enero de 2025;13(1):11.
21. Piran, N., McVey, G. L., & Levine M. P. (in press). Eating disorders in adolescence. In T. P. Gullotta & M. Bloom (Eds.), *The encyclopedia of primary prevention and health promotion* (2nd ed.). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishing.
22. Castellano. Clínic Barcelona. Fundación BBVA; 2024 [citado 29 de enero de 2026]. El impacto de las redes sociales en la salud mental. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-influencia-de-las-redes-sociales-en-la-percepcion-del-cuerpo-y-la-salud-mental>
23. Pérez-Bustinzar AR, Valdez-Aguilar M, Rojo Moreno L, Radilla Vázquez CC, Barriguete Meléndez JA, Pérez-Bustinzar AR, et al. Influencias socioculturales sobre la imagen corporal en pacientes mujeres con trastornos alimentarios: un modelo explicativo. *Psychol Soc Amp Educ*. agosto de 2023;15(2):1-9.
24. Casanova-Garrigós G, Torrubia-Pérez E, Cañellas Reverté N, Capera Fernández J, Mora-López G, Albacar-Riobóo N, et al. Influencia de las redes sociales en la imagen corporal de adolescentes: una revisión integrativa. *Enferm Glob* [Internet]. abril de 2025 [citado 29 de enero de 2026];24(75). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412025000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Chinchay Córdova AC, Reyes Narváez SE. Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimenticios en adolescentes de la institución educativa Ventura Ccalamaqui – Lima. *Rev Científica Pakamuros* [Internet]. 2021 [citado 29 de enero de 2026];9(4). Disponible en: <https://revistas.unj.edu.pe/index.php/pakamuros/article/view/156>
26. Sanzari C, Gorrel S, Anderson L, Reilly E, Niemec M, Orloff N, et al. El impacto del uso de las redes sociales en la imagen corporal y los trastornos alimentarios: el contenido importa más que la duración de la

exposición - PMC. [citado 29 de enero de 2026]; Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10363994/>

27. Sanzari CM, Gorrell S, Anderson LM, Reilly EE, Niemiec MA, Orloff NC, et al. The impact of social media use on body image and disordered eating behaviors: Content matters more than duration of exposure. *Eat Behav.* 1 de abril de 2023;49:101722.
28. Abdelaziz MN, Moustafa ARA, Azzam H, Bshar AM, Ismail IS, Elhadidy OY. Association between beauty standards shaped by social media and body dysmorphia among Egyptian medical students. *Sci Rep.* 15 de abril de 2025;15(1):12976.
29. Góngora VC. Actividades en redes sociales, insatisfacción corporal, ideales de belleza y apreciación corporal en mujeres adultas. *Psychol Soc Amp Educ.* agosto de 2023;15(2):19-27.
30. Castro Jiménez KP. La comparación social, imagen corporal y autopresentación de jóvenes universitarios que utilizan Instagram, Quito, 2022. *Profundidad Psicológica.* 2022;2.
31. Hao M, Yang J, Xu S, Yan W, Yu H, Wang Q. The relationship between body dissatisfaction, lifestyle, and nutritional status among university students in Southern China. *BMC Psychiatry.* 30 de septiembre de 2023;23(1):705.
32. Escalante-García Y, Javier-Rivera L, Lara Heredia MA, Estrella Barrón R. Percepción de la Insatisfacción de la imagen corporal en jóvenes universitarios del sureste mexicano: un análisis por sexo. En 2025. p. 213-25.
33. Shooroki MK, Choobforoushzadeh A, Ardakan AM. The mediating role of self-compassion in the relationship between childhood trauma and the symptoms of body dysmorphic disorder. *BMC Psychol.* 28 de julio de 2025;13:841.
34. Zhang Y, Xue C. How early family experiences shape exercise addiction: A multiple mediation analysis of emotional dysregulation and body image. *Acta Psychol (Amst).* 1 de febrero de 2026;262:106181.
35. Inzunza Rosales E, Díaz Tapia C, Valenzuela Manríquez E, Gutiérrez Vergara Y, Baier Riquelme B, Molina-Márquez I, et al. Autopercepción e insatisfacción de la imagen corporal con relación al IMC y porcentaje de grasa entre hombres y mujeres estudiantes universitarios chilenos. *MHSalud.* junio de 2023;20(1):79-88.

36. Saucedo-Fernández DL, Martín-Díaz AG. Influencia de las redes sociales sobre la percepción corporal. *J Behav Feed*. 14 de julio de 2025;5(9):22-7.
37. Gerbotto LM, Paturzo LCL, Gerbotto LM, Paturzo LCL. Hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal en un grupo de adolescentes que realizan comedia musical. *Diaeta*. junio de 2020;38(172):26-40.
38. Ahuja L, Schneider J, Budhraj M, Diedrichs PC, Williamson H. A Systematic Review Exploring the Effectiveness of Body Image Interventions Among Boys. *Adolesc Res Rev*. 1 de marzo de 2025;10(1):97-143.
39. Hernández Ontiveros DA, Hernández Lepe MA, Orozco Sosa G. Relación entre actitudes y comportamientos con la percepción de la imagen corporal en niños de México: Una revisión de la literatura. *Rev Mex Trastor Aliment J Eat Disord*. 2025;15(2):10.
40. Abdoli M, Scotto Rosato M, Desousa A, Cotrufo P. Cultural Differences in Body Image: A Systematic Review. *Soc Sci*. junio de 2024;13(6):305.
41. Jiménez-García AM, Arias N, Hontanaya EP, Sanz A, García-Velasco O. Impact of body-positive social media content on body image perception. *J Eat Disord*. 25 de julio de 2025;13(1):153.
42. López-Avila KYa, Guzmán-Saldaña RME, Arrieta-Villarreal JL, Platas-Acevedo SR. El impacto del contenido positivo sobre el cuerpo en las redes sociales en la percepción de la imagen corporal | *Revista de Trastornos Alimentarios* | Springer Nature Link. Veritas [Internet]. 2025 [citado 30 de enero de 2026];6(1). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-025-01286-y>
43. Gao X, Wang X, Chee CS, bin Samsudin S, Hassan MZ, Ma L, et al. Predictive model of the relationship between social support, body image perception, and physical activity among university students. *Humanit Soc Sci Commun*. 12 de junio de 2025;12(1):809.
44. Yu X, Huang Q, Yang Y, Wang L, Wu F, Ding Y, et al. Impact of social support on body image during chemotherapy in patients with breast cancer: The chain mediating role of depression and self-efficacy. *Asia-Pac J Oncol Nurs* [Internet]. 1 de diciembre de 2025 [citado 30 de enero de 2026];12. Disponible en: [https://apjon.org/article/S2347-5625\(25\)00012-5/fulltext](https://apjon.org/article/S2347-5625(25)00012-5/fulltext)

45. Brichacek AL, Neill JT, Murray K, Rieger E, Watsford C. The distinct affect regulation functions of body image flexibility and inflexibility: A prospective study in adolescents and emerging adults. *Body Image*. 1 de septiembre de 2024;50:101726.
46. Morin G, Meilleur D. Association Between Emotion Regulation and Body Image Concerns in a Group of Adolescent Boys: Interaction With the Internalization of the Sociocultural Body Ideal. *J Emot Behav Disord*. diciembre de 2024;32(4):213-25.
47. Rodgers RF, Laveway K, Campos P, de Carvalho PHB. Body image as a global mental health concern. *Camb Prisms Glob Ment Health*. 27 de febrero de 2023;10:e9.
48. Santos-Morocho J. Psicopatología de la imagen corporal. Definiciones, alteraciones, teorías y evaluación. [Internet]. 1.^a ed. Cuenca: CID, centro de investigación y desarrollo; 2022 [citado 30 de enero de 2026]. 81 p. Disponible en: <https://libros.ciencialatina.org/psicopatologia-de-la-imagen-corporal/>
49. Johnson M, Tyler W. Los 4 componentes de la imagen corporal | *Psychology Today* [Internet]. 2022 [citado 30 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.psychologytoday.com/pe/blog/los-4-componentes-de-la-imagen-corporal>
50. Lee H, et al. Emotional regulation and body image in young adults. *SciDirect*. 23;19(4):289-298. [Internet]. [citado 30 de enero de 2026]. Disponible en: <http://bit.ly/4kekfrD>
51. García Barragán JA, Santos Pazos DA. Insatisfacción con la imagen corporal y salud mental en estudiantes universitarios: Una revisión sistemática. *ARANDU UTIC*. 2025;12(1):2100-18.
52. Guamán Aldaz S, Alvarado Palma RG, Almeida Aguilera DI. La influencia de las redes sociales en la imagen corporal de los adolescentes. En: *Nuevas tecnologías aplicadas a las ciencias*, 2024, ISBN 9789942617118, págs 157-162 [Internet]. Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil; 2024 [citado 30 de enero de 2026]. p. 157-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9933074>
53. Argulló-Tomás E, Llosa- Fernández JA, Menéndez-Espina S, Moreno-Gutiérrez S, Oliveros-Fernández B, Baldomar PP, et al. Inclusión social, salud mental y bienestar emocional: perspectivas académicas e interventivas [Internet]. *Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la*

- Exclusión Social en Asturias (EAPN-AS); 2023 [citado 30 de enero de 2026]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=969559>
54. Ramos-Jiménez A, Hernández-Torres RP, Urquidez-Romero R, Wall-Medrano A, Villalobos-Molina R. Body Image Satisfaction as a Physical Activity Indicator in University Students. *Am J Health Behav.* 1 de septiembre de 2017;41(5):599-607.
 55. Torres Jara MC. Estrategias escolares multidisciplinarias de salud que promueve la disminución de peso en adolescentes obesos (Tesis de maestría). Universidad de las Américas, Quito. [Internet] [masterThesis]. [Quito]: Quito: Universidad de las Américas, 2025; 2025 [citado 30 de enero de 2026]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/17832>
 56. Teherán KMD, Salcedo CC, Contreras BP, Carazo RM. Nivel de actividad física y percepción de la imagen corporal en adolescentes. *GADE Rev Científica.* 20 de diciembre de 2023;3(6):313-26.
 57. Estrada-Araoz EG, Quispe-Mamani YA, Noblega-Reinoso H, Malaga-Yllpa Y. Autoconcepto físico y motivación hacia la práctica de actividad física en estudiantes universitarios: un estudio transversal (Physical self-concept and motivation toward physical activity in university students: a cross-sectional study). *Retos.* 1 de diciembre de 2024;61:39-48.
 58. Zapata-Hernandez MZ. Implicaciones Psicosociales y de Salud de la Obesidad Infantil y Estrategias para su Prevención. *Rev Int Interdiscip Divulg Científica.* 11 de julio de 2025;3(1):99-110.
 59. Camacho-López S. Influencia de las redes sociales y su impacto en la percepción de la imagen corporal. Revisión sistemática de revisiones sistemáticas. V Congreso de Alimentación, Nutrición y Dietética. Desafíos en comunicación, marketing y educación alimentaria. *Rev Esp Nutr Humana Dietética.* 5 de noviembre de 2022;26(3):49-50.
 60. Chasiquiza-González A, Gavilanes-Gómez. Insatisfacción con la imagen corporal y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios: Disatisfaction with body image and coping strategies in university students. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades.* 20 de junio de 2023;4(2):2192-202.
 61. Hernández-Cruz A, Cervantes-Luna BS, Escoto Ponce de León M del C, Rodríguez-Hernández G, Flores-Perez V, Hernández-Cruz A, et al. Evaluación de intervenciones sobre imagen corporal positiva en niños y

adolescentes: revisión sistemática. Rev Colomb Psiquiatr. diciembre de 2024;53(4):562-70.

62. Bourdier P, Simon C, Bessesen DH, Blanc S, Bergouignan A. The role of physical activity in the regulation of body weight: The overlooked contribution of light physical activity and sedentary behaviors - Bourdier - 2023 - Obesity Reviews - Wiley Online Library. Obesity Rev. 2023;24(2):e13528.
63. World Health Organization. Actividad Física. 2024 [citado 30 de enero de 2026]. Physical activity. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
64. Conde Schnaider E del, López-Sánchez CV, Velasco Matus PW, Conde Schnaider E del, López-Sánchez CV, Velasco Matus PW. Relación entre la Actividad Física e Indicadores de Salud Mental. Acta Investig Psicológica. agosto de 2022;12(2):106-19.
65. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. OPS. 2012 [citado 30 de enero de 2026]. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-5-2012-recomendaciones-mundiales-sobre-actividad-fisica-para-salud>
66. Paredes RP, Paredes AF, Villanueva ARE, Tito UY, Coaquira RA, Palomino AC, et al. Efecto de la actividad física sobre el sobrepeso y obesidad de la población adulta en el Perú. Retos. 16 de septiembre de 2025;72:562-74.
67. Equinet L, Enthoven C, Jansen PW, Rodriguez-Ayllon M. The longitudinal association between sport participation and self-esteem in youth in the Netherlands: The role of sport type. J Sci Med Sport. 1 de febrero de 2025;28(2):140-6.
68. Neumark-Sztainer D, Goeden C, Story M, Wall M. Associations between Body Satisfaction and Physical Activity in Adolescents: Implications for Programs Aimed at Preventing a Broad Spectrum of Weight-Related Disorders. Eat Disord. 2010;12(2):125-37.
69. Alleva JM, Sheeran P, Webb TL, Martijn C, Miles E. A Meta-Analytic Review of Stand-Alone Interventions to Improve Body Image. PLOS ONE. 29 de septiembre de 2015;10(9):e0139177.

70. Lindsay Smith G, Banting L, Eime R, O'Sullivan G, van Uffelen JGZ. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 27 de abril de 2017;14(1):56.
71. McMahon EM, Corcoran P, O'Regan G, Keeley H, Cannon M, Carli V, et al. Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. enero de 2017;26(1):111-22.
72. Johnson NA, Sultana RN, Brown WJ, Bauman AE, Gill T, Johnson NA, et al. La actividad física en la gestión de la obesidad en adultos: una ponencia de Exercise and Sport Science Australia. *Pensar En Mov Rev Cienc Ejerc Salud* [Internet]. diciembre de 2023 [citado 2 de febrero de 2026];21(2). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1659-44362023000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=es
73. Ahmed SK, Mohammed RA. Obesity: Prevalence, causes, consequences, management, preventive strategies and future research directions. *Metab Open*. septiembre de 2025;27:100375.
74. González Álvarez YA, Vega Díaz DL. Efectividad de la actividad física en la prevención y tratamiento de la obesidad: una revisión de la literatura. *Rev Digit Act Física Deporte*. 2024;10(1):8.
75. Rodríguez Villaquirán NA, Chaustre Ruiz DM, Rodríguez Villaquirán NA, Chaustre Ruiz DM. Prescripción del ejercicio por médico de atención primaria en paciente adulto sano. *Rev Med*. junio de 2022;30(1):67-78.
76. Alòs F, Romaguera M, Cos Claramunt FX, Orfila F, Aldon Mínguez D, Puig-Ribera A. Actividad física en la era digital: retos y oportunidades para la atención primaria. *Aten Primaria*. diciembre de 2025;57(12):103301.
77. Lonardoní GS, Romanzini CLP, Ramos JLM de, Santana RMS de, Albertuni GM, Freitas MCM de, et al. Asociación entre recomendaciones de actividad física e insatisfacción con la imagen corporal de adultos universitarios. *Rev Peru Cienc Act Fis Deporte*. 8 de febrero de 2025;12(1):2161-73.
78. Sousa TR de, Alexandrino WG da S, Souza A, Faundez-Casanova C, Pascoini MJ dos S, Awada MAM, et al. Effects of physical activity in adults with severe obesity: a systematic review. *Retos*. 1 de abril de 2024;53:671-80.

79. Morral A, Cazorla J, Alòs F, Puig-Torregrosa J, Buela Castell M, Romaguera M. Prescripción de actividad física y ejercicio físico en atención primaria: situación actual y retos de implementación. *Aten Primaria*. septiembre de 2025;57(9):103308.
80. Gonzales Perez VJ. Physical activity and work stress in workers at the Vitarte Hospital II ESSALUD 2022 [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2023 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/10751>
81. Torres Zamata WD. Actividad física y calidad de vida en administrativos que realizan teletrabajo. Municipalidad distrital de Jose Luis Bustamante y Rivero – Arequipa, 2022 [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/676a2e41-0744-4838-b4a9-1a776fdcd300/content>
82. Moreira MIQ, Cordova VYM, Lozada LAP, Centeno JAH, Acosta LAC, Contreras AMM, et al. Plataformas de Evaluación Digital: Herramientas para Optimizar el Feedback y Potenciar el Aprendizaje. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 17 de octubre de 2024;8(5):2020-36.
83. van der Wardt V, di Lorito C, Viniol A. Promoting physical activity in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mayo de 2021;71(706):e399-405.
84. Rivas Pajuelo S, Saintila J, Rodríguez Vásquez M, Calizaya-Milla YE, Javier-Aliaga DJ, Rivas Pajuelo S, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación saludable e índice de masa corporal en adolescentes peruanos: un estudio transversal. *Rev Esp Nutr Humana Dietética*. marzo de 2021;25(1):87-94.
85. Wang X, Wu Y, Fu L, Fu X, Pang C, Zang S. Observate Perú. *Appetite*; 2024 [citado 3 de febrero de 2026]. ¿El comportamiento alimentario asociado a obesidad se relacionó con la depresión y ansiedad en adultos durante la pandemia por COVID-19? Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37972655/>
<https://observateperu.ins.gob.pe/node/10084>
86. Brewis AA, Wutich Á. Body Norms and Fat Stigma in Global Perspective | *Current Anthropology*: Vol 52, No 2. *Curr Anthropol* [Internet]. 2011 [citado 30 de enero de 2026]; Disponible en: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/659309>

87. Ramos-Vera C, Basauri-Delgado M, Casas-Galvez C, Galvez-Díaz N del C, Saintila J, Calizaya-Milla YE. El papel mediador de la percepción del sobrepeso en la relación entre hábitos alimentarios saludables y salud física negativa: un análisis multigrupo por sexo | Descubra las Ciencias Sociales y la Salud | Springer Nature Link. Discov Soc Sci Health [Internet]. 2025 [citado 3 de febrero de 2026];5(100). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s44155-025-00261-x>
88. Flores A, Díaz-Ramírez C, Palacios-Pino JL, Pinheiro-Fernandes AC, Pizarro-Quevedo T, Rodríguez-Osiac L, et al. Barreras para una alimentación saludable: un análisis cualitativo de las semánticas emergentes en las comunidades escolares de Ciudad Sur. Rev Chil Nutr. febrero de 2024;51(1):43-52.
89. Gómez FR. Estrategia de promoción de alimentación saludable. Orientación para las acciones de promoción de alimentación saludable. Primera edición. Colombia; 2022. (Estrategia de promoción de alimentación saludable © Ministerio de Salud y Protección Social Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas Grupo de Alimentación y Nutrición).
90. Zhang W, Balloo K, Hosein A, Medland E. A scoping review of well-being measures: conceptualisation and scales for overall well-being. BMC Psychol. 23 de octubre de 2024;12(1):585.
91. Sifuentes MGM, González-Torres ML, Garza MLS, Contreras GN. Apoyo y barreras sociales en el comportamiento alimentario de mujeres con obesidad. Rev Mex Trastor Aliment. 2020;10(4):359-71.
92. Avila KYL, Guzmán-Saldaña RME, Arrieta-Villarreal JL, Platas-Acevedo SR. Autopercepción del Índice de Masa Corporal y Satisfacción con la Imagen Corporal en Hombres y Mujeres Estudiantes de Secundaria. Rev Veritas Difus Científica. 22 de abril de 2025;6(1):2383-412.
93. Ibrahim M, Ba-Essa E, Alvarez JA, Baker J, Bruni V, Cahn A, et al. Obesidad y su Manejo en la Atención Primaria: Un Enfoque Integral y Profundo. Med Cardiometabólica. 2025;Journal of diabetes and Its Complications(39):109045.
94. Prevención de la obesidad - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 28 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>

95. Núñez JS, Baron JS, Buitrago LO, Sierra MO. Nueva clasificación para la obesidad: perspectivas e implicaciones clínicas. *Rev Científica Cienc Salud*. 30 de junio de 2025;18(1):24-6.
96. National Heart, Lung, and Blood Institute. Sobrepeso y obesidad - Causas y factores de riesgo | NHLBI, NIH [Internet]. USA: NHLBI; 2022 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sobrepeso-y-obesidad/causas>
97. Medina-Zacarías MC, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Méndez Gómez-Humarán I, Hernández-Cordero SL. Factores de riesgo asociados con sobrepeso y obesidad en adolescentes mexicanas. *Salud Pública México*. 14 de marzo de 2022;62:125-36.
98. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la salud. OMS; 2024 [citado 3 de febrero de 2026]. Obesidad: consecuencias del sobrepeso para la salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/obesity-health-consequences-of-being-overweight>
99. Compiled by Tim Lobstein, Jaynaide Powis, and Rachel Jackson-Leach. World Obesity Atlas 2024. Obesity and its Consequences WOF-Obesity-Atlas-v7 [Internet]. Londres; 2024 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf>
100. Posada-Navarro S, Navarro-Rodríguez DC, Delgado-Sánchez JD, Guevara-Valtier MC, Paz-Morales M de los Á, Posada-Navarro S, et al. Control del riesgo de obesidad en personas adultas mayores en primer nivel de atención médica. *Sanus* [Internet]. diciembre de 2025 [citado 3 de febrero de 2026];10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-60942025000100104&lng=es&nrm=iso&tlng=es
101. Barquera S, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Rodríguez-Ramírez S, Monterrubio-Flores E, Trejo-Valdivia B, et al. Obesidad en adultos. *Salud Pública México*. 22 de agosto de 2024;66(4, jul-ago):414-24.
102. Ergon. Cambios antropométricos, clínicos y bioquímicos en adultos obesos [Internet]. *Medicina General y de Familia*. 2018 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://mgyf.org/cambios-antropometricos-clinicos-bioquimicos-en-adultos-obesos-despues-intervencion-educativa-nutricional/>

ANEXOS

Ficha sociodemográfica y clínica

Edad: _____

1. 18 a 19 años
2. 20 a 29 años
3. 30 a 39 años
4. 40 a 49 años
5. 50 a 59 años
6. 60 a más años

Sexo

1. Femenino
2. Masculino

Nivel educativo

1. Sin instrucción
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior

Estado civil

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Divorciado/separado
5. Conviviente

Ocupación

1. Su casa
2. Dependiente
3. Independiente
4. Estudiante
5. Jubilado
6. Sin ocupación

Antecedentes familiares con sobrepeso u obesidad

1. Si
2. No

Sobrepeso y obesidad

Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____

**Cuestionario de autopercepción corporal (Body Shape Questionnaire,
validado en español).**

**ESCALA DE APRECIACIÓN CORPORAL (EAC)
(BAS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)
© Dra . Tracy Tylka, 2006**

Instrucciones para participantes: Para cada ítem, por favor circula el número que mejor caracterice tus actitudes o conductas.

		1	2	3	4	5
		nunca	rara vez	en ocasiones	con frecuencia	siempre
1	Respeto mi cuerpo.	1	2	3	4	5
2	Me siento bien acerca de mi cuerpo.	1	2	3	4	5
3	En general, me siento satisfecha/o con mi cuerpo.	1	2	3	4	5
4	A pesar de sus defectos, acepto mi cuerpo por lo que es.	1	2	3	4	5
5	Siento que mi cuerpo tiene por lo menos algunas cualidades buenas.	1	2	3	4	5
6	Adopto una actitud positiva hacia mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7	Soy considerada/o con las necesidades de mi cuerpo.	1	2	3	4	5
8	Mi valor personal es independiente de mi figura o peso corporal.	1	2	3	4	5
9	No enfoco mucha energía en preocuparme por mi figura o peso corporal.	1	2	3	4	5
10	Mis sentimientos hacia mi cuerpo son positivos, en su mayor parte.	1	2	3	4	5
11	Me involucro en conductas saludables para cuidar de mi cuerpo.	1	2	3	4	5
12	No permito que imágenes poco realistas de delgadez presentadas en los medios afecten mis actitudes hacia mi cuerpo.	1	2	3	4	5
13	A pesar de sus imperfecciones, me gusta mi cuerpo.	1	2	3	4	5

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

© Dra. Tracy Tylka, 2006

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA

IPAQ: FORMATO CORTO AUTOADMINISTRADO DE LOS ULTIMOS 7 DIAS

Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los **últimos 7 días**. Por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.

Piense en todas las actividades intensas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

_____ días por semana

☐ Ninguna actividad física intensa



Vaya a la pregunta 3

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

☐

Piense en todas las actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminar.

_____ días por semana

☐ Ninguna actividad física moderada



Vaya a la pregunta 5

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

Piense en el tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

_____ días por semana

☐ Ninguna caminata



Vaya a la pregunta 7

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted sentado durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD (señale el que proceda)	
NIVEL ALTO	☐
NIVEL MODERADO	☐
NIVEL BAJO O INACTIVO	☐

Encuesta de conducta alimentaria (EAT-26).

	(0)	(0)	(1)	(2)	(3)
Pregunta	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P01. Me angustia la idea de estar demasiado gorda	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P02. Procuero no comer cuando tengo hambre	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P03. La comida es para mí una preocupación habitual	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P04. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P05. Corto mis alimentos en pequeños trozos	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P06. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P07. Procuero no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P08. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P09. Vomito después de comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P10. Me siento muy culpable después de comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P11. Me obsesiona el deseo de estar más delgada	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P15. Tardo más tiempo que los demás en comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P16. Procuero no comer alimentos que tengan azúcar	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P17. Como alimentos dietéticos	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P22. No me siento bien después de haber tomado dulces	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P23. Estoy haciendo dieta	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P24. Me gusta tener el estómago vacío	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P25. Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías (*)	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre

- El ítem 25 se puntúa a la inversa: columna 1 con 3 puntos, columna 2 con 2 puntos, columnas 3 y 4 con 0 puntos.
- Puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 26 ítems de la escala.
- Punto de corte de la escala es de 11 y más puntos.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Título del estudio	<i>“Autopercepción corporal con relación a la actividad física, conducta alimentaria y bienestar social de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Red de salud de Tacna, 2026”</i>
Investigadores	• <i>Ly Cohaila, Sayuri Milagros</i> • <i>Quihue Paco, Kharla Daysi</i>
Asesor	<i>Mg. Gerson Roberto Gómez Zapana</i>

Objetivo del estudio:

Estimado participante, el presente estudio tiene por objetivo principal identificar la relación de la autopercepción corporal, con la actividad física, conducta alimentaria y el bienestar social de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en el Centro de Salud Metropolitano, Red de Salud de Tacna, 2026.

Este estudio se desarrolla como parte de los requisitos para la obtención del Médico Cirujano y es desarrollado bajo la dirección del Mg. Gerson Gomez Zapana, docente adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna.

Procedimientos:

Si usted está de acuerdo con participar de este estudio, los procedimientos que requieren de su colaboración son los siguientes: Responder cuestionarios adjuntos.

Riesgos: No existen riesgos

Beneficios: Participar en este estudio le permitirá conocer la relación de la autopercepción corporal, con la actividad física, conducta alimentaria y el

bienestar social de pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad, este conocimiento puede contribuir a mejorar su calidad de vida.

Costo por participación y compensación económica: Su participación en este estudio no deriva en gastos o costos relacionados. Igualmente, por su participación no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole distinta a los beneficios previamente explicados.

Confidencialidad: El investigador principal y el asesor guardarán la información obtenida de su participación en este estudio. Es necesario mencionar que su participación será debidamente codificada y en ningún caso se registrarán con nombre.

Derechos del participante:

Si usted decide participar de este estudio, podrá retirarse en cualquier momento y/o no participar de alguna parte del mismo. Para lo cual deberá informar su decisión al investigador principal de manera oportuna.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Acepto voluntariamente la participación en el estudio, dirigido por los investigadores Ly Cohaila, Sayuri y Quihue Paco, Kharla. Por otro lado, entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que considere apropiado.

Participante

Investigadoras